



T.C.

**AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**TİP 2 DİABETES MELLİTUSLU GERİATRİK BİREYLERİN
HASTALIK ALGISI VE SOSYAL İLİŞKİLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HATİCE ÖZGÜR

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ NURHAN DOĞAN**

**AMASYA
OCAK 2022**

**T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**TİP 2 DİABETES MELLİTUSLU GERİATRİK BİREYLERİN
HASTALIK ALGISI VE SOSYAL İLİŞKİLERİNİN BELİRLENMESİ**

Hatice ÖZGÜR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN**

**AMASYA
OCAK 2022**

HATİCE ÖZGÜR tarafından hazırlanan “**TİP 2 DİABETES MELLİTUSLU GERİATRİK BİREYLERİN HASTALIK ALGISI VE SOSYAL İLİŞKİLERİNİN BELİRLENMESİ**” adlı tez çalışması aşağıdaki jüritarafından OY BİRLİĞİ ile Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programında YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Başkan: Doç. Dr. Sevil GÜLER

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kayseri

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Neşe UYSAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Tez Savunma Tarihi: .../.../...

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....

Prof. Dr. RECEP KÜRKÇÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

(İmza)

Hatice ÖZGÜR

.../.../...

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez süreci boyunca akademik bilgi ve deneyimlerini paylaşan, beni sürekli motive eden ve bana rehber olan, öğrencisi olmaktan çok büyük mutluluk duyduğum danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN'a,

Çalışmamın veri toplama aşamasında ihtiyacım olan desteği veren Amasya Suluova Devlet Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Ülkü Şerife ERYILMAZ başta olmak üzere hemşirelere, hekimlere ve tüm personele, araştırmaya katılmayı kabul ederek tezime katkı sağlayan tüm hastalara,

Tezimin istatistik yöntemlerinde yol gösterici olan Dr. Öğr. Üyesi Gamze FIŞKIN'a,

Bugüne kadar hayatımın her döneminde bana destekleri ve sonsuz sevgileriyle her zaman yanımda olduklarını hissettiren, tüm eğitimim boyunca göstermiş oldukları emek, hoşgörü ve sabırları için annem Sündüs ÇEÇENOĞLU, eşim Oben ÖZGÜR başta olmak üzere tüm aileme en içten saygı ve sevgilerimle teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Yaşlanma ve Yaşlılık Kavramları.....	5
2.2. Yaşlanma Sürecinde Meydana Gelen Değişimler	6
2.2.1. Fiziksel değişimler.....	6
2.2.2. Psikososyal Değişimler.....	9
2.3. Yaşlılık ve Diabetes Mellitus.....	10
2.3.1. Yaşlılarda diabetes mellitus tanı kriterleri	11
2.3.2. Yaşlılarda diabetes mellitus tedavisi.....	12
2.3.3. Yaşlılarda diabetes mellitus komplikasyonları	15
2.4. Hastalık Algısı	18
2.5. Sosyal Ağ.....	19
2.6. Yaşlı Bakımında Hemşirelik.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.2. Araştırma Hipotezleri	22
3.3. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri	22
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4.1. Dâhil edilme kriterleri.....	23
3.4.2. Dışlama kriterleri	23
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	23

3.6. Veri Toplama Araçları	24
3.6.1. Hasta tanıtım formu	24
3.6.2. Hastalık algısı ölçeği (HAÖ)	24
3.6.3. Lubben sosyal ağ ölçeği-6 (LSAÖ-6).....	26
3.7. Ön Uygulama	27
3.8. Verilerin Toplanması	27
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	27
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA.....	56
5.1. Tip 2 Diabetes Mellituslu Geriatrik Bireylerin Hastalık Algısını Etkileyen Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması	56
5.2. Tip 2 Diabetes Mellituslu Geriatrik Bireylerin Sosyal Ağ İlişkilerini Etkileyen Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması.....	62
5.3. Tip 2 Diabetes Mellituslu Geriatrik Bireylerde Hastalık Algısı İle Sosyal Ağ İlişkileri Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
6.1. Sonuçlar	65
6.2. Öneriler	67
KAYNAKLAR.....	68
EKLER	76
EK-1. Amasya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....	77
EK-2. Kurum İzni Formu	78
EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	79
EK-4. Tanıtıcı Özellikler Formu	81
EK-5. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)	83
EK-6. Lubben Sosyal Ağ Ölçeği - 6	88
ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Diyabet Tanı Kriterleri	12
Tablo 3.1. Hastalık Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Katsayıları	25
Tablo 3.2. Lubben Sosyal Ağ Ölçeği ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Katsayıları.....	26
Tablo 4.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları	29
Tablo 4.2. Bireylerin Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımı.....	30
Tablo 4.3. Bireylerin Demografik ve Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Tanımlayıcı İstatistikleri	31
Tablo 4.4. Hastalık Algısı Ölçeği, Belirtileri Bölümü Oranları.....	31
Tablo 4.5. Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçekleri ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	32
Tablo 4.6. Cinsiyete Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.7. Medeni Durumu Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.8. Yaşa Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.9. Eğitim Durumuna Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.10. Gelir Durumuna Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.11. Sigara İçme Durumlarına Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 4.12. Ailede Diyabet Öyküsüne Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 4.13. Komplikasyon Gelişme Durumuna Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 4.14. Diyabet Eğitimine Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 4.15. Eğitim Yeterliliğine Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 4.16. Tedaviye Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının	

Karşılaştırılması	47
Tablo 4.17. İlaç Düzenli Kullanımına Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 4.18. Lubben Sosyal Ağ Ölçeği, Alt Boyutları ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Arasında İlişki	50
Tablo 4.19. Katılımcıların Demografik Özellikleri ile Ölçek ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	53



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamalarıyla birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar

Açıklama

AKŞ	Açlık Kan Şekeri
ARDS	Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DM	Diabetes Mellitus
DN	Diabetik Nefropati
HAÖ	Hastalık Algısı Ölçeği
HbA1c	Hemoglobin A1c
IDF	Uluslararası Diyabet Federasyonu
LSAÖ-6	Lubben Sosyal Ağ Ölçeği-6
OGTT	Oral Glukoz Tolerans Testi

ÖZET

TİP 2 DİABETES MELLİTUSLU GERİATRİK BİREYLERİN HASTALIK ALGISI VE SOSYAL İLİŞKİLERİNİN BELİRLENMESİ

Hatice ÖZGÜR

Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans, Ocak/2022
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN

Bu çalışma, Tip 2 Diabetes Mellituslu geriatric bireylerin hastalık algısı ve sosyal ağ ilişkilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve analitik tipteki bu araştırma, 18 Mart 2021-01 Aralık 2021 tarihleri arasında, bir hastanenin dahiliye polikliniğine ve evde bakım birimine başvuran, 107 Tip 2 Diabetes Mellituslu geriatric bireyle yürütülmüştür. Araştırmada veriler, Hasta Tanıtım Formu, Hastalık Algısı Ölçeği ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeği-6 kullanılarak toplanmıştır. Çalışma için gerekli kurum izni ve etik kurul izni alınmış olup, çalışmaya katılan bireylere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Araştırmanın gücü Post Hoc Power analizine göre belirlenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Tip 2 Diabetes Mellituslu geriatric bireylerin %66,4'ü kadın, %58,9'u evli, %39,3'ü ilköğretim mezunu, %57,0'sinin gelir durumu orta düzeyde olup, yaş ortalaması $73,09\pm6,89$ olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %57,9'u yalnızca yılda bir kez kontrole gittiği, hastalık sürelerinin ortalama $15,07\pm8,56$ yıl olduğu, %42,1'inin birinci derece akrabasında diyabet öyküsü olduğu, %62,6'sında diyabet komplikasyonu geliştiği, %13,3'ünün ilaçlarını düzenli kullanmadığı belirlenmiştir. Bireylerin fizyolojik parametrelerinin ortalamalarına bakıldığında; beden kitle indeksleri $29,57\pm4,32$, HbA1c değerleri $7,71\pm1,71$, son bakılan açlık kan şekerleri ise $155,28\pm63,21$ olarak saptanmıştır. Tip 2 Diabetes Mellituslu bireylerin cinsiyet, medeni durum, yaş, öğrenim ve gelir durumu, ailede diyabet öyküsü varlığı, komplikasyon gelişme durumu, kullanılan tedavi ve ilaçların düzenli kullanımı gibi faktörleri hastalık algısında anlamlı fark oluşturmuştur ($p<0,05$). Sosyal ağ ilişkilerinde ise; medeni durum, yaş ve öğrenim durumunun anlamlı fark oluşturduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Lubben sosyal ağ ölçeği ile hastalık algısı ölçeği alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Tip 2 Diabetes Mellituslu geriatric bireylerin ortalama on beş yıldır bu hastalıkla yaşadıkları, yaklaşık yarısının yakınlarında da diyabet tanısı olduğu, fizyolojik parametrelerinin istenilen düzeyde olmadığı, hastaların yarıdan fazlasında diyabet komplikasyonu geliştiği belirlenmiştir. Yaş, medeni durum ve öğrenim durumunun hem hastalık algısını hem de sosyal ağ ilişkilerini etkilediği saptanmıştır. Bireylerin uzun yıllar kronik hastalıkla yaşamlarını sürdürmeleri hastalık algılarında değişime neden olabileceğinden hastalık ve hastalık yönetimi için daha kolay ve anlaşılır yöntemlerin seçilmesi ve uygulanması, geriatric değerlendirilmelerin belirli süre aralıklarla tekrarlanması, sosyal ağ etkileşimlerini arttıracak girişimlerin yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Geriatri, Hastalık algısı, Sosyal ağ, Tip 2 diabetes mellitus, Yaşlı birey

ABSTRACT

DETERMINATION OF ILLNESS PERCEPTION AND SOCIAL RELATIONSHIPS OF GERIATRIC INDIVIDUALS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Hatice ÖZGÜR

Amasya University, Institute of Health Sciences
Department of Nursing, Internal Medicine Nursing, MSc, January/2022
Supervisor: Assistant Prof. Nurhan DOĞAN

This study was carried out to determine the perception of illness and social network of geriatric individuals with Type 2 Diabetes Mellitus.

This descriptive and analytical study was conducted with 107 geriatric individuals with Type 2 Diabetes Mellitus, who applied to the internal medicine outpatient clinic and home care unit of a hospital between 18 March 2021 and 01 December 2021. In the study, data were collected using the Patient Description Form, the Illness Perception Scale and the Lubben Social Network Scale-6. The necessary institutional permission and ethics committee permission were obtained for the study, and an informed consent form was signed by the individuals participating in the study. The power of the research was determined according to the Post Hoc Power analysis. $P < 0.05$ was accepted as statistical significance level.

66.4% of geriatric individuals with Type 2 Diabetes Mellitus were women, 58.9% were married, 39.3% were primary school graduates, 57.0% had a medium income, and the mean age was 73.09 years. It was determined as ± 6.89 . 57.9% of the individuals participating in the study went to check-ups only once a year, their disease duration was 15.07 ± 8.56 years on average, 42.1% had a history of diabetes in their first-degree relative, 62.6% had diabetes complications. It was determined that 13.3% of them did not use their drugs regularly. Considering the averages of the physiological parameters of the individuals; body mass indexes were 29.57 ± 4.32 , HbA1c values were 7.71 ± 1.71 , and the last fasting blood sugars were 155.28 ± 63.21 . Factors such as gender, marital status, age, education and income status, family history of diabetes, complication development status, treatment used and regular use of drugs created a significant difference in the perception of the disease in individuals with Type 2 Diabetes Mellitus ($p < 0.05$). In social network relations; it was determined that marital status, age and education status made a significant difference ($p < 0.05$). A significant negative correlation was found between the Lubben social network scale and the sub-dimensions of the disease perception scale ($p < 0.05$).

It has been determined that geriatric individuals with Type 2 Diabetes Mellitus have been living with this disease for an average of fifteen years, nearly half of them have been diagnosed with diabetes, their physiological parameters are not at the desired level, and diabetes complications develop in more than half of the patients. Age, marital status and educational status were found to affect both the perception of illness and social network. Since living with chronic illness for many years may cause changes in the perception of the disease, it may be recommended to choose and implement easier and more understandable methods for disease and disease management, to repeat geriatric evaluations at regular intervals, to take initiatives to increase social network interactions.

Key Words: Elderly person, Geriatrics, Illness perception, Social network, Type 2 diabetes mellitus

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tip 2 Diabetes Mellitus (DM); prevalansında sürekli bir artışla seyreden, birey, aile ve toplumun sağlığı ve esenliği için önemli olan küresel bir halk sağlığı sorunudur. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 'nun son yayınladığı Diyabet Atlası sonuçlarına göre; dünyada 20-79 yaş arasında 537 milyon yetişkin bireyin diyabetle yaşadığı, yani her 10 kişiden birinin diyabetli olduğu bildirilmiştir. Bu sayının 2030 yılında 643 milyona ve 2045 yılında ise 784 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. IDF Diyabet Atlası sonuçlarına göre DM dünya genelinde en riskli hastalıklar arasında üçüncü. sırada yer alırken, diyabetli her beş yetişkinden dördü (%81) düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Diyabetin 2021 yılında 6,7 milyon ölümden sorumlu olduğu, her beş saniyede bir kişinin diyabet nedeniyle yaşamını kaybettiği bildirilmektedir [1]. Türkiye’de ise, 20-79 yaş aralığında yaklaşık 7 milyon diyabetli bireyin olduğu ve bu sayının toplam yetişkin nüfusunun %15, 0’ını oluşturduğu belirtilmiştir [2].

Geriatrik bireylerde Tip 2 DM prevalansına bakıldığında, dünyada 65-99 yaş arasındaki bireylerin 1/5’i diyabetle yaşamaktadır. 65 yaş üzeri (65-99 yaş) diyabetlilerin sayısının 2030 yılına kadar 195,2 milyona ve 2045 yılına kadar 276,2 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir [3]. Yaşlı diyabetinde ilk 10 ülke arasında (2017-2045) Türkiye 8. sırada yer almaktadır [1]. Diyabetli geriatrik bireylerin sayısının gün geçtikçe artması, sağlık bakım profesyonellerinin karmaşık ve zorlu vakalarla sağlık bakım hizmetlerinin her basamağında karşılaşılabileceğini göstermektedir [4]. Ayrıca yaşlanan toplumlarda diyabetin, yaşlı bireyler üzerinde önemli bir sağlık yükü oluşturmaya devam edeceği, halk sağlığı ve sosyal bakım hizmetleri için küresel ölçekte mali bütçeyi artıracığı kaçınılmaz bir gerçektir [3]. Önlem alınmadığı takdirde gün geçtikçe daha fazla bireye diyabet tanısı konulacağı ve bunun sonucu olarak sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğinin de risk altında olacağı belirtilmiştir. IDF 2021 verilerine göre, küresel sağlık harcamalarının %10,0’ı (760 milyar dolar) diyabete harcanmaktadır. Bu gibi nedenlerle ülkelerin ulusal sağlık politikaları hedefleri arasında diyabet ve diyabet komplikasyonlarının önlenmesi yer almaktadır [1, 5, 6]. Sinclair ve ark.’nın çalışmasında ulusal karar vericilerin acilen diyabetli yaşlı bireylerdeki artış ve diyabetin yaşlanan nüfus üzerindeki potansiyel etkisini doğru şekilde tanımlamalarına ihtiyaç duyulduğunu bildirmektedir [3].

İlerleyen yaşla birlikte organizmadaki biyopsikososyal değişiklikler sonucu ortaya

ıkan diyabetin, akut ve kronik komplikasyonlarının getirdiği ekonomik yükünün yanı sıra bireyin yaşam kalitesini de olumsuz şekilde etkilediği bilinmektedir [7- 9]. Bu etkiler arasında diyabete bağlı; hipoglisemi, retinopati ve nöropati gibi diyabetin sık görülen komplikasyonları sayılabilmektedir. Yaşlılıkta, diyabet komplikasyonlarının daha sık görülmesinin yanı sıra idrar inkontinansı, demans, depresyon gibi eşlik eden hastalıkların varlığı da artmaktadır [9 ve 10]. Gelişen tüm bu değişiklikler yaşlının yaşamını olumsuz şekilde etkilemektedir [9].

Diyabetle ilgili bir diğer önemli sorun ise, diyabetli bireylerde tedavide istenilen hedefe ulaşamamasıdır [8]. Bireylerde hastalık algısının diyabetin takip ve tedavisini etkileyen önemli faktörlerden birisi olduğu bildirilmektedir [11]. Hastalık algısı, bireylerin bir hastalık veya semptomla ilgili inanç ve beklentilerinin yansımasıdır. Bireylerin hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili oluşturdukları bilişsel şemalar, hastalığın tedavi ve kontrolü ile ilgili inançlarını da içermektedir [12]. Kişisel farklılık gösteren, bireyin inanç sistemi, hastalığa yüklenen anlam, duygusal ve davranışsal tepkiler bu bilişsel şemaların temelini oluşturmaktadır. Bireyin hastalığını anlaması, baş etme biçimi ve yaşam kalitesini belirleyen unsurlar bu şemalar çerçevesinde değerlendirilmektedir [13].

Tanı ve tedavi yöntemlerindeki büyük gelişmelere rağmen hedef kan glukoz düzeyi değerlerine ulaşılamaması nedeniyle tedavide farklı yaklaşımlara ağrılık verilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır [8 ve 14]. Diyabetli bireylerin hastalık algısının değerlendirilmesi ve bu verilerin eğitim ve tedavi planlarına yansıtılması diyabetin kontrol altına alınmasında ek faydalar sağlayacağı düşünülmektedir [11].

Yaşlı bireylerde tedaviye uyumsuzluk ve olumsuz hastalık algısı nedeniyle glisemik kontrol bozukluğu ve sık hipoglisemik ataklar gibi problemler görülmektedir. Yaşlı bireyin günlük yaşam aktivitelerini sağlıklı bir şekilde yerine getirebilmesi ve yaşam kalitesinin artırılabilmesi için diyabet ve komplikasyonlarının nlenmesine dair yapılacak girişimler önem taşımaktadır [9, 15-17]. Hastalık algısı kavramı, bireyin hastalığa karşı bilişsel ve duygusal tepki örüntüsünü, hastalıkla başa çıkma yöntemlerini, hastalık deneyimini ve hastalığı anlamlandırmasını tanımlamak için kullanılmaktadır [18]. Bireyin hastalığı hakkında algı ve fikirlerinin değerişimi, tedaviye uyum ve yanıtta da değerişimi beraberinde getirecektir. Bireyin hastalık algısı, hastalığa verdiği duygusal yanıtı ve tedaviye uyum davranışlarını doğrudan etkileyecektir [19]. Dolayısıyla kronik hastalığı olan bireylerin, hastalıkları ile ilgili sahip oldukları algıların belirlenmesi ve bu algının pozitif yönde geliştirilmesi, zynetimlerinin artırılması, hastalığın oluşturduğu duygusal durumlarla baş

edebilmesi ve hastalığa eşlik eden stresin üstesinden gelebilmesi için desteklenmelidir [20]. Diyabetli bireylerin hastalık algısı, tedaviye uyum ve hastalığı yönetim davranışlarını dolayısıyla glisemik kontrolü etkilemektedir. Diyabet gibi kronik hastalığı olan bireylerde hastalığın nasıl algılandığını belirlemek, etkin bir şekilde tedavi uygulamak için kritik bir önem taşımaktadır. Ayrıca bireylerin hastalık algılarının araştırılması sunulan hizmetlerin etkinliğinin değerlendirilmesi açısından yarar sağlamaktadır [21].

Sosyal ağ; bireyi çevreleyen, ailesi, arkadaşları, meslektaşları, komşuları ve sağlık profesyonelleriyle bağlayan sosyal ilişkiler ağı olarak tanımlanmaktadır [22]. Bireyin sosyal ağındaki kişilerin özellikleri ve davranışları, kişinin sağlığının önemli belirleyicileri olarak görülmektedir [23]. Sosyal ağ bağları, kişinin sağlık davranışına ilişkin algısını, davranışını ve normlarını belirlemede önemli rol oynamaktadır [22, 24]. Bireylerin yaşları arttıkça sosyal ağ etkileşimleri de azalmaktadır. Yaşlılık fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda gerileme, sağlığın, üretkenliğin, rol ve statünün, bağımsızlığın, arkadaşların, eş ve yakın ilişkisinin, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerin azalması ve kaybı gibi pek çok sorunun ve kayıpların yaşandığı bir dönemdir [25]. Bireylerin yaşlanması ve birçok kayıp yaşaması sosyal ağlarında daralma ile sonuçlanır. Bununla birlikte yaşlılıkta stres ile başa çıkmak için mevcut sosyal kaynak miktarı azalmaktadır [26]. Diyabetin kronik hastalık yükü de, bireyin baş etmesi gereken bir stresör olarak kabul edilmektedir. Diyabetli bireyin psikolojik ve fiziksel sağlığı; yaşam stresörleri veya geçici ruh hallerinden bağımsız olarak hastanın diyet, aktivite ve ilaç rutinlerini dikkatli bir şekilde planlama ve bunlara bağlı kalma yeteneğine de bağlıdır. İzole bireylerin, sosyal olarak daha entegre olanlara kıyasla daha yüksek morbidite ve mortalite riski altında olduğu belirtilmektedir [22 ve 24]. Diyabetli geriatrik bireyin günlük yaşam aktivitelerini sağlıklı bir şekilde yerine getirebilmesi ve yaşam kalitesinin artırılabilmesi için bireyin hastalık algısının ve sosyal destek ağının belirlenerek hemşirelik girişimlerin planlanması ve bireyin bakıma katılımının sağlanması önemlidir.

Literatürde DM’li bireylerin hastalık algısı ve sosyal desteklerini/etkileşimlerini inceleyen çalışmalar olmasına rağmen ulusal ve uluslararası literatürde geriatrik bireylerin hastalık algısı ve sosyal ilişkilerini inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır [11, 18, 20, 27-35]. Bu çalışmanın geriatrik bireylerin hastalık algıları ve sosyal ağ ilişkilerinin ortaya konması açısından önemli iken, Tip 2 DM’li geriatrik bireylerin hemşirelik bakımının planlanması ve sunumu açısından yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Tip 2 DM’li geriatrik bireylerin hastalık algısı ve sosyal ağ ilişkilerini ve hastalık algısı ile sosyal ağları arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda araştırma soruları:

- Tip 2 DM’li geriatrik bireylerin hastalık algıları nasıldır?
- Tip 2 DM’li geriatrik bireylerin sosyal ilişkileri nasıldır?
- Tip 2 DM’li geriatrik bireylerin hastalık algıları sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre farklı mıdır?
- Tip 2 DM’li geriatrik bireylerin sosyal ilişkileri sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre farklı mıdır?
- Tip 2 DM’li geriatrik bireylerin hastalık algısı ve sosyal ilişkileri arasında ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın tek merkezde ve bir ilçe devlet hastanesinde yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlanma ve Yaşlılık Kavramları

Yaşlanma; intrauterin dönemle başlayıp yaşamın sonuna kadar devam eden dinamik bir süreçtir. Bu süreç organizmadaki zamanla meydana gelen, geri dönüşü olmayan, fonksiyonel ve yapısal değişikliklerin tümünü kapsamaktadır. Tüm sistemlerde devam eden yaşlanma süreci, yaşılanan kişinin genetik faktörleri, fiziksel aktivite düzeyi, sağlığı ve çevresel durumlarını içeren birçok faktörden etkilenmektedir [36-39].

Yaşlanma; kronolojik, sosyal, fizyolojik ve psikolojik yaşlanma olarak dört boyutta tanımlanmaktadır;

Kronolojik yaşlanma: Bireyin doğumıyla başlayan ve içinde bulunan zamana kadar geçen yılları kapsayan yaşlanmadır [39 ve 40].

Sosyal yaşlanma: Bireyin sosyal ve çalışma yaşamında uyum gücünün azalması ve kaybolmasına neden olan yaşlanmadır [40 ve 41].

Fizyolojik yaşlanma: Yıllar içerisinde meydana gelen anatomik yapıların ve fizyolojik fonksiyon değişikliklerini içeren yaşlanmadır [39 ve 40].

Psikolojik yaşlanma: Bireylerin emosyonel durumlarında algılamalarında ve davranışlarında ortaya çıkan değişimlerle karakterize yaşlanmadır [39-41].

Yaşlanma bir süreçtir ve bu sürecin son bölümü yaşlılık olarak nitelendirilmektedir. Doğumdan itibaren temel eğitim yıllarını içine alan 0-14 yaş arası çocukluk dönemi olarak adlandırılmaktadır. Temel eğitim sonrasında kişilerin çalışma hayatına başlamasına kadar olan dönem 15-24 yaş arası genç nüfusu olarak adlandırılmaktadır. Çalışma yaşları ile emeklilik yaşı arası dönem 25-64 yaş aralığı yetişkin dönem ve emeklilik sonrası 65 ve üzeri yaşlar da yaşlı grup olarak adlandırılmıştır. Yaşlılık sözlük anlamı olarak yaşlı olma, ilerlemiş yaşı etkilerini gösterme hali olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılıkla birlikte bireyin biyopsikososyal yönlerinde değişimler meydana gelmekte ve sağlık bakım gereksinimleri değişmektedir [36, 38, 39]. Demografik açıdan yaşlılık şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

- Genç (Erken) Yaşlılık: 65-74 yaş arasını kapsar.
- Orta Yaşlılık: 75-84 yaş arasını kapsar.
- İleri Yaşlılık: 85 yaş ve üzerini kapsar [7 ve 42].

2.2. Yaşlanma Sürecinde Meydana Gelen Değişimler

2.2.1. Fiziksel değişimler

Yaşlanma birçok organ düzeyinde fizyolojik ve patolojik değişikliklere neden olmaktadır. Bazı değişiklikler bireyin yaşamında sorun yaratmazken, bazı fiziksel değişimler yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemektedir [36]. Daha çok fizyolojik olan bu değişiklikler ilerleyen yaşla ile birlikte organizmada kalp hastalıkları, solunum hastalıkları, diyabet gibi kronik hastalıklara yatkınlığı da artırmaktadır [7 ve 36].

2.2.1.1. Ciltte yaşlanmaya bağlı değişiklikler

Cilt, yaşlanma belirtilerinin en belirgin şekilde görüldüğü dokudur. Yaşlanmaya bağlı ciltte oluşan değişiklikler cildin koruyucu ve dengeleyici fonksiyonlarının azalmasına neden olmakta ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Epidermisteki hücrelerin yenilenme hızı yaşlanmayla birlikte %30-50 oranında azalmakta ve bu durum 65 yaşın üzerindeki bireylerde yeniden epitelizasyon süresini uzatmaktadır. Epitelizasyon süresi uzayan yaşlı bireylerde yara iyileşmesinde gecikme yaşanabilmektedir [36]. Yaşlanmayla birlikte yağ dokusunun dağılımı değişmekte, deri altı yağ kaybıyla ilişkili yanaklar, eller ve bacaklar üzerindeki deride incelme ve kırışıklıklar ortaya çıkmaktadır [43]. Ciltte D vitamini sentezinin azalmasına bağlı kalsiyum emiliminde azalma gelişmektedir. Yaşlanmaya bağlı cilt altında sinirlerin sonlanma sayılarının azalması nedeniyle de ağrı ve dokunma duyusunun iletimi azalmaktadır [36].

2.2.1.2. Kas ve iskelet sisteminde yaşlanmaya bağlı değişiklikler

Yaşlanma; kas iskelet sistemine zayıflatıcı etki ederek osteoporoz, osteoartrit gibi patolojik durumlara neden olmaktadır. Yaşlanmayla birlikte kalsitonin parathormon gibi hormonların üretimindeki dengesizliğe bağlı olarak kemik kütlesinin mineral içeriğinde azalma meydana gelmektedir. Kemiğin yapısında görülen bu değişiklikler sonucunda fraktür riski artmakta, özellikle intervertebral disklerde ortaya çıkan dejenerasyon sonucunda yaşlı bireyde boy kısalmakta ve postür bozuklukları ortaya çıkmaktadır [36]. Yaşlanmayla birlikte kas doku kütlesi yağ dokusuna oranla daha fazla azalmaktadır [44]. İlerleyen yaş ile kas liflerinin sayısı ve boyutunda azalma, kapillerlerin azalması, interstisyel boşluklarda ve bağ dokusunda artma meydana gelmektedir. Bu süreç ileri seviyelere ulaştığı zaman oluşan sarkopeni tüm organizmanın kaslarını etkilediğinden bireyin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir hastalık olarak ifade edilmektedir [36 ve 45].

2.2.1.3. Kardiyovasküler sistemde yaşlanmaya bağlı değişiklikler

Kardiyovasküler sistemde yaşlanmaya bağlı olarak miyokardiyal hücrelerin sayısı azalmakta, kalan hücreler hipertrofiye uğramaktadır. Bu değişimin sonucunda sol ventrikülün duvar kalınlığı, sol atriyum hacmi ve kalbin kütlesi artmaktadır. Koroner arterlerin esnekliği, aortun genişleyebilme yetisi ve vasküler tonusu azalmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte mitral ve triküspit kapaklarda kalsiyum depolanması kapakların sertleşmesine neden olmakta ve üfürümler görülmektedir. Yaşlanma ile baroreseptör duyarlılığındaki azalmalar ise, kan basıncı düzensizliklerine neden olmaktadır. Kardiyovasküler sistemde meydana gelen bu değişiklikler miyokard infarktüsü riskini yaşlanmayla birlikte artırmaktadır. Ancak DM'li yaşlı bireylerde duyuşal azalmalar nedeniyle miyokard infarktüsünün klasik semptomları görülmeyebilir, ani başlayan dispne, anksiyete ve konfüzyon gibi belirtilere karşı dikkatli olunmalıdır [36 ve 46].

2.2.1.4. Solunum sisteminde yaşlanmaya bağlı değişiklikler

Yaşlanma ile ortaya çıkan yapısal ve işlevsel değişiklikler sağlıklı bireylerde problem yaratmazken kardiyovasküler veya solunum yolu hastalığı bulunanlarda olumsuz etkiler meydana getirebilmektedir. Bronşiollerdeki elastik liflerin oranının azalması alveollerin çapını artırırken derinliğini, azaltmaktadır. Alveol çapının artmasına bağlı olarak da akciğer volümü artmaktadır. Elastin kollajen dengesi kaybıyla ortaya çıkan göğüs duvarı elastikliğinin bozulması ise solunum kaslarındaki zayıflamaya, maksimum inspiratuar basıncın azalmasına neden olmaktadır. Ayrıca yaşlanma sürecinde solunum yolundaki azalan silialar, bireylerin havayolundaki sekresyonların temizliğini etkili şekilde sağlayamadığından solunum yolu enfeksiyonlarına yatkınlıklarını arttırmaktadır. Bu nedenle yaşlılarda pnömoni gelişme olasılığı daha yüksektir ve yaşlılık döneminde geçirilen pnömoni ölümcül seyredebilmektedir [7 ve 36].

2.2.1.5. Gastrointestinal sistemde yaşlanmaya bağlı değişiklikler

Yaşlanan bireylerde metabolik aktiviteler yavaşlar, tükürük salgısı azalır, diş sağlığı bozulur diş kayıpları, koku ve tat duyusunda azalmalar oluşur. Ağızda oluşan bu değişimlerin sonucunda ağız kuruluğu, sindirimde zorluk, yutmada güçlük görülebilmektedir. Bu durum yaşlı bireyin gıda alımından kaçınmasına ve kötü beslenmesine neden olarak malnütrisyon riskini arttırmaktadır. Ek olarak mide ve kolon motilitesinin, mukus üreten hücrelerinin ve mukus salgısının azalması ya da gastrik atrofi

oluşması gibi fizyolojik değişiklikler görülebilmektedir. Kolon kas yapısında zayıflama sonucunda gaita depolama kapasitesi artmakta, gaitanın kolondan geçiş zamanı uzamaktadır. Bu değişimlere bağlı olarak yaşlı bireylerde kronik konstipasyon görülmektedir. Karaciğerde yenileme kapasitesi ve hepatosit sayısının azalması, yaşlanmaya bağlı diğer değişiklikler arasında yer almaktadır. Tüm bu değişimler yaşlı bireylerde farmakolojik ajanların dikkatle kullanılmasını gerektirmektedir [36 ve 46].

2.2.1.6. Metabolik ve endokrin sistemde yaşlanmaya bağlı değişiklikler

Yaşlanmayla birlikte kadınlarda görülen menopoz birçok yapı üzerinde değişikliğe neden olmaktadır. Menopoz boyunca östrojen düzeyleri azalmakta ve buna bağlı vazomotor belirtiler, depresyon, deride ve vücut kompozisyonunda değişimler (vücut yağı artar, kas kütlesi azalır) görülmektedir. İlerleyen yıllarda bu belirtilere ek olarak kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz ve kognitif bozuklukların insidansında artmalar gözlemlenebilmektedir [46].

Endokrin sistem açısından ciddi değişimlerin yaşandığı bir diğer organ pankreasır. Yaşlanmayla birlikte pankreas adacık hücrelerinin sayı ve işlevlerinde değişiklikler yaşanabilmektedir. İnsülin salınımı artarken insüline olan duyarlılığın azalması yaşlı bireylerde diyabetes mellitus gelişme riskini artmaktadır. [36].

2.2.1.7. Nörolojik sistemde yaşlanmaya bağlı değişiklikler

Yaşlanma sinir sisteminde yapısal, işlevsel ve biyokimyasal pek çok değişikliğe neden olmaktadır. Beyinde yaşlanmanın moleküller, hücreler, damarsal yapı ve bilişsel durum üzerine etkileri vardır. Genel olarak, beynin volümü 40 yaşından sonra her on yılda yaklaşık %5 oranında azalmakta ve 70 yaşından sonra azalma oranı daha da artmaktadır. Santral sinir sisteminde makrofaj eşdeğeri olan mikrogial hücreler beyin hasarı, lokal ve sistemik inflamasyon ile aktive olurlar. Yaşlanmayla birlikte mikrogial hücrelerin küçük uyarıcılara aşırı yanıt verilmesi potansiyel olarak hasara ve nöronal ölüme neden olmaktadır. Serebral kortekste farklı nörotransmitter maddelerin miktarında da yaşla ilişkili değişiklikler meydana gelmektedir. Nörotransmitter madde yoğunluğundaki değişimler özellikle depresyon, uykusuzluk, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, anksiyete, bellek kaybı, parkinson gibi hastalıklarla ilişkili bulunmuştur. Yaşlanmadan en çok etkilenen nörotransmitter maddeler dopamin ve serotoninidir. Dopamin düzeyleri erken erişkinlikten başlayarak her 10 yılda bir %10 oranında azalmaktadır. Bu azalma bilişsel ve

motor işlevlerde azalma ile ilişkilidir. Bilişsel bozulma en çok öğrenme, bellek ve sorun çözme alanlarında olmaktadır. Bununla birlikte yaşlanmayla birlikte bilgiyi işleme hızı azalmakta, uyum sorunları yaşanmakta, konsantrasyon ve seçici dikkat azalmaktadır. Yeni durumlara uyum ve sorun çözme yaşın ilerlemesiyle zor olmaya başlamaktadır. Konsantrasyon ve seçici dikkatte azalma olur. İletişim yetisi göreceli olarak stabil kalmakta ancak işitmede azalma gibi duyuşsal bozukluklar nedeni ile iletişim zorlukları olabilmektedir [36 ve 46].

2.2.2. Psikososyal değışimler

Yaşlanmayla birlikte bilişsel ve fiziksel fonksiyonlarda gerileme sonucunda üretkenlikte azalma ve sosyal rollerde değışim meydana gelmektedir. Yaşlılık döneminde iş kaybı, emeklilik, eş / arkadaş kaybı ile sosyal ilişki değışimi, kronik hastalık gelişimi sonucunda bireyde umutsuzluk, depresyon gibi psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır [10 ve 42]. Emeklilik bireyin sosyal rolünün ve sosyal ağının değışimine neden olmaktadır. Emeklilik ile yaşlı birey ekonomik yönden üretken birey rolünü ve toplumsal rolünü kaybetmektedir. Sosyal rolü mesleği ile ilişkilendirilen bireylerde emeklilik psikolojik problemlere yol açmaktadır. Mesleki hayatını başarılı geçirmiş, sosyal ağ etkileşimi olan, farklı ilgi alanlarına sahip yaşlı bireylerde emeklilik dönemine uyum kolaylaşmaktadır. Yaşlı bireyin ekonomik rolünün değışimi, bakım veren bireyden bakımı sağlanan birey haline gelmesiyle sonuçlanmaktadır. Ancak bu durum bakım veren ve yaşlı birey arasında rol çatışmasına neden olmaktadır. Bireyin fiziksel işlevselliğinde yaşanan azalma ve buna ek olarak kronik hastalık varlığı yaşlı bireyin duyuşsal ve sosyal yönden de desteğe ihtiyacını artırmaktadır [42 ve 47]. Yaşamı boyunca başkalarına bağımlı ve edilgen olarak yaşamış bireyler yaşlanıp sosyal ilişkileri ve bilişsel fonksiyonları azalınca yalnızlık hissi yaşamaya başlamaktadır [42].

Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan sorunlardan birisi de umutsuzluktur. Umutsuzluk; kişilerin problemlerini hiçbir şekilde çözemeyeceklerini düşünmesi, başarısızlığa karşı tahammüllerinin olmaması, olaylara olumsuz anlam yüklemeleri ve hedeflerine ulaşmak için herhangi bir girişimde bulunmamalarına rağmen olumsuz sonuç beklemeleridir. Umutsuzlukla birlikte çaresizlik, değersizlik, kararsızlık, harekete geçememe, suçluluk duyguları ve intihar düşüncesi gibi duygulanım sorunları da ortaya çıkabilmektedir. Yaşlılık döneminde karşılaşılan sorunlardan birisi de uyku bozukluklarıdır. Bu dönemde yaşlanmaya bağılı olarak gelişen fizyolojik uyku değışiklikleri, kronik hastalıklar ve ilaç

kullanımları uyku bozukluklarına neden olabilmektedir [10 ve 42].

2.3. Yaşlılık ve Diabetes Mellitus

Yaşlanma süreci bireylerin birçok sistemde fonksiyonel kayıpların yaşandığı bir dönem olarak nitelendirilmektedir. Fonksiyonel kayıplara bağlı yaşlanma döneminde birçok kronik hastalık görülmeye birlikte, döneme ait en yaygın görülen hastalıklardan biri de şüphesiz diabetes mellitustur. DM; mutlak ya da rölatif insülin yetersizliği veya insülin etkisizliğinden kaynaklanan karbonhidrat, protein ve yağ metabolizması bozukluğu ile sonuçlanan hiperglisemi ile karakterize metabolik bir hastalıktır [48 ve 49]. Diyabet; Tip 1, Tip 2, spesifik nedenlere bağlı diyabet ve gebelik diyabeti (gestasyonel DM) olmak üzere başlıca dört gruba ayrılır. Diyabetin bazı tiplerinde insülin eksikliği ya da bozuk insülin salgılanmasına neden olan genetik kusur bulunurken, diğer tiplerde genetik yatkınlık, çevresel etmenler ve sağlıklı yaşam tarzına bağlı insüline karşı bir direnç bulunmaktadır [50]. Tip 2 DM’de insülin salgısında azalma, periferik insülin direnci ve karaciğerde aşırı glukoz yapımı olmak üzere 3 tür fizyopatolojik anormallik görülebilmektedir. DM genellikle insülin direnci şeklinde başlamakta ve artan insülin ihtiyacına rağmen pankreasın insülin üretme yeteneği azalmaktadır. Yaşam tarzının değişmesi fiziksel inaktivitenin ve obezitenin artması ile Tip 2 diyabet görülme sıklığı artmaktadır. Ailede diyabet öyküsü olması, obezite, 45 yaş üzerinde olma, gestasyonel diyabet öyküsü, hipertansiyon, polikistik over sendromu ve bozulmuş glukoz metabolizması Tip 2 DM’nin risk faktörleri arasında yer almaktadır [5, 48, 50]. Nüfusun yaşlanması ve yaşam beklentisinin artmasıyla Tip 2 DM prevalansı giderek artmakta ve yaşlı bireylerde diyabet önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. [14]. Dünyada giderek artmakta olan diyabetin görülme sıklığı yaş, cinsiyet, ırk, beslenme alışkanlıkları, genetik özellikler ve çevresel etkenlere bağlı olarak toplumdan topluma farklılık gösterir. DM tüm gelir düzeylerindeki ülkelerde ekonomik ve sosyal yönden insanları etkilemekte, ulusal sağlık bütçesini ve üretkenliğini azaltmakta, ekonomik büyümeyi yavaşlatmakta, yoksul ailelerde ekonomik yıkımlara neden olmakta ve sağlık sistemlerine aşırı bir yük oluşturmaktadır. DM yaşlıların yaşam beklentilerini azaltan küresel bir sağlık sorunudur [51].

Pankreas, kas ve karaciğer gibi diğer dokulardaki hücresel yaşlanma Tip 2 DM patogenezinde önemli bir rol oynamaktadır [52]. Yaşlanmayla birlikte organ fonksiyon değişimi sonucu insülin salgılayan beta hücrelerinin işlevinde bozulma ve bozulmuş insülin duyarlılığı meydana gelmektedir. Yaşa bağlı yağsız kütlenin (kas, kemik, su)

azalması ve yağ kütlesinin göreceli olarak artması visseral obeziteye neden olmakta ve insülin duyarlılığında değişikliklere yol açmaktadır. Yaşlı bireylerde artan insülin direnci ve pankreas adacık işlev bozukluğu nedeniyle Tip 2 DM gelişme riski daha yüksektir [14 ve 53]. Fiziksel aktivitenin azalması sonucu gelişen obezite, yaşla bağlantılı artmış adrenerejik tansiyon, böbrek fonksiyonlarında azalma ve potansiyel olarak diyabetojenik ilaçların (diüretikler, beta-adrenolitikler, kortikosteroidler, psikotrop ilaçlar, amiodaron) kullanımı, yaşlılarda glukoz metabolizmasının ve diyabetin bozulmasına neden olan ek faktörlerdir [44].

Tip 2 DM’de semptomlar, poliüri, polidipsi, polifaji, bulanık görme, parestezi, yorgunluk, deri enfeksiyonları, kadınlarda yaygın vajinit ve kaşıntı olarak görülmektedir. Yaşlanmayla değişen fiziksel aktivite ve eşlik eden hastalıklar diyabetin klinik tablosunu değiştirebilmektedir. Bazı yaşlı bireylerde hastalığın seyri asemptomatiktir ve tanı geç konulmaktadır [48, 51, 54].

Diyabetli bireylerin diyabeti olmayan yaşlılarına göre prognozu kötüdür ve ortalama yaşam süreleri birkaç yıl daha kısadır. 75 yaşın üzerindeki diyabetli bireyler komplikasyonlar açısından büyük riske sahip oldukları gibi özellikle hipoglisemi nedeniyle hospitalize edilme sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir [44].

2.3.1. Yaşlılarda diabetes mellitus tanı kriterleri

Tanı yöntemleri diyabet ve komplikasyonlarının belirlenmesi ve diyabet tedavisinin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Bu yöntemler; öykü, fiziksel muayene, idrar testi, açlık kan glukoz testi, oral glukoz tolerans testi (OGTT), herhangi bir zamanda yapılan kan glukoz testi, hemoglobin A1c (HbA1c) ölçümü olarak belirlenmiştir [8 ve 48]. Türkiye Diyabet Vakfı’nın 2019 yılında yayınladığı Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberine göre; bireyin beden kitle indeksinin 25 ve üzerinde olması, ek olarak fiziksel inaktivite, soy geçmişinde 1. ve 2. derece akrabalarında diyabet varlığı, hipertansiyon tedavisi alma, polikistik over sendromu varlığı, kardiyovasküler hastalık varlığı veya gestasyonel diyabet geçmişi gibi risk faktörlerinin bulunması durumunda diyabet taraması yapılmalıdır. Eğer risk faktörlerinden hiçbiri bulunmazsa 45 yaşında rutin olarak diyabet taramasına başlanılmalıdır. Tarama sonucu testler normal sınırlarda olsa da testler 3 yılda bir tekrarlanmalıdır [6 ve 8]. Yaşlı bireyler için tanı kriterleri farklılık göstermemektedir. Tablo 2.1’de diyabete ait tanı kriterleri gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Diyabet Tanı Kriterleri

Açlık Plazma Glukozu (APG)	≥ 126 mg/dl
Rastlantısal Plazma Glukozu + Diyabet Semptomları	≥ 200 mg/dl
Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT)'nde 2.st Plazma Glukozu	≥ 200 mg/dl
HbA1c	$\geq \%6.5$

2.3.2. Yaşlılarda diabetes mellitus tedavisi

DM önlenemediğinde ve uygun şekilde tedavi edilemediğinde morbidite ve mortalite riskinde artışlara neden olan kronik bir hastalıktır. Erken tanı ve yeterli tedavi ile bireyin yaşam kalitesi yükseltilmektedir. Diyabet tedavisinin temelini; hasta ve yakınlarına eğitim vermek ve kan glukoz seviyesini normal sınırlarda tutmak, komplikasyonları önlemek, risk faktörlerini kontrol altına almak gibi başlıklar oluşturmaktadır. Diyet, fiziksel aktivite, eğitim (%7 oranında kilo kaybının olması için) ve orta-yoğun egzersiz devamlılığı (haftada 150 saat) ile bozulmuş glukoz toleransı (kanıt düzeyi A) ve bozulmuş açlık glukozu (kanıt düzeyi E) önlenebilmektedir [6, 54, 55].

Diyabetin başarılı bir şekilde kontrol edilmesi sadece ilaçlara ve tıbbi tedavilere bağlı değildir; önleyici faaliyetler de başarılı kontrolde önemli yer tutmaktadır. Önleyici faaliyetlerin başında, sağlık tercihlerini yapabilen, sağlık okuryazarlığı yüksek bireyler yetiştirmek ve bu kişilerin sağlıklı yaşam davranışlarını uygulayabileceği ortamı hazırlamak gelmektedir [2].

Yaşlı bireylerde diyabet tedavisinin hedefleri, genç hastalarda olduğu gibi hiperglisemi ve risk faktörlerini kontrol altına almaktır. Tedavi hedefleri ve yöntemi belirlenirken bireyin yaşam beklentisi, tedavi sürecine katılımı, enjeksiyon yapabilme ve kan şekeri kendi kendine kontrol edebilme yeteneği, eşlik eden hastalıkları ve fonksiyonel kısıtlılıkları göz önünde bulundurulmalıdır ve tedavi kişiye özel olmalıdır. Yaşlı bireylerde diyabet tedavisinde hipoglisemi, hipotansiyon ve çoklu ilaç kullanımına bağlı ilaç etkileşimlerinden kaçınılmalıdır. Ayrıca yaşlı bireylerde öz bakım becerisini de etkilediğinden, aynı anda diğer tıbbi durumların yönetimi de önemlidir [10, 14, 44].

Diyabetli bireylere profesyonel bakım verecek tüm kuruluşların, en üst düzeyde fayda sağlamak ve zararı en aza indirmek için tedavi hedeflerini ve stratejilerini bireyselleştirilmiş bakım ve tedaviye önem vererek gerçekleştirmesi gerekmektedir. Diyabetli yaşlı bireyler için, kapsamlı geriatrik değerlendirme mümkün olan her yerde (birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri ve evde bakım hizmetlerinde) sağlık

profesyonelleri tarafından gerçekleştirilmelidir [3].

2.3.2.1. Eğitim

DM tanılı bireylere; hastalığın patofizyolojisi, tedavi yöntemleri, sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri (diyet, aktivite vb.), istenmeyen durumların farkına varma ve önleme gibi konular hakkında yapılan eğitimler bireyin hastalığı hakkında bilinçlenmesi, hastalığın kontrolü ve tedavinin başarısı için önemlidir. Bireylerin yaşam tarzı değişikliklerini kendi hayatlarına entegre etmeleri gerekmektedir. Bu nedenle hekim, hemşire, diyetisyen başta olmak üzere bir ekip çalışması ile hasta eğitimi ve tedavisi sürdürülmelidir. Verilen eğitimler tedavinin sürekliliği ve ekip içindeki iletişim için mutlaka kayıt altına alınmalıdır. İnternet tabanlı sosyal ağlar, teknoloji destekli öğrenme araçları (mobil uygulamalar vb.) yaşam tarzı değişikliği oluşturma da diyabeti önlemede etkili olmaktadır (kanıt düzeyi B). Diyabetin önlenmesinde takip ve eğitimin devamlılığı da önemlidir (kanıt düzeyi B) [54-57].

2.3.2.2. Tıbbi beslenme tedavisi

Diyetle glisemik kontrol, hem kalori alımının kontrolü hem de kilo kaybı yoluyla sağlanmaktadır. Beden kitle indeksinin 18,5-25,0 kg/m² arasında olması normal kilo olarak kabul edilmektedir. Bireyin hedef beden kitle indeksi seviyesinde kalabilmesi için diyetisyen ile işbirliği içerisinde eğitim verilerek diyetine uyumu için cesaretlendirilmelidir. Diyetler kadınlar için en az 1000-1200kcal, erkekler için 1200-1600kcal içermelidir. Diyetle gerçekçi hedefler önemlidir. Yaşlılarda şişmanlık ile ilişkili sağlık risklerinin saptanmasında; merkezi yağlanma ve yağsız vücut kitlesindeki kaybın, beden kitle indeksinden daha önemli olduğu düşünülmektedir [58]. Tıbbi beslenme tedavisi düzenlenirken inanç ve kültür farklılıkları göz önünde bulundurulmalı ve bireysel bir diyet programı düzenlenmelidir. Diyet mutlaka fiziksel aktivite ile desteklenmelidir [54 ve 59]. Bazı yaşlı bireyler, bilişsel işlev bozukluğu olanlar, sağlık okuryazarlığı olmayanlar, karbonhidrat sayımı için gerekli aritmetik bilgiden yoksun veya uygulama becerisi yetersiz olan diyabetli bireyler için porsiyon kontrolü ve sağlıklı besin tercihlerini vurgulayan basit bir öğün planı yaklaşımının (tabak modeli gibi) daha uygun olduğu belirtilmektedir [8].

Diyette doygunluk hissini arttırması, gastrointestinal sistemden geçme süresinin uzun olması açısından lifli gıdalara yer verilmesi önerilmektedir. Kadınlara günlük 25gr,

erkeklerle günlük 35gr lifli gıda tüketimi önerilmektedir. Tıbbi beslenme tedavisinde düşük glisemik indeksli gıdalar tercih edilmelidir (kanıt düzeyi B). Protein alımı total kalorinin %10-20'si kadar olmalıdır. Ancak kronik böbrek hastalığı varlığında nefropatiyi önlemek için protein alımı 0.8g/kg/gün ile sınırlandırılmalıdır [54, 60, 61]. Tüm yaşlı diyabetik hastalara tıbbi beslenme eğitimi verilmeli ve tedavi bireysel ihtiyaçlarına göre ayarlanmalıdır. Beslenme planı hazırlanırken yaşa bağlı kişiye özel farklılıklar (tat almada bozulma, ek hastalıklar, diyet kısıtlamaları, gastrointestinal fonksiyon bozukluğu, alışveriş yapma yeteneğinde azalma ve yemek hazırlama kapasitesinde azalma) göz önünde bulundurulmalıdır [14]. Yaşlı bireylerde enerji gereksinimi gençlere oranla %20-30 daha azdır. Yaşlı bireyler için beslenme planının oluşturulmasında bireyde kognitif bozukluk varlığı ve bakım vericinin diyetle uygun öğün hazırlayabilmesi de önemlidir. Bu nedenle, bireyin çevresel ve bireysel şartları incelenerek beslenme programı oluşturulmalıdır [15 ve 17].

2.3.2.3. Fiziksel aktivite

Diyabet tedavisinin önemli bir parçası da düzenli egzersizdir. Egzersiz kilo kaybıyla beraber, plazma glukoz seviyesini düşürmekte, insülin duyarlılığını artırmakta, lipid profilini, hafif ve orta derecede hipertansiyonu düzenlemektedir. Diyabetik yaşlı bireylerin işlevsel kısıtlılığının olmadığı durumlarda haftada en az 5 gün 30 dakikalık orta düzeyde aerobik egzersiz yapması önerilmektedir. Aerobik egzersize ek olarak direnç egzersizleri de önerilebilir. Direnç egzersizi ile kas kütlesi geliştirilmektedir. Bu nedenle insülin hassasiyetiyle ilgili olumlu etki sağlanmaktadır. Yaşlı birey için fiziksel aktivite planlanırken glisemik kontrol düzeyi değerlendirilmelidir. Bunun yanı sıra kardiyovasküler sistem muayenesi, nörolojik muayene, kas iskelet sistemi muayenesi ve ayak muayenesi de yapılmalıdır. Egzersize başlamadan önce koroner arter hastalığı, periferik damar hastalığının bulunması gibi durumlarda efor testi yapılması gerekmektedir. Kan glukoz düzeyinin 80mg/dl'nin altında veya 200mg/dl'nin üzerinde olması, nöropati, kardiyovasküler hastalık ve retinopati varlığı durumlarında egzersiz sakıncalı olabilmektedir [14, 54, 62]. Yaşlı bireylerde kardiyovasküler hastalık, zayıf görme, artrit gibi egzersizi etkileyen birçok ek hastalık bulunabilmektedir. Bireyin egzersiz programı hazırlanırken kişisel ve çevresel faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekir. Yaşlı bireylerde yürüyüş genel olarak etkili ve uygulanabilir aktivitedir. Fonksiyonel durumuna göre bireylerin haftada 5 gün 30dk tempolu yürüyüş yapmaları önerilmektedir. Egzersiz öncesi ve sonrası kan glukoz

seviyesi ölçümü yapılması unutulmamalıdır [15 ve 17].

2.3.2.4. Farmakolojik tedavi

Diyabetik yaşlı bireylerde, bir kontrendikasyon (böbrek yetmezliği ve stabil olmayan/akut kalp yetmezliği) olmadıkça, öncelikle hipoglisemi riski nedeniyle tedavi için metformin kullanımı ve yaşam tarzı değişiklikleri önerilmektedir. Ancak komorbid hastalığı, çoklu ilaç kullanımı ya da HbA1c düzeyleri hedefe yakın olan bireyler, metformin tedavisine başlamadan önce yaşam tarzı değişiklikleri ile 3-6 ay süreyle izlenmelidir. Farmakolojik tedavi kişinin yeteneklerine ve komorbiditelerine göre düzenlenmelidir. Özellikle yaşlı bireylerin tedavisinde oral antidiyabetik ilaçlar ve insülinler kullanılmaktadır [14]. İnsülin tedavisinde uygulamayı kendisi yapacak kişinin görme, kognitif ve motor fonksiyonlar açısından uygun olması gerekmektedir. Bilişsel bozukluğu olan yaşlılarda diyabet eğitimi hasta ve bakım vericiye birlikte verilmelidir. Uzun etkili insülinler, hipoglisemi riskinin düşük olması açısından yaşlılarda daha güvenilirdir. Yoğun glisemik kontrol gerektiğinde ise karışım insülinler kullanılmaktadır [17].

2.3.3. Yaşlılarda diabetes mellitus komplikasyonları

Hiperglisemi ile devam eden kontrol altına alınmamış diyabette birçok sistemi etkileyen komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Dünya genelinde böbrek yetmezliğinin ve amputasyonun en çok karşılaşılan nedeni diyabettir. Diyabete bağlı akut (ketoasidoz, hipoglisemi, hiperglisemik hiperozmolar durum, enfeksiyonlar), kronik [mikrovasküler (retinopati, nefropati ve nöropati) ve makrovasküler (hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, periferik vasküler hastalık, serebro vasküler hastalık)] komplikasyonlar görülmektedir [6]. Diyabetik yaşlılarda makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonların yanı sıra kognitif bozukluk, depresyon, üriner inkontinans, düşme, polifarmasi ve sarkopeni gibi geriatrik sendromlara da yaşlanma eşlik etmektedir. Yaşlı Tip 2 DM'li bireyler sarkopeni ve fiziksel engellilik açısından büyük risk taşır [14]. Diyabet hastalarında kardiyovasküler ve periferik damar hastalıkları, göz hastalıkları, böbrek fonksiyon bozukluğu ve nöropati gibi komplikasyonlar ve bunlara bağlı morbidite ve mortalite sık görülmektedir. Diyabet hastalığı nedeniyle yaşlının hareketlerinin kısıtlandığı, yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği, organ veya işlev kayıplarının ortaya çıktığı, iş gücü kaybının arttığı ve sosyo-ekonomik gücün zayıfladığı bildirilmiştir [10].

Diyabetik yaşı bireylerde hipoglisemi yaygın ve önemli bir problemdir. Kan glukoz düzeyinin 50mg/dl'nin altına düşmesi hipoglisemiye oluşturmaktadır. 47 mg/dl düzeyinde ise kognitif fonksiyon bozuklukları başlamaktadır [63 ve 64]. Yaşı bireyin birden fazla ilaç kullanması, bilişsel bozukluk varlığı ve malnutrisyon hipoglisemi oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Genç ve yaşı diyabetik bireylerde, düzenli öğünü olmayanlarda, renal yetmezliği olanlarda, daha önceden şiddetli hipoglisemisi olanlarda hipoglisemi genellikle uyku sırasında gerçekleşmektedir [48 ve 65]. Bu risk yaşla birlikte artmakta ve insülin tedavisi ile risk daha da yükselmektedir. Hipoglisemi oluşumu bilişsel işlevlerin kötüleşmesine veya bunamanın artmasına neden olabilmektedir. Yaşı hastalarda hipogliseminin klinik belirtisi, genç kişilere kıyasla daha düşük glukoz seviyeleri ile ortaya çıkabilmekte, atipik semptomlar nedeniyle hastalar genellikle hipoglisemi belirtilerini farkedememektedir. Yaşı bireylerde adrenerjik sistemin uyarılmasından kaynaklanan terleme, titreme veya açlık gibi uyarı sinyalleri de hiç oluşmayabilmektedir [44].

Özellikle Tip 2 diyabetli yaşlılarda insülin ihtiyacının arttığı bazı durumlar ortaya çıkabilmektedir. Miyokard infarktüsü, antidepresan, steroid gibi ilaçların kullanımı, akut organ yetmezlikleri, gastrointestinal kanamalar, pankreatit gibi durumlar, özellikle bakım merkezlerinde izlenen Tip 2 DM tanılı bireylerde hiperglisemik hiperozmolar duruma neden olmaktadır. Hiperglisemik hiperozmolar durumda belirgin ketoasidoz yokken şiddetli hiperglisemi, hiperozmolarite ve dehidratasyon vardır. Kontrol altına alınmadığında ise hipokalemi, hipoglisemi, beyin ödemi, akut böbrek yetersizliği, akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), derin ven trombozu gibi komplikasyonlara ve mortaliteye neden olabilmektedir [8 ve 66].

Diyabetik nefropati (DN) son dönem böbrek yetmezliğine yol açan en önemli nedendir. Kötü glisemik kontrol, hipertansiyon, glomerüler hiperfiltrasyon, genetik yatkınlıkla diyabetik nefropati riski artmaktadır. Morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerinden olan DN; idrarda artmış protein atılımı olarak tanımlanmaktadır. Diyabette glomerüler hiperfiltrasyon, böbrek hipertrofisi, hiperglisemi, ileri glikolizasyon ürünler ve sitokinler diyabetik nefropatiye neden olmaktadır. Diyabetin süresi nefropatinin gelişiminde önemli bir faktördür. Tip 2 DM'li bireylerde tanı anından itibaren, Tip 1 DM'li bireylerde ise beş yıllık süreden itibaren mikroalbuminüri taraması önerilmektedir. Yaşı diyabetik bireylerde nefropatiyi önlemek için glisemik kontrol ve kan basıncı kontrolü önemlidir. Yaşı bireylerde her yıl idrarda albümin ve protein atılımının kantitatif ölçümü yapılmalıdır [17 ve 67].

Nöropati, sinir liflerinin progresif kaybı ile karakterizedir. Diyabetik nöropati prevelansı diyabet süresi ve yaşla birlikte artmaktadır. Diyabet henüz aşık hale gelmeden bozulmuş glukoz toleransı ile da diyabetik nöropati görülmektedir. Diyabetik nöropati önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmakla beraber nontravmatik ekstremitte amputasyonlarının %50-75'inden sorumludur. Polyol yolağı, ileri glikolizasyon son ürünleri, oksidatif stres, hücre fizyolojisindeki endoskeletal anormallikler ve sinir iskemisi nöropati oluşumuna neden olan fizyopatolojik durumlardır. Kronik hipergliseminin nöropati oluşumunu tetiklediğı bilinmektedir. Hiperglisemi polyol yolunu aktive ederek sorbitol ve früktoz birikimini arttırmakta ve sinirlere hasar vermektedir. Nöropatiye bağı kas güçsüzlüğü, otonom nöropati nedeniyle oluşan ortostatik hipotansiyon diyabetik yaşlı bireylerde sıklıkla düşmeye neden olmaktadır [17 ve 68]. Diyabetik nöropatide proksimal ve distal periferel sensoriyel ve motor sinirler ve otonom sinirleri etkilenmektedir. Farklı tutulumlar nedeniyle değışken semptomlar görülmektedir. Diyabetik nöropati anatomik olarak proksimal-distal, simetrik-asimetrik, fokal-diffüz olarak sınıflandırılabilir. Nöropatinin karakteristik özelliğine göre ağırlı-ağırsız ya da duyusal, motor ve otonomik olarak sınıflandırılabilir [68 ve 94]. Diyabetik nöropatide tanı hasta bazında dikkatle yapılmalı ve tedavi her hasta için özelleştirilmelidir [68].

Diyabetik retinopati erişkinlik dönemi görme sorunlarının önemli bir nedenidir. Katarakt ve glokom diyabette en sık görülen sorunlardır. Retinopatinin saptanmasında fundus fotografisi kullanılmaktadır. Tip 2 DM'li bireyler diyabetik retinopati yönünden tanı sırasında taranmalı ve kontroller yılda 1 kez tekrarlanmalıdır. Retinopatinin önlenmesi için iyi glukoz kontrolü ve iyi hipertansiyon tedavisi önerilmektedir. Tedavisi antiplatelet tedavi, laser fotokoagülasyon vitrektomi ile yapılmaktadır. Hipertansiyon, kronik hiperglisemi, diyabet süresi gibi nedenlerle yaşlı bireylerde diyabetik retinopati gençlere göre daha sık karşılaşılmaktadır [17 ve 69].

Diyabetik ayak sendromu, diyabetik nöropati ve vasküler yetersizliğin birlikte olması sonucu ortaya çıkmaktadır. Diyabetik otonomik nöropati nedeniyle terlemenin azalması ve cilt kuruluğına bağı olarak yüzeysel inflamasyon, dermatit oluşmaktadır. Ayrıca ayakta basıncın anormal dağılımı nedeniyle de iskemi, mikrotrombüs, ülser ve gangren gibi komplikasyonlar oluşmaktadır [70]. Diyabetik ayak oluşumunun önlenmesinde hasta eğitiminin önemli bir yeri vardır. Ayakta basıncı azaltacak önlemler, düzenli ayak bakımı, diyabetik ayak belirti ve bulgu takibi hakkında hastalar bilgilendirilmeli ve davranış değışikliği sağlanmalıdır. Diyabetik ayak konusunda eğitim arttıkça, amputasyon oranının

azaldığı belirtilmektedir. Yaşlı bireylerde görme bozukluğu ve güçsüzlük ayak bakımını zorlaştırmaktadır. Bireye ayak bakımı ve doğru ayakkabı seçimi hakkında destek olunmalıdır [17 ve 70].

2.4. Hastalık Algısı

Hastalık algısı kavramı, bireyin hastalığa karşı bilişsel ve duygusal tepki örüntüsünü, hastalıkla başa çıkma yöntemlerini, hastalık deneyimini ve hastalığı anlamlandırmasını tanımlamak için kullanılmaktadır [18]. Kronik hastalık tanısı alan bireyde bilişsel ve duyuşsal değerlendirme sonucunda hastalık algısı oluşmaktadır. Hastalık deneyimi kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Hasta birey deneyim, inanç, bilgi ve gereksinimleri doğrultusunda hastalığı açıklamaya çalışmaktadır. Hastalık algısı ile birey hastalığın anlam ve önemini kavramaktadır. Hastalık algısı bireyin hastalık tipi, hastalık hakkında görüşleri (hastalık süresi, tıbbi sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre ve duygusal temsiller) ve hastalık nedenleri hakkındaki görüşlerini içermektedir. Ancak bireyin hastalık hakkındaki görüşleri nadiren sorgulanmaktadır. Bu nedenle de birey hastalık hakkındaki inançlarını çoğu zaman ifade etmemektedir. Hasta bireyin hastalık algısı ve değerlendirmesi, verdiği duygusal ve davranış tepkisi; baş etme yöntemlerini, psikolojik durumunu ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Hastalıkla ilgili hastalık algı değişimi, tedaviye yanıtta da değişime neden olmaktadır [19 ve 71].

Hastalık algısı, bireyin uyumundan hastalığın seyrine kadar birçok alanı etkilemektedir. Bireyler hastalık ve sağlıkla ilgili kendilerine özgü inanışlara sahiptirler ve bu inanışlar temelinde sağlık davranışları gelişmektedir [51]. Kronik hastalıklarda hastalık yönetimine hasta katılımının sağlanması oldukça önemlidir. Bunu sağlayabilmek için bireyin hastalık algısının belirlenmesi ve bakım sürecinde dikkate alınması gerekmektedir. DM sürekli izlem ve tedavi gerektirmesi bireyde umutsuzluk, duygusal karmaşa ve anksiyeteye neden olmaktadır. Bu nedenle bireyde ilişkilerde bozulma olabilmekte ve bireyin psikososyal uyumunu etkilemektedir [72 ve 73]. Diyabet tedavisinde bireyin geçmiş deneyimleri ile insülin kullanımını istememesi gibi durumlar bireyin sağlık inançlarını, hastalık algısını ve tedaviye uyumunu etkilemektedir [20].

Hastalık algısı kavramı birçok bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler:

Hastalığın kimliği: Birey hastalık tanısı aldıktan sonra hastalığa bağlı semptomlar hakkında inanışlar oluşturmaktadır. Bireyin hastalığın semptomlarına karşı geliştirdiği bakış açısı başkalarından farklı olabilmektedir [13].

Nedensel inançlar: Birey teşhisi konulduktan çok kısa bir süre sonra hastalığın neden geliştiğine dair inançlar oluşturmaktadır. Nedensel inanışlar, hastaların hastalıkları hakkında araştırdıkları tedavi yöntemlerini ve hastalığı kontrol altında tutmak için gereken değişiklikleri etkilemede önemlidir [13].

Zamansal inançlar: Döngüsel zaman, hastalığın kronik veya akut olmasına bağlı zaman kavramlarını içermektedir [13].

Kontrol veya tedavi ile ilgili inançlar: Hastalığın kontrolü veya tedavisi zamansal inançlar ve nedensel inançlarla yakından ilişkilidir. Kontrol inançlar, hastalığın kişisel kontrole duyarlılığı ve nasıl tedavi ile kontrol altına alınabilir olduğuyla ilgilidir [13].

Sonuçlar: Hastalığın yaratacağı etkiyi kapsar. Bireylerin ailelerinin, yaşam tarzlarının ve finans yönünden değişimlerinin değerlendirilmesini kapsar [13].

2.5. Sosyal Ağ

Sosyal ağ; bireyi çevreleyen aile, arkadaş, meslektaş, komşu ve sağlık profesyonelleriyle bağlayan sosyal ilişkiler ağı olarak tanımlanmaktadır [22]. Bir kişiyi çevreleyen sosyal ilişkiler ağı olarak tanımlanan sosyal ağlar, sosyal faaliyetlere katılımı ve sosyal desteğe erişimi kolaylaştırır. Dolayısıyla sosyal ilişkiler, sosyal ağlardan, sosyal aktiviteden ve sosyal destekten hem etkilenir hem de onları etkiler. Sosyal destek; sağlığın korunmasını, hastalıkların tedavisini ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek kronik hastalıkların yönetiminde uyumu artırır ve sosyal dışlanmayı azaltarak yaşlıların yaşam kalitesini yükseltir. Sosyal destek sistemlerinin eksik kaldığı durumlarda hastalık süresinin uzaması, depresif bozuklukların ortaya çıkması ve hastalık komplikasyonlarında artış görülmesi kronik hastalığın bakımını güçleştirir. Sosyal destek sayesinde stres ile daha etkin baş edilir ve semptomlar daha etkin şekilde kontrol altına alınır [10 ve 74].

Sosyal ağ etkileşimi bireyin her yaşta en temel ihtiyaçlarından biridir. Sosyal ilişkilerin genişliği yaşlanmanın olumsuz durumları ve sosyal rol kayıpları karşısında bir denge oluşturmaktadır [75]. Yaş ilerledikçe bireyin iletişimi azalır, eş ve yakın arkadaşların kayıpları ve çeşitli ağlardaki değişimi kontrol altına alma konusunda sınırlılıkları artar [76]. Kişisel bir topluluk içinde bilgi ve deneyimlerin paylaşılması, bireylere yalnız olmadıkları hissini vermekte ve bireye hastalığıyla ilgili mevcut bilgiyi pekiştirmesi için değerli bir fırsat sunmaktadır. Sosyal ağdaki paylaşım süreci bireyde yaşam tarzı değişikliklerini oluşturarak bakıma etkin katılımını sağlamaktadır. Düzenli egzersiz ve hastalığıyla ilgili diyet değişikliği gibi aktiviteleri üstlenme motivasyonunun, hem tanıdık

hem de güvenilen insanlarla paylaşılan sorumluluk duygusuyla bağlantılı olduğu bildirilmektedir [77].

DM’de sosyal ağ üyeleri; ilaç yönetimi, kan şekeri kontrol etme, diyet uyumu, fiziksel aktiviteler, sağlık bakım randevuları, hastalık hakkında karar verme, psikososyal başa çıkma ve duygusal destek gibi hastalık yönetimi faaliyetlerine destek sağlar. Bireyin sosyal ağ çevresinde DM varlığı, diyabet farkındalığını artırarak hastalık bilgisini geliştirmesini sağlamaktadır [77].

2.6. Yaşlı Bakımında Hemşirelik

Geriatric; yaşlıların sağlıkla ilgili sorunlarının tanı ve tedavisi ile ilgilenen tıptaki bir uzmanlık alanıdır. Gerontoloji ise, yaşlılığı biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları ile ele alan bir bilim dalıdır. Yaşlıların sorunları incelenirken geriatric yaklaşımlarla gerontoloji uygulamaları birlikte ele alınmalıdır [7]. Ülkemizde gerontoloji hemşireliği hemşirelik yönetmeliğinde tanımlanmamıştır. Yaşlılıkla ilgili “toplum ruh sağlığı merkezi hemşiresi”ne yaşlılık çağı ruhsal gelişim özelliklerine yönelik bilgi vermesi, bu çağda görülebilecek fiziksel, duygusal ve sosyal problemlerle baş etme yöntemleri hakkında danışmanlık etme görev, yetki ve sorumluluğu verilmiştir [78]. Yaşlılık yaşam kalitesini etkileyen fiziksel ve psikososyal değişimlerin meydana geldiği yaşamın önemli ve son dönemi olması nedeniyle sağlık çalışanları tarafından özel olarak ele alınması gerekmektedir. Yaşlı bireyin yaşam kalitesinin geliştirilmesinde, bireylerin gereksinimleri doğrultusunda, bireye özel olarak geliştirilmiş bir bakımla desteklenmeleri gerekmektedir [79]. Yaşlı bireylerin hastalık yönetiminde ve öz bakım ihtiyacının karşılanmasında, bakıma aktif katılımının desteklenmesi önemli rol oynamaktadır. Yaşlı bireyin bakıma katılımını sağlamak için sağlık profesyonelleri ve hasta yakınlarının yakın iletişimi çok önemlidir. Etkili iletişim hastanın anlamasını, kolay hatırlamasını ve bilgisini artırır ve bakımda memnuniyeti artırır [10].

Tip 2 DM kronik bir hastalıktır ve kontrolü hastanın kendi yaşam alışkanlıklarına ve hastalığı algılama durumuna bağlıdır [80]. Hastalığın nasıl algılandığının belirlenmesi, etkin bir tedavi ve bakım için kritik düzeyde önemlidir. Diyabetli bireylerde hastalık algısı, hastalığı yönetim davranışlarını etkilemekte ve bu durumun glisemik kontrolde önemli etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle hemşirelik bakımı planlanırken diyabet hastalarının hastalık algısı çok boyutlu olarak değerlendirilmelidir [20]. Bunun yanı sıra sosyal ağ etkileşimi diyabetli bireyin hastalık algısı üzerinde önemli bir role sahiptir. Hemşire bakım

planı oluştururken bireyin hastalık algısını, sosyal ağ genişliği ve sosyal destek etkinliğini değerlendirmelidir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Tip 2 DM'li geriatrik bireylerin hastalık algısı ve sosyal ağ ilişkilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Hipotezleri

H0-1: Tip 2 DM'li geriatrik bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algıları arasında fark yoktur.

H1-1: Tip 2 DM'li geriatrik bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algıları arasında fark vardır.

H0-2: Tip 2 DM'li geriatrik bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre sosyal ilişkileri arasında fark yoktur.

H1-2: Tip 2 DM'li geriatrik bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre sosyal ilişkileri arasında fark vardır.

H0-3: Tip 2 DM'li geriatrik bireylerin hastalık algıları ve sosyal ilişkileri arasında ilişki yoktur.

H1-3: Tip 2 DM'li geriatrik bireylerin hastalık algıları ve sosyal ilişkileri arasında ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri

Bu araştırma, 18 Mart 2021-01 Aralık 2021 tarihleri arasında Amasya Suluova Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniği ve Evde Sağlık Biriminde yürütülmüştür. Poliklinik 08:00-16:30 saatleri arasında ayaktan hastalara hizmet vermektedir ve polikliniğine bağlı bir yatan hasta servisi bulunmaktadır. Dahiliye polikliniğinde iki uzman hekim, poliklinikte 2 tıbbi sekreter, serviste bir tıbbi sekreter ve altı hemşire çalışmakta olup günde yaklaşık 40 hastaya hizmet verilmektedir. Evde sağlık birimi yaşlı, yatağa bağımlı, engelli, kronik hastalığı olan, hastalık ve etkenleri ile zorlukla mücadele eden, hastanede kalma imkânı olmayan ya da taburculuk sonrası tedavisi evde devam eden, bakım hizmeti alabilme veya yakınlarının yardımcı olabilmesi zor olan bireylerin bakımları ve tedavilerini sağlamaktadır. Evde sağlık birimi 7 sağlık personeli, 2 mobil ekip ile Suluova ilçesine bağlı köy ve merkez mahallelerdeki hastalara hizmet vermektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, 18 Mart 2021-01 Aralık 2021 tarihleri arasında Amasya Suluova Devlet Hastanesi dahiliye polikliniğine ve evde sağlık birimine başvuran Tip 2 DM tanılı 65 yaş üzeri geriatrik bireyler oluşturmaktadır (N=163).

Araştırmanın örneklemini ise; 18 Mart 2021-01 Aralık 2021 tarihleri arasında Amasya Suluova Devlet Hastanesi dâhiliye polikliniğine ve evde sağlık birimine başvuran Tip 2 DM tanılı 65 yaş ve üzeri geriatrik bireylerden çalışmaya katılmayı kabul ederek araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan bireyler oluşturmuştur (n=107). 18 Mart 2021-01 Aralık 2021 tarihleri arasında ulaşılan 116 hastadan dört hasta bilişsel bozukluğu olduğu için, beş hasta zamanı olmadığı ve anket cevaplarını tamamlamadığı için çalışmaya dâhil edilememiştir. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerini sağlayan ve onam veren 107 Tip 2 DM tanılı 65 yaş üzeri geriatrik birey ile çalışma tamamlanmıştır.

Veri toplama sürecinde toplam 107 Tip 2 DM'li geriatrik bireye ulaşılmış olup, çalışma sonucunda yapılan Post Hoc Power (GPower 3.1) analizi sonucuna göre; %95 güven aralığı, $d=0,338$ etki büyüklüğü (hastalık algısı ile sosyal ağ ilişkileri arasındaki korelasyon) ile testin gücünün Power ($1-\beta$ err prob) %97,9 olduğu saptanmıştır.

3.4.1. Dâhil edilme kriterleri

Araştırmanın amaç hipotez ve değişkenlerine göre ilgili literatürden faydalanarak araştırmanın dahil edilme kriterleri belirlenmiştir [11, 20, 23, 24, 29, 30].

Dâhil edilme kriterleri:

- 65 yaş ve üzeri olan,
- Tip 2 DM tanısı bulunan,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.4.2. Dışlama kriterleri

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve sözel iletişim kuramayan, nöropsikiyatrik hastalığı olmayan birey çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Bireylerin hastalık algısı ve sosyal ağ ilişkileri çalışmanın bağımlı

değişkenleri olarak tanımlanmıştır.

Bağımsız Değişkenler: Bireylerin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, meslek, yaşadığı yer ve kişiler) hastalığa ve tedaviye ilişkin özellikleri (diyabet tanısını ne zaman aldığı, sigara kullanım durumu, komplikasyon varlığı) bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Hasta Tanıtım Formu, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeği-6 (LSAÖ-6) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Hasta tanıtım formu (EK-4)

Hasta tanıtım formu, araştırmacı tarafından literatür incelenerek sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşadığı yer ve kişiler vb.) ve hastalığa ve tedaviye ait bilgileri (diyabet tanısını ne zaman aldığı, sigara kullanım durumu, komplikasyon varlığı vb.) içeren toplam 18 sorudan oluşmaktadır [81-83].

3.6.2. Hastalık algısı ölçeği (HAÖ) (EK-5)

Hastalık algısı ölçeği (HAÖ) 1996 yılında Weinman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları tarafından revize edilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Kocaman ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. HAÖ; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olarak üç alt boyuttan oluşmaktadır. Kocaman ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında hastalık nedenleri alt boyutunda Cronbach alfa katsayısı 0,89, hastalık hakkında görüşleri alt boyutunda Cronbach alfa katsayısı 0,69-0,77 ve hastalık nedenleri alt boyutunda Cronbach alfa katsayısı 0,25-0,72 olarak bulunmuştur [19]. Bu çalışmada ölçeğin hastalık nedenleri alt boyutunda Cronbach alfa katsayısı 0,77, hastalık hakkında görüşleri alt boyutunda Cronbach alfa katsayısı 0,84 ve hastalık nedenleri alt boyutunda Cronbach alfa katsayısı 0,75 olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarına ait bilgiler aşağıdaki gibidir.

Hastalık Tipi Boyutu: Hastalıklarda sık görülen “ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı” olarak 14 hastalık belirtisini içerir. 14 belirtinin her biri için hastalığın başlangıcından bu yana belirtiyi

yaşayıp yaşamadığı ve belirtiyi hastalıkla ilgili görüp görmediği sorulmaktadır. Sorulara evet veya hayır olarak cevap verilmektedir. Ölçeğin bu boyutunun değerlendirilmesi hastanın her bir belirtiyi hastalığı ile ilişkili görüp görmediği sorusuna verilen evet cevapların toplamı ile değerlendirilmektedir [19].

Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu: Akut/kronik süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, döngüsel süre ve duygusal temsiller olmak üzere 7 alt boyut ve 38 maddeden oluşmaktadır. Cevaplar “1 (kesinlikle böyle düşünmüyorum)” ile “5 (kesinlikle böyle düşünüyorum)” arasında değişen beşli likert tipi ölçüm ile değerlendirilmektedir. Alt boyutlarının puanlaması; her bir alt boyuttaki puanların toplanıp, o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Alt boyutlarda alınan puan ortalaması 1-5 puan arasında değişmektedir. Süre alt boyutu; bireyin hastalığına ilişkin süre ile ilgili algılarını inceler. Sonuçlar alt boyutu; hastanın hastalık şiddeti, hastanın fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası yanıtlarıyla ilgili inançlarını araştırır. Kişisel kontrol alt boyutu; hastanın hastalık süresinin, seyrinin ve tedavisinin üzerindeki iç kontrol algısını inceler. Tedavi kontrolü alt boyutu; uygulanan tedavinin etkinliğine ilişkin hastanın inançlarını inceler. Hastalığı anlayabilme alt boyutu; hastanın hastalığını anlama/kavrama düzeyini araştırır. Duygusal temsiller alt boyutu; hastanın hastalığıyla ilgili hissettiklerini anlamaya çalışır [19].

Hastalık Nedenleri Boyutu: Hastanın, hastalığının oluşumundaki olası nedenlerine ilişkin düşüncelerini araştıran 18 maddeden oluşmaktadır. Sorulara “1 (kesinlikle düşünmüyorum)” ile “5 (Kesinlikle böyle düşünüyorum)” arasında değişen beşli likert tip ölçüm ile cevap verilmektedir [19].

Tablo 3.1. Hastalık Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Katsayıları

Ölçekler ve alt boyutları	İfade sayısı	Cronbach's alpha (α)
Hastalık algısı ölçeği, belirti	14	0,768
Hastalık algısı ölçeği, ilgili	14	0,452
Hastalık Hakkında Görüşler	38	0,842
Süre	6	0,692
Sonuçlar	6	0,732
Kişisel kontrol	6	0,868
Tedavi kontrol	5	0,706
Hastalığı anlayabilme	5	0,715

Tablo 3.1'in devamı

Süre	4	0,615
Duygusal temsiller	6	0,787
Hastalığının Nedenleri	18	0,753
Psikolojik atıflar	6	0,783
Risk faktörleri	7	0,345
Bağıışıklık	3	0,619
Kaza ve şans	2	0,300

Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının içsel tutarlılığına ilişkin Cronbach's alpha güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır. Hastalık algısı ölçeği Cronbach's alpha güvenirlik katsayıları Tablo 3.1'de belirtilmiştir.

3.6.3. Lubben sosyal ağ ölçeği-6 (LSAÖ-6) (EK-6)

Lubben Sosyal Ağ Ölçeği ilk olarak 1988 yılında Lubben tarafından yetişkin popülasyonda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. 2006 yılında Lubben ve arkadaşları tarafından kullanım kolaylığı sağlaması amacıyla standartlaştırılmış altı maddesi kullanılarak ölçeğin kısaltılmış bir versiyonu olan Kısaltılmış Lubben Sosyal Ağ Ölçeği (LSNS-6) geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını 2020 yılında Demir Erbil ve Hazer gerçekleştirmiştir. Ölçek aile ve arkadaş olarak iki alt boyuttan oluşmaktadır. Her bir soru “0’dan 5’e” altılı likert tipte puanlanmıştır. “0,1,2” kişinin sahip olduğu sosyal ağın azlığına, “3,4,5” ise kişinin sahip olduğu sosyal ağın daha çok olmasına işaret etmektedir. Toplam puan, tüm maddelerin toplamı bulunarak hesaplanmaktadır. Puanlama “0-30” arasında değişmekte olup daha yüksek puan daha çok sosyal ağ varlığını göstermektedir [26]. Demir ve arkadaşlarının çalışmasında ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,90 olarak bulunmuştur [26]. Bu çalışmada ise, ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,85 olarak saptanmıştır.

Tablo 3.2. Lubben Sosyal Ağ Ölçeği ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Katsayıları

Ölçekler ve alt boyutları	İfade sayısı	Cronbach's alpha (α)
Lubben sosyal ağ ölçeği	6	0,85
Aile	3	0,86
Arkadaşlar	3	0,85

Lubben sosyal ağ ölçeği Cronbach's alpha güvenirlik katsayısı 0,85, Aile alt boyutu Cronbach's alpha güvenirlik katsayısı 0,86, Arkadaşlar alt boyutu Cronbach's alpha güvenirlik katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur.

3.7. Ön Uygulama

Veri toplama sürecinden önce Suluova Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniği'nde çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uygun olan 5 hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda hasta tanıtım formunda herhangi bir değişim yapılmamıştır. Ön uygulamada kullanılan veriler araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.8. Verilerin Toplanması

Veri toplama sürecinin başlangıcında bireyler araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri açısından değerlendirilmiştir. Dahil edilme kriterlerine uyan bireylere 18 Mart 2021-01 Aralık 2021 tarihleri arasında veri toplama araçları (Hasta Tanıtım Formu, HAÖ, LSAÖ-6) uygulanmıştır. Araştırmada veriler araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşme yöntemi kullanılarak ayrı bir odada toplanmıştır. Veri toplama süresi yaklaşık 15-20 dakika süren görüşmede hastaların kişisel özellikleri, hastalık algıları ve sosyal ağ ilişkileri değerlendirilmiştir. Evde bakım hizmeti alan bireylere ev ziyaretleri yapıldığı süreler içerisinde veriler toplanmıştır. Dahiliye polikliniğinde polikliniğe başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerden veriler toplanmıştır. Bireylerin hastalık ile ilgili (HbA1c, açlık kan şekeri gibi) değerlerine hasta dosyalarından ve hastane bilgi sisteminden ulaşılmıştır. 18 Mart 2021- 01 Aralık 2021 tarihleri arasında ulaşılan 116 hastadan dört hasta bilişsel bozukluğu olduğu için, beş hasta zamanı olmadığı ve anket cevaplarını tamamlamadığı için çalışmaya dâhil edilememiştir. Dahil edilme kriterlerine uyan ve onam veren 107 geriatrik bireyle çalışma tamamlanmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Tarih:17.03.2021, Karar No:34) (EK-1). Araştırmanın yürütülebilmesi için Suluova Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden kurum izni alınmıştır (EK-2). Bireylerin çalışmaya katılımlarında “gönüllülük” esas alınmıştır. Tip 2 DM tanılı 65 yaş üzeri bireylere çalışma hakkında bilgi verilip, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden çalışmayı kabul

ettiklerine dair yazılı ve sözlü onam alınmıştır (EK-3). Bu çalışma, Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi İyi Klinik Uygulamaları gözetilerek yapılmıştır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS 25.0 (statistical package for social sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, medyan ve maksimum) kullanılmıştır. Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılımı çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlı olarak da kontrol edilmiştir [84]. Veriler normal dağılıma sahip olup ölçümler için parametrik testler kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki fark normal dağılıma sahip ölçümlerde bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup puanlarının karşılaştırmalarında normal dağılıma sahip olan ölçümler için varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Farklılık çıkan gruplar arasında ikili gruplar arası karşılaştırmaların yapılabilmesi için Bonferroni analizi yapılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach alpha güvenirlik analizi ile test edilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkinin ölçülebilmesi için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde Tip 2 DM tanılı geriatrik bireylerin sosyodemografik ve hastalık ile ilgili özellikleri, hastalık algı düzeyleri, sosyal ağ ilişkileri ve hastalık algı düzeyleri ile sosyal ağ ilişkileri arasındaki ilişkiyi tanımlayan bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

		N	%
Cinsiyet	Kadın	71	66,4
	Erkek	36	33,6
Medeni hali	Evli	63	58,9
	Bekar	44	41,1
Yaş	65-74	69	64,5
	75 ve üzeri	38	35,5
Eğitim	Okuryazar değil	23	21,5
	Okuryazar	21	19,6
	İlkokul	42	39,3
	Ortaokul-lise	21	19,6
Gelir durumu	Çok kötü	2	1,9
	Kötü	10	9,3
	Orta	61	57,1
	İyi	24	22,4
	Çok iyi	10	9,3
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız yaşıyorum	10	9,3
	Eşimle	48	44,9
	Eşim ve çocuklarımla	14	13,1
	Çocuklarımla	34	31,8
	Diğer	1	0,9
	Toplam	107	100,0

Geriatrik bireylerin demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’de verilmiştir. Bireylerin %66,4’ünün kadın, %58,9’unun evli, %64,5’inin 65-74 yaş aralığında, %39,3’ünün ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Gelir durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %57’sinin kendi ifadelerine göre orta gelirli olduğu ve %44,9’unun eşiyle yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Bireylerin Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımı

		N	%
Sigara kullanımı	Evet	10	9,3
	Hayır	76	71,1
	Bıraktım	21	19,6
Sigara adet	0	76	71,0
	1	29	27,1
	2	2	1,9
Alkol kullanımı	Evet	1	0,9
	Hayır	104	97,2
	Bıraktım	2	1,9
Diyabet kontrol sıklığı	Ayda 1 kez	12	11,3
	2 ayda 1 kez	3	2,8
	3 ayda 1 kez	15	14,0
	6 ayda 1 kez	15	14,0
	Yılda 1 kez	62	57,9
Ailede diyabet öyküsü	1. Derece akrabalarımnda var	46	43,0
	2. Derece akrabalarımnda var	26	24,3
	Yok	35	32,7
Diyabet komplikasyonu gelişme	Evet	67	62,6
	Hayır	40	37,4
Diyabet eğitimi	Evet	32	29,9
	Hayır	75	70,1
Eğitimi yeterli bulma	Evet	28	26,2
	Hayır	79	73,8
Diyabet tedavisi	Sadece oral antidiyabetikler	65	60,7
	Sadece insülin tedavisi	12	11,2
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	28,1
İlaçların düzenli kullanımı	Evet	96	89,7
	Hayır	11	10,3
	Toplam	107	100,0

Bireylerin %71'inin hiç sigara içmediği, %19,6'sının ise bıraktığı, %97,2'sinin hiç alkol içmediği belirlenmiştir. Diyabetli bireylerin %57,9'unun yılda 1 kez, %14,0'ının 6 ayda 1 kez kontrole gittiği, %43,0'ının 1. derece akrabalarında, %24,3'ünün 2. derece akrabalarında, diyabet öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin %62,6'sında komplikasyon geliştiği, %70,1'inin diyabet ile ilgili eğitim aldığı ve eğitimi alan bireylerin %73,8'i eğitimi yeterli bulmadığını belirtmiştir. Bireylerin %60,7'sinin sadece oral antidiyabetikler, %11,2'sinin sadece insülin tedavisi, %28'inin oral antidiyabetikler ve insülini birlikte kullandığı saptanmıştır. Bireylerin %89,7'si ilaçları düzenli kullandığını belirtirken %10,3'ü düzenli kullanmadığını bildirmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Bireylerin Demografik ve Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Tanımlayıcı İstatistikleri

	N	Minimum	Medyan	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
Yaş	107	65,00	71,00	93,00	73,09	6,89
Boy	107	150,00	165,00	178,00	163,95	7,45
Kilo	107	50,00	80,00	115,00	79,34	10,98
BKİ	107	20,28	29,07	39,84	29,57	4,32
Sigara yıl	107	0,00	0,00	50,00	7,75	13,37
Hastalık süresi	107	1,00	15,00	35,00	15,07	8,56
HbA1c	104	5,00	7,40	15,40	7,71	1,71
Son AKŞ	107	78,00	135,00	485,00	155,29	63,21

Bireylerin yaş, boy, kilo, BKİ, sigara yıl, hastalık süresi, HbA1c ve son AKŞ'ye ait tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.4. Hastalık Algısı Ölçeği, Belirtileri Bölümü Oranları

		Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığımla ilgili	
		N	%	N	%
Ağrı	Hayır	42	39,3	56	52,3
	Evet	65	60,7	51	47,7
Boğazda yanma	Hayır	97	90,7	8	7,5
	Evet	10	9,3	99	92,5
Bulantı	Hayır	69	64,5	38	35,5
	Evet	38	35,5	69	64,5
Soluk almada güçlük	Hayır	85	79,4	19	17,8
	Evet	22	20,6	88	82,2
Kilo kaybı	Hayır	78	72,9	29	27,1
	Evet	29	27,1	78	72,9
Yorgunluk	Hayır	30	28,0	76	71,0
	Evet	77	72,0	31	29,0
Eklem sertliği	Hayır	95	88,8	11	10,3
	Evet	12	11,2	96	89,7
Gözlerde yanma	Hayır	68	63,6	37	34,6
	Evet	39	36,4	70	65,4
Hırıltılı soluma	Hayır	88	82,2	18	16,8
	Evet	19	17,8	89	83,2
Baş ağrıları	Hayır	53	49,5	49	45,8
	Evet	54	50,5	58	54,2
Mide yakınmaları	Hayır	71	66,4	33	30,8
	Evet	36	33,6	74	69,2
Uyku güçlükleri	Hayır	58	54,2	45	42,1
	Evet	49	45,8	62	57,9
Sersemlik hissi	Hayır	81	75,7	26	24,3
	Evet	26	24,3	81	75,7
Güç kaybı	Hayır	37	34,6	68	63,6
	Evet	70	65,4	39	36,4

Hastalık algısı ölçeği, belirtileri bölümü oranları boğazda yanma (%92,5), bulantı (%64,5), soluk almada güçlük (%82,2), kilo kaybı (%72,9), eklem sertliği (%89,7), gözlerde yanma (%65,4), hırıltılı soluma (%83,2), baş ağrısı (%54,2), mide yakınmaları (%69,2) uyku güçlükleri (%57,9) ve sersemlik hissi (%75,7) olarak bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçekleri ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

	N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	SS
Hastalık algısı ölçeği, belirti	107	0,00	5,00	12,00	5,10	3,10
Hastalık algısı ölçeği, hastalıkla ilgili	107	0,00	4,00	12,00	4,79	3,05
Hastalık Hakkında Görüşler	107	99,00	147,00	175,00	143,47	15,58
Süre	107	12,00	28,00	30,00	26,84	3,45
Sonuçlar	107	11,00	22,00	30,00	21,15	4,37
Kişisel kontrol	107	6,00	24,00	30,00	23,15	5,07
Tedavi kontrol	107	11,00	20,00	25,00	19,68	3,37
Hastalığı anlayabilme	107	7,00	19,00	25,00	18,45	3,50
Süre	107	8,00	16,00	20,00	15,74	2,76
Duygusal temsiller	107	6,00	18,00	30,00	18,46	5,31
Hastalığının Nedenleri	107	6,00	15,00	30,00	16,86	6,17
Psikolojik atıflar	107	11,00	22,00	34,00	22,84	4,56
Risk faktörleri	107	3,00	9,00	15,00	8,87	3,46
Bağıışıklık	107	2,00	4,00	10,00	4,11	2,17
Kaza ve şans	107	3,00	16,00	28,00	15,94	5,01
Lubben sosyal ağ ölçeği	107	3,00	9,00	15,00	9,55	2,62
Aile	107	0,00	6,00	15,00	6,39	3,15
Arkadaşlar	107	0,00	5,00	12,00	5,10	3,10

Bireylerin hastalık algısı ve sosyal ağ ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puanların tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.5’de verilmiştir.

Tablo 4.6. Cinsiyete Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{x}$	SS	t	P
Belirti	Kadın	71	5,21	3,12	0,507	0,613
	Erkek	36	4,89	3,09		
Hastalıkla ilgili	Kadın	71	4,86	3,11	0,307	0,760
	Erkek	36	4,67	2,97		
Hastalık hakkında görüşler	Kadın	71	145,37	14,75	1,789	0,077
	Erkek	36	139,72	16,68		
Süre	Kadın	71	27,13	3,46	1,204	0,231
	Erkek	36	26,28	3,43		
Sonuçlar	Kadın	71	21,79	4,16	2,162	0,033*
	Erkek	36	19,89	4,55		
Kişisel kontrol	Kadın	71	22,96	4,97	-0,547	0,585
	Erkek	36	23,53	5,32		
Tedavi kontrol	Kadın	71	19,66	3,28	-0,087	0,931
	Erkek	36	19,72	3,60		
Hastalığı anlayabilme	Kadın	71	18,15	3,66	-1,221	0,225
	Erkek	36	19,03	3,15		
Süre	Kadın	71	15,79	2,82	0,264	0,792
	Erkek	36	15,64	2,68		
Duygusal temsiller	Kadın	71	19,89	4,83	4,204	0,000*
	Erkek	36	15,64	5,14		
Hastalığının Nedenleri	Kadın	71	52,89	10,98	0,256	0,799
	Erkek	36	52,28	12,87		
Psikolojik atıflar	Kadın	71	17,06	6,46	0,461	0,646
	Erkek	36	16,47	5,60		
Risk faktörleri	Kadın	71	22,63	4,20	-0,659	0,511
	Erkek	36	23,25	5,24		
Bağıışıklık	Kadın	71	8,99	3,23	0,489	0,626
	Erkek	36	8,64	3,90		
Kaza ve şans	Kadın	71	4,21	2,08	0,662	0,509
	Erkek	36	3,92	2,35		
Lubben sosyal ağ ölçeği	Kadın	71	15,61	5,08	-0,981	0,329
	Erkek	36	16,61	4,87		
Aile	Kadın	71	9,27	2,54	-1,584	0,116
	Erkek	36	10,11	2,72		
Arkadaşlar	Kadın	71	6,34	3,22	-0,250	0,803
	Erkek	36	6,50	3,07		

t: bağımsız örneklem t test istatistiği, * $p < 0,05$

Araştırmada cinsiyete göre Hastalık Algısı Ölçeği Belirti, hastalıkla ilgili, Hastalık Hakkında Görüşler ölçeği ve süre, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme, süre alt boyutları ve Hastalığının Nedenleri, psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağıışıklık,

kaza ve şans alt boyutları ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeği, aile ve arkadaşlar alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bireylerin cinsiyete göre; HAÖ Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin sonuçlar, duygusal temsiller alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre erkeklerin sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyutlarından aldıkları puanların kadınlara göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Medeni Durumu Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{x}$	SS	T	P
Belirti	Evli	63	5,00	3,37	-0,426	0,671
	Bekar	44	5,25	2,69		
Hastalıkla ilgili	Evli	63	4,62	3,25	-0,709	0,480
	Bekar	44	5,05	2,76		
Hastalık hakkında görüşler	Evli	63	142,76	16,61	-0,559	0,578
	Bekar	44	144,48	14,09		
Süre	Evli	63	26,51	3,42	-1,197	0,234
	Bekar	44	27,32	3,49		
Sonuçlar	Evli	63	20,14	4,60	-2,954	0,004*
	Bekar	44	22,59	3,60		
Kişisel kontrol	Evli	63	23,89	4,81	1,823	0,071
	Bekar	44	22,09	5,31		
Tedavi kontrol	Evli	63	20,02	3,17	1,227	0,223
	Bekar	44	19,20	3,63		
Hastalığı anlayabilme	Evli	63	18,46	3,34	0,041	0,967
	Bekar	44	18,43	3,77		
Süre	Evli	63	15,60	2,77	-0,604	0,547
	Bekar	44	15,93	2,77		
Duygusal temsiller	Evli	63	18,14	5,62	-0,732	0,466
	Bekar	44	18,91	4,87		
Hastalığının Nedenleri	Evli	63	51,65	12,12	-1,102	0,273
	Bekar	44	54,16	10,76		
Psikolojik atıflar	Evli	63	15,87	5,75	-2,009	0,047*
	Bekar	44	18,27	6,52		
Risk faktörleri	Evli	63	23,00	4,87	0,430	0,668
	Bekar	44	22,61	4,12		
Bağıışıklık	Evli	63	8,75	3,67	-0,439	0,661
	Bekar	44	9,05	3,16		
Kaza ve şans	Evli	63	4,03	2,26	-0,457	0,649
	Bekar	44	4,23	2,06		
Lubben sosyal ağ ölçeği	Evli	63	16,94	4,97	2,514	0,013*
	Bekar	44	14,52	4,76		
Aile	Evli	63	9,97	2,68	1,996	0,049*
	Bekar	44	8,95	2,44		
Arkadaşlar	Evli	63	6,97	3,01	2,306	0,023*
	Bekar	44	5,57	3,21		

t: bağımsız örneklem t test istatistiği, * $p<0,05$

Bireylerin medeni durumlarına göre HAÖ Belirti, hastalıkla ilgili, Hastalık Hakkında Görüşler ölçeği ve süre, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme, süre, duygusal temsiller alt boyutları ve Hastalığının Nedenleri, risk faktörleri, bağışıklık, kaza ve şans alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).

Bireylerin medeni durumlarına göre HAÖ Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin sonuçlar alt boyutu, Hastalığının Nedenlerinden psikolojik atıflar alt boyutu ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bekarların evlilere göre sonuçlar alt boyutu ve psikolojik atıflar alt boyutlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu, Lubben Sosyal Ağ Ölçeği, aile ve arkadaşlar alt boyutlarından aldıkları puanların ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Yaşa Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{x}$	SS	T	P
Belirti	65-74	69	5,00	3,38	-0,500	0,618
	75 ve üzeri	38	5,29	2,54		
Hastalıkla ilgili	65-74	69	4,74	3,31	-0,271	0,787
	75 ve üzeri	38	4,89	2,56		
Hastalık hakkında görüşler	65-74	69	144,09	14,20	0,553	0,582
	75 ve üzeri	38	142,34	17,96		
Süre	65-74	69	27,30	2,48	1,603	0,115
	75 ve üzeri	38	26,00	4,67		
Sonuçlar	65-74	69	20,78	4,52	-1,173	0,244
	75 ve üzeri	38	21,82	4,05		
Kişisel kontrol	65-74	69	23,58	5,11	1,184	0,239
	75 ve üzeri	38	22,37	4,99		
Tedavi kontrol	65-74	69	19,61	3,48	-0,302	0,763
	75 ve üzeri	38	19,82	3,22		
Hastalığı anlayabilme	65-74	69	18,43	3,90	-0,061	0,952
	75 ve üzeri	38	18,47	2,68		
Süre	65-74	69	15,96	2,68	1,102	0,273
	75 ve üzeri	38	15,34	2,90		
Duygusal temsiller	65-74	69	18,42	5,49	-0,098	0,922
	75 ve üzeri	38	18,53	5,04		
Hastalığının Nedenleri	65-74	69	51,72	10,98	-1,153	0,251
	75 ve üzeri	38	54,42	12,59		
Psikolojik atıflar	65-74	69	15,36	5,32	-3,336	0,001*
	75 ve üzeri	38	19,58	6,72		
Risk faktörleri	65-74	69	23,41	4,63	1,743	0,084
	75 ve üzeri	38	21,82	4,30		
Bağışıklık	65-74	69	9,04	3,58	0,701	0,485
	75 ve üzeri	38	8,55	3,24		
Kaza ve şans	65-74	69	3,91	2,06	-1,283	0,202
	75 ve üzeri	38	4,47	2,33		
Lubben sosyal ağ ölçeği	65-74	69	16,57	5,00	1,746	0,084
	75 ve üzeri	38	14,82	4,89		
Aile	65-74	69	9,72	2,53	0,920	0,359
	75 ve üzeri	38	9,24	2,78		
Arkadaşlar	65-74	69	6,84	3,08	2,009	0,047*
	75 ve üzeri	38	5,58	3,16		

Bireylerin yaşlarına göre HAÖ Belirti, hastalıkla ilgili, Hastalık Hakkında Görüşler ölçeği, süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme, süre, duygusal temsiller alt boyutları ve Hastalığının Nedenleri, risk faktörleri, bağışıklık, kaza ve şans alt boyutları ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeği, aile alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).

Bireylerin yaş gruplarına göre HAÖ Hastalığının Nedenleri alt boyutu psikolojik atıflar ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeğinin arkadaşlar alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre yaşları 65-74 aralığında olan bireylerin 75 ve üzeri olanlara göre HAÖ Hastalığının Nedenleri alt boyutu psikolojik atıflar bölümünden aldıkları puanların daha az olduğu Lubben Sosyal Ağ Ölçeğinin arkadaşlar alt boyutlarından aldıkları puanların ise daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Eğitim Durumuna Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{x}$	Ss	F	p	Bonferroni
Belirti	Okuryazar değil	23	5,22	2,37	0,890	0,449	
	Okuryazar	21	4,14	3,10			
	İlkokul	42	5,48	3,18			
	Orta okul-lise	21	5,19	3,60			
Hastalıkla ilgili	Okuryazar değil	23	4,78	2,13	1,529	0,211	
	Okuryazar	21	3,57	2,96			
	İlkokul	42	5,21	3,17			
	Orta okul-lise	21	5,19	3,60			
Hastalık hakkında görüşler	Okuryazar değil	23	146,52	18,32	1,194	0,316	
	Okuryazar	21	142,67	14,02			
	İlkokul	42	140,45	16,93			
	Orta okul-lise	21	146,95	9,48			
Süre	Okuryazar değil	23	26,91	4,54	0,244	0,865	
	Okuryazar	21	27,38	2,80			
	İlkokul	42	26,64	3,71			
	Orta okul-lise	21	26,62	1,99			
Sonuçlar	Okuryazar değil (1)	23	22,39	4,45	3,246	0,025*	3<2
	Okuryazar (2)	21	22,90	3,91			
	İlkokul (3)	42	19,88	4,49			
	Orta okul-lise (4)	21	20,57	3,74			
Kişisel kontrol	Okuryazar değil	23	22,65	5,65	1,457	0,231	
	Okuryazar	21	22,38	4,07			
	İlkokul	42	22,79	5,58			
	Orta okul-lise	21	25,19	3,93			

Tablo 4.9'un devamı

Tedavi kontrol	Okuryazar değil	23	19,22	2,61	1,944	0,127	
	Okuryazar	21	18,52	3,11			
	İlkokul	42	19,93	3,95			
	Orta okul-lise	21	20,86	2,83			
Hastalığı anlayabilme	Okuryazar değil (1)	23	18,17	3,04	3,490	0,018*	3<4
	Okuryazar (2)	21	18,29	2,88			
	İlkokul (3)	42	17,64	3,82			
	Orta okul-lise (4)	21	20,52	3,25			
Süre	Okuryazar değil	23	16,26	2,96	0,399	0,754	
	Okuryazar	21	15,43	3,14			
	İlkokul	42	15,71	2,84			
	Orta okul-lise	21	15,52	1,99			
Duygusal temsiller	Okuryazar değil	23	20,91	4,99	2,160	0,097	
	Okuryazar	21	17,76	4,17			
	İlkokul	42	17,86	5,92			
	Orta okul-lise	21	17,67	4,92			
Hastalığının Nedenleri	Okuryazar değil	23	52,48	10,29	0,572	0,635	
	Okuryazar	21	52,81	10,82			
	İlkokul	42	51,36	12,82			
	Orta okul-lise	21	55,43	11,41			
Psikolojik atıflar	Okuryazar değil	23	17,39	6,52	0,388	0,762	
	Okuryazar	21	17,81	7,15			
	İlkokul	42	16,19	6,11			
	Orta okul-lise	21	16,67	4,98			
Risk faktörleri	Okuryazar değil (1)	23	22,22	3,87	3,082	0,031*	3<4
	Okuryazar (2)	21	22,19	3,17			
	İlkokul (3)	42	22,19	5,14			
	Orta okul-lise (4)	21	25,48	4,50			
Bağıışıklık	Okuryazar değil	23	8,78	3,53	0,425	0,735	
	Okuryazar	21	8,52	3,34			
	İlkokul	42	8,71	3,42			
	Orta okul-lise	21	9,62	3,69			
Kaza ve şans	Okuryazar değil	23	4,09	1,98	0,401	0,753	
	Okuryazar	21	4,29	2,05			
	İlkokul	42	4,26	2,43			
	Orta okul-lise	21	3,67	2,01			
Lubben sosyal ağ ölçeği	Okuryazar değil (1)	23	14,22	5,22	3,486	0,018*	2<4
	Okuryazar (2)	21	14,05	4,64			
	İlkokul (3)	42	17,14	5,03			
	Orta okul-lise (4)	21	17,33	4,14			
Aile	Okuryazar değil	23	9,17	2,69	1,931	0,129	
	Okuryazar	21	8,62	2,18			
	İlkokul	42	10,19	2,79			
	Orta okul-lise	21	9,62	2,42			
Arkadaşlar	Okuryazar değil (1)	23	5,04	3,28	4,053	0,009*	1<4
	Okuryazar (2)	21	5,43	2,69			
	İlkokul (3)	42	6,95	3,31			
	Orta okul-lise (4)	21	7,71	2,35			

F: ANOVA varyans analizi test istatistiği, *p<0,05

Bireylerin eğitim durumlarına göre HAÖ Belirti, hastalıkla ilgili, Hastalık Hakkında Görüşler ölçeği, süre, kişisel kontrol, tedavi kontrol, süre, duygusal temsiller alt boyutları ve Hastalığının Nedenleri, psikolojik atıflar, bağışıklık, kaza ve şans alt boyutları, Lubben Sosyal Ağ Ölçeğinin aile alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).

Bireylerin eğitim durumlarına göre HAÖ Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin sonuçlar, hastalığı anlayabilme alt boyutu, Hastalığının Nedenlerinden risk faktörleri alt boyutu ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeği ve arkadaşlar alt boyutundan aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan Bonferroni analizi sonucunda okuryazar olanların ilkökul mezunu olanlara göre sonuçlar alt boyutundan alınan puanların daha fazla olduğu görülmektedir. Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin hastalığı anlayabilme alt boyutundan alınan puanların ortalamalar arasındaki farklılığın eğitim durumu ortaokul-lise ile ilkökul arasında olduğu ve ortaokul-lise olanların ilkökul mezunu olanlara göre hastalığı anlayabilme alt boyutundan alınan puanların daha fazla olduğu belirlenmiştir. Risk faktörleri alt boyutundan alınan puanların ortalamalar arasındaki farklılığın eğitim durumu ortaokul-lise ile ilkökul arasında olduğu ve ortaokul-lise olanların ilkökul mezunu olanlara göre hastalığı anlayabilme alt boyutundan alınan puanların daha fazla olduğu saptanmıştır.

Lubben Sosyal Ağ Ölçeğinden alınan puanların ortalamalar arasındaki farklılığın eğitim durumu ortaokul-lise ile okuryazar olanlar arasında olduğu ve ortaokul-lise olanların okuryazar olanlara göre Lubben Sosyal Ağ Ölçeğinden aldıkları toplam puanların daha fazla olduğu görülmektedir. Lubben Sosyal Ağ Ölçeği arkadaşlar alt boyutundan alınan puanların ortaokul-lise olanların okuryazar olmayanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Gelir Durumuna Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{x}$	SS	F	p	Bonferroni
Belirti	Çok kötü-kötü	12	6,25	3,05	0,957	0,416	
	Orta	61	4,95	2,93			
	İyi	24	4,63	3,44			
	Çok iyi	10	5,80	3,33			
Hastalıkla ilgili	Çok kötü-kötü	12	6,08	2,94	1,396	0,248	
	Orta	61	4,56	2,84			
	İyi	24	4,33	3,43			
	Çok iyi	10	5,80	3,33			

Tablo 4.10'un devamı

Hastalık hakkında görüşler	Çok kötü-kötü	12	141,00	20,14	1,214	0,308	
	Orta	61	141,93	16,81			
	İyi	24	145,46	11,29			
	Çok iyi	10	151,00	7,44			
Süre	Çok kötü-kötü	12	26,50	4,93	0,557	0,644	
	Orta	61	26,56	3,73			
	İyi	24	27,54	2,25			
	Çok iyi	10	27,30	1,77			
Sonuçlar	Çok kötü-kötü	12	22,50	4,87	0,976	0,407	
	Orta	61	21,34	4,65			
	İyi	24	20,00	3,30			
	Çok iyi	10	21,10	4,18			
Kişisel kontrol	Çok kötü-kötü (1)	12	20,42	5,48	3,572	0,017*	1<3
	Orta (2)	61	22,54	4,81			
	İyi (3)	24	25,08	5,29			
	Çok iyi (4)	10	25,50	3,47			
Tedavi kontrol	Çok kötü-kötü (1)	12	18,17	3,76	5,462	0,002*	1<4
	Orta (2)	61	19,34	3,24			2<4
	İyi (3)	24	19,79	3,06			3<4
	Çok iyi (4)	10	23,30	2,06			
Hastalığı anlayabilme	Çok kötü-kötü	12	16,42	3,23	3,573	0,017*	1<4
	Orta	61	18,13	2,99			
	İyi	24	19,38	4,17			
	Çok iyi	10	20,60	3,75			
Süre	Çok kötü-kötü	12	16,75	2,53	0,636	0,593	
	Orta	61	15,54	3,06			
	İyi	24	15,71	1,97			
	Çok iyi	10	15,80	2,86			
Duygusal temsiller	Çok kötü-kötü	12	20,25	6,63	0,652	0,584	
	Orta	61	18,48	5,14			
	İyi	24	17,96	5,34			
	Çok iyi	10	17,40	4,84			
Hastalığının Nedenleri	Çok kötü-kötü	12	47,42	8,26	1,328	0,269	
	Orta	61	52,44	11,87			
	İyi	24	55,42	12,01			
	Çok iyi	10	53,90	11,49			
Psikolojik atıflar	Çok kötü-kötü	12	13,75	4,67	1,288	0,282	
	Orta	61	17,36	6,36			
	İyi	24	17,46	6,50			
	Çok iyi	10	16,10	5,20			
	Çok kötü-kötü	12	22,08	2,64	2,208	0,092	
Risk faktörleri	Orta	61	22,08	4,78			
	İyi	24	24,38	4,25			
	Çok iyi	10	24,70	4,76			
	Çok kötü-kötü	12	7,50	2,54	1,313	0,274	
Bağışıklık	Orta	61	8,69	3,58			
	İyi	24	9,67	3,24			
	Çok iyi	10	9,70	3,95			
	Çok kötü-kötü	12	4,08	2,15	0,590	0,623	
Kaza ve şans	Orta	61	4,31	2,23			
	İyi	24	3,92	2,15			
	Çok iyi	10	3,40	2,01			

Tablo 4.10'un devamı

Lubben sosyal ağ ölçeği	Çok kötü-kötü	12	16,33	5,74	0,346	0,792
	Orta	61	15,56	5,42		
	İyi	24	16,75	3,80		
	Çok iyi	10	15,90	4,41		
Aile	Çok kötü-kötü	12	10,08	3,12	0,456	0,714
	Orta	61	9,46	2,80		
	İyi	24	9,79	1,84		
	Çok iyi	10	8,90	2,64		
Arkadaşlar	Çok kötü-kötü	12	6,25	2,96	0,560	0,643
	Orta	61	6,10	3,51		
	İyi	24	6,96	2,65		
	Çok iyi	10	7,00	2,11		

F: ANOVA varyans analizi test istatistiği, * $p < 0,05$

Bireylerin gelir durumlarına göre HAÖ Belirti, hastalıkla ilgili, Hastalık Hakkında Görüşler Ölçeği, süre, sonuçlar, süre, duygusal temsiller alt boyutları ve Hastalığının Nedenleri, psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık, kaza ve şans alt boyutları, Lubben Sosyal Ağ Ölçeği, aile ve arkadaşlar alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p > 0,05$).

Gelir durumlarına göre HAÖ Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin kişisel kontrol, tedavi kontrol ve hastalığı anlayabilme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Yapılan Bonferroni analizi sonucunda Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin kişisel kontrol alt boyutundan alınan puanlar arasındaki farklılığın gelir durumu çok kötü- kötü ile iyi arasında olduğu; iyi olanların, çok kötü-kötü olanlara göre kişisel kontrol alt boyutundan alınan puanların daha fazla olduğu görülmektedir. Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin tedavi kontrol alt boyutundan alınan puanlar arasındaki farklılığın gelir durumu çok iyi olanlardan kaynaklandığı ve çok iyi olanların diğerlerine göre tedavi kontrol alt boyutundan alınan puanlar daha fazladır. Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin hastalığı anlayabilme alt boyutundan alınan puanlar arasındaki farklılığın gelir durumu çok kötü- kötü ile çok iyi arasında olduğu ve çok iyi olanların, çok kötü-kötü olanlara göre hastalığı anlayabilme alt boyutundan alınan puanların daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Sigara İçme Durumlarına Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{x}$	SS	F	P
Belirti	Evet	10	5,80	3,65	0,415	0,661
	Hayır	76	5,12	3,10		
	Bıraktım	21	4,71	2,88		
Hastalıkla ilgili	Evet	10	5,70	3,65	0,676	0,511
	Hayır	76	4,80	3,12		
	Bıraktım	21	4,33	2,52		
Hastalık hakkında görüşler	Evet	10	135,80	20,82	1,416	0,247
	Hayır	76	143,95	15,11		
	Bıraktım	21	145,38	14,17		
Süre	Evet	10	25,10	4,20	1,768	0,176
	Hayır	76	26,87	3,55		
	Bıraktım	21	27,57	2,46		
Sonuçlar	Evet	10	19,40	4,74	1,245	0,292
	Hayır	76	21,53	4,08		
	Bıraktım	21	20,62	5,13		
Kişisel kontrol	Evet	10	21,00	6,58	2,904	0,059
	Hayır	76	22,86	5,04		
	Bıraktım	21	25,24	3,81		
Tedavi kontrol	Evet	10	19,80	3,85	0,010	0,990
	Hayır	76	19,68	3,34		
	Bıraktım	21	19,62	3,46		
Hastalığı anlayabilme	Evet	10	18,70	2,63	0,266	0,767
	Hayır	76	18,55	3,54		
	Bıraktım	21	17,95	3,81		
Süre	Evet	10	15,10	2,85	2,491	0,088
	Hayır	76	15,50	2,74		
	Bıraktım	21	16,90	2,59		
Duygusal temsiller	Evet	10	16,70	4,50	1,252	0,290
	Hayır	76	18,96	5,17		
	Bıraktım	21	17,48	6,05		
Hastalığının Nedenleri	Evet	10	47,00	10,32	1,599	0,207
	Hayır	76	53,71	10,39		
	Bıraktım	21	51,67	15,45		
Psikolojik atıflar	Evet	10	15,10	3,63	0,646	0,526
	Hayır	76	17,25	5,98		
	Bıraktım	21	16,29	7,66		
Risk faktörleri	Evet	10	21,30	5,91	0,679	0,509
	Hayır	76	23,08	4,05		
	Bıraktım	21	22,71	5,61		
Bağıışıklık	Evet	10	7,00	2,91	1,637	0,200
	Hayır	76	9,08	3,25		
	Bıraktım	21	9,00	4,24		
Kaza ve şans	Evet	10	3,60	1,84	1,015	0,366
	Hayır	76	4,30	2,16		
	Bıraktım	21	3,67	2,33		
Lubben sosyal ağ ölçeği	Evet	10	18,10	3,54	1,081	0,343
	Hayır	76	15,63	4,98		
	Bıraktım	21	16,05	5,62		
Aile	Evet	10	10,10	2,51	0,565	0,570
	Hayır	76	9,38	2,56		
	Bıraktım	21	9,90	2,93		
Arkadaşlar	Evet	10	8,00	1,89	1,456	0,238
	Hayır	76	6,25	3,27		
	Bıraktım	21	6,14	3,07		

F: ANOVA varyans analizi test istatistiği, * $p < 0,05$

Sigara kullanma durumlarına göre HAÖ alt boyutları ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Ailede Diyabet Öyküsüne Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{x}$	SS	F	p	Bonferroni
Belirti	1. Derece akrabalarımnda var	46	5,85	3,49	4,448	0,014*	0<1
	2. Derece akrabalarımnda var	26	5,42	3,25			
	Yok (0)	35	3,89	1,91			
Hastalıkla ilgili	1. Derece akrabalarımnda var	46	5,48	3,48	3,597	0,031*	0<1
	2. Derece akrabalarımnda var	26	5,04	3,24			
	Yok	35	3,71	1,84			
Hastalık hakkında görüşler	1. Derece akrabalarımnda var	46	143,89	13,61	3,758	0,027*	0<2
	2. Derece akrabalarımnda var	26	149,31	12,51			
	Yok	35	138,57	18,59			
Süre	1. Derece akrabalarımnda var	46	27,09	3,24	4,292	0,016*	0<2
	2. Derece akrabalarımnda var	26	28,08	1,85			
	Yok	35	25,60	4,23			
Sonuçlar	1. Derece akrabalarımnda var	46	20,93	3,79	3,656	0,029*	0<2
	2. Derece akrabalarımnda var	26	23,00	3,74			
	Yok	35	20,06	5,13			
Kişisel kontrol	1. Derece akrabalarımnda var	46	23,59	5,61	0,298	0,743	
	2. Derece akrabalarımnda var	26	22,77	4,64			
	Yok	35	22,86	4,73			
Tedavi kontrol	1. Derece akrabalarımnda var	46	20,11	3,31	0,915	0,404	
	2. Derece akrabalarımnda var	26	19,73	3,83			
	Yok	35	19,09	3,09			
Hastalığı anlayabilme	1. Derece akrabalarımnda var	46	18,67	3,88	0,164	0,849	
	2. Derece akrabalarımnda var	26	18,27	3,56			
	Yok	35	18,29	2,99			
Süre	1. Derece akrabalarımnda var	46	15,41	2,96	1,244	0,293	
	2. Derece akrabalarımnda var	26	16,46	2,37			
	Yok	35	15,63	2,73			
Duygusal temsiller	1. Derece akrabalarımnda var	46	18,09	4,34	4,596	0,012*	0<2
	2. Derece akrabalarımnda var	26	21,00	5,48			
	Yok	35	17,06	5,82			
Hastalığının Nedenleri	1. Derece akrabalarımnda var	46	50,24	11,31	1,876	0,158	
	2. Derece akrabalarımnda var	26	53,96	11,44			
	Yok	35	54,94	11,79			
Psikolojik Atıflar	1. Derece akrabalarımnda var	46	15,48	4,84	2,169	0,119	
	2. Derece akrabalarımnda var	26	17,50	6,95			
	Yok	35	18,20	6,87			

Tablo 4.12'nin devamı

Risk faktörleri	1. Derece akrabalarımnda var	46	22,85	4,81	0,422	0,657	
	2. Derece akrabalarımnda var	26	23,46	3,91			
	Yok	35	22,37	4,73			
Bağıışıklık	1. Derece akrabalarımnda var	46	8,39	3,82	1,327	0,270	
	2. Derece akrabalarımnda var	26	8,69	2,71			
	Yok	35	9,63	3,40			
Kaza ve şans	1. Derece akrabalarımnda var	46	3,52	1,92	3,441	0,036*	1<0
	2. Derece akrabalarımnda var	26	4,31	2,05			
	Yok	35	4,74	2,41			
Lubben sosyal ağ ölçeği	1. Derece akrabalarımnda var	46	16,52	4,09	0,646	0,526	
	2. Derece akrabalarımnda var	26	15,15	5,18			
	Yok	35	15,77	5,94			
Aile	1. Derece akrabalarımnda var	46	9,87	2,21	2,438	0,092	
	2. Derece akrabalarımnda var	26	8,58	2,40			
	Yok	35	9,86	3,13			
Arkadaşlar	1. Derece akrabalarımnda var	46	6,65	2,85	0,599	0,551	
	2. Derece akrabalarımnda var	26	6,58	3,19			
	Yok	35	5,91	3,53			

F: ANOVA varyans analizi test istatistiği, *p<0,05

Ailede diyabet öyküsüne göre HAÖ Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme, süre alt boyutları ve Hastalığının Nedenleri, psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağıışıklık alt boyutları ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeği, aile ve arkadaşlar alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).

Ailede diyabet öyküsüne göre HAÖ Belirti, hastalıkla ilgili, Hastalık Hakkında Görüşler ölçeği, süre, sonuçlar, duygusal temsiller alt boyutları ve Hastalığının Nedenlerinden kaza ve şans alt boyutundan aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Yapılan Bonferroni analizi sonucunda belirti için farklılığın bireylerin ailesinde diyabet öyküsü olmayanlar ile 1.derece akrabasında olanlar arasında olduğu ve 1.derece akrabasında DM olanların, olmayanlara göre Hastalık Belirtilerinden aldıkları puanların daha fazla olduğu belirlenmiştir. Belirtiler alt boyutu puanları için farklılığın bireylerin ailesinde diyabet öyküsü olmayanlar ile 1.derece akrabasında olanlar arasında olduğu ve 1.derece akrabasında olanların, olmayanlara göre Belirtiler alt boyutu puanlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinden aldıkları puanlar için farklılığın ailesinde diyabet öyküsü olmayanlar ile 2.derece akrabasında olanlar arasında olduğu ve 2.derece akrabasında olanların, olmayanlara göre hastalık hakkında görüşler ölçeğinden aldıkları puanların daha fazla olduğu görülmektedir. Hastalık Hakkında Görüşler ölçeği süre, sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyutundan

aldıkları puanlar için farklılığın ailesinde diyabet öyküsü olmayanlar ile 2.derece akrabasında olanlar arasında olduğu ve 2.derece akrabasında olanların, olmayanlara göre Hastalık Hakkında Görüşler ölçeği süre, sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyutlarından aldıkları puanların daha fazla olduğu görülmektedir. Nedenler, kaza ve şans alt boyutundan aldıkları puanlar için farklılığın ailesinde diyabet öyküsü olmayanlar ile 1.derece akrabasında olanlar arasında olduğu ve 1.derece akrabasında olanların, olmayanlara göre Nedenler kaza ve şans alt boyutundan aldıkları puanların daha az olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Komplikasyon Gelişme Durumuna Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{x}$	SS	T	P
Belirti	Evet	67	5,55	3,08	1,970	0,051
	Hayır	40	4,35	3,01		
Hastalıkla ilgili	Evet	67	5,16	3,14	1,635	0,105
	Hayır	40	4,18	2,84		
Hastalık hakkında görüşler	Evet	67	147,30	15,59	3,458	0,001*
	Hayır	40	137,05	13,44		
Süre	Evet	67	27,46	3,11	2,467	0,015*
	Hayır	40	25,80	3,78		
Sonuçlar	Evet	67	22,75	3,83	5,534	0,000*
	Hayır	40	18,48	3,92		
Kişisel kontrol	Evet	67	22,69	5,48	-1,224	0,224
	Hayır	40	23,93	4,28		
Tedavi kontrol	Evet	67	19,45	3,42	-0,930	0,355
	Hayır	40	20,08	3,30		
Hastalığı anlayabilme	Evet	67	18,51	3,14	0,224	0,823
	Hayır	40	18,35	4,08		
Süre	Evet	67	16,45	2,48	3,631	0,000*
	Hayır	40	14,55	2,83		
Duygusal temsiller	Evet	67	20,00	4,72	4,176	0,000*
	Hayır	40	15,88	5,31		
Hastalığının Nedenleri	Evet	67	53,55	11,95	1,005	0,317
	Hayır	40	51,23	10,95		
Psikolojik Atıflar	Evet	67	17,57	6,26	1,546	0,125
	Hayır	40	15,68	5,88		
Risk faktörleri	Evet	67	22,90	4,58	0,159	0,874
	Hayır	40	22,75	4,58		
Bağıışıklık	Evet	67	8,69	3,34	-0,706	0,482
	Hayır	40	9,18	3,66		
Kaza ve şans	Evet	67	4,40	2,26	1,814	0,072
	Hayır	40	3,63	1,93		
Lubben sosyal ağ ölçeği	Evet	67	15,94	4,60	-0,010	0,992
	Hayır	40	15,95	5,69		
Aile	Evet	67	9,46	2,41	-0,451	0,653
	Hayır	40	9,70	2,96		
Arkadaşlar	Evet	67	6,48	2,77	0,360	0,720
	Hayır	40	6,25	3,74		

t: bağımsız örneklem t test istatistiği, *p<0,05

Komplikasyon gelişme durumlarına göre HAÖ Belirti, hastalıkla ilgili, Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme alt boyutları ve Hastalığının Nedenleri, psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık, kaza ve şans alt boyutları ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeği, aile ve arkadaşlar alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).

Bireylerde komplikasyon gelişme durumlarına göre HAÖ Hastalık Hakkında Görüşler ölçeği ve süre, sonuçlar, duygusal temsiller alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Komplikasyon olanların olmayanlara göre Hastalık Hakkında Görüşler ölçeği sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyutlarından aldıkları puanların daha az olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Diyabet Eğitimine Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{x}$	SS	T	P
Belirti	Evet	32	5,50	3,10	0,866	0,389
	Hayır	75	4,93	3,10		
Hastalıkla ilgili	Evet	32	5,22	3,03	0,939	0,350
	Hayır	75	4,61	3,06		
Hastalık hakkında görüşler	Evet	32	147,31	15,69	1,682	0,096
	Hayır	75	141,83	15,35		
Süre	Evet	32	27,53	2,96	1,356	0,178
	Hayır	75	26,55	3,62		
Sonuçlar	Evet	32	21,75	4,54	0,928	0,356
	Hayır	75	20,89	4,30		
Kişisel kontrol	Evet	32	24,16	5,11	1,346	0,181
	Hayır	75	22,72	5,03		
Tedavi kontrol	Evet	32	20,16	3,22	0,949	0,345
	Hayır	75	19,48	3,44		
Hastalığı anlayabilme	Evet	32	18,75	3,19	0,580	0,563
	Hayır	75	18,32	3,64		
Süre	Evet	32	16,09	2,92	0,868	0,387
	Hayır	75	15,59	2,70		
Duygusal temsiller	Evet	32	18,88	5,44	0,529	0,598
	Hayır	75	18,28	5,29		
Hastalığının Nedenleri	Evet	32	51,38	11,99	-0,760	0,449
	Hayır	75	53,24	11,46		
Psikolojik Atıflar	Evet	32	16,50	6,09	-0,393	0,695
	Hayır	75	17,01	6,23		
Risk faktörleri	Evet	32	22,38	4,88	-0,689	0,492
	Hayır	75	23,04	4,43		
Bağışıklık	Evet	32	8,66	4,17	-0,415	0,679
	Hayır	75	8,96	3,13		
Kaza ve şans	Evet	32	3,84	2,14	-0,835	0,406
	Hayır	75	4,23	2,18		
Lubben sosyal ağ ölçeği	Evet	32	15,16	4,88	-1,064	0,290
	Hayır	75	16,28	5,06		
Aile	Evet	32	8,94	2,56	-1,594	0,114
	Hayır	75	9,81	2,62		
Arkadaşlar	Evet	32	6,22	2,79	-0,371	0,711
	Hayır	75	6,47	3,31		

t: bağımsız örneklem t test istatistiği, * $p<0,05$

Diyabet hakkında eğitim alma durumlarına göre HAÖ ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$), (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Eğitim Yeterliliğine Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{x}$	SS	t	P
Belirti	Evet	28	5,18	2,97	0,150	0,881
	Hayır	79	5,08	3,16		
Hastalıkla ilgili	Evet	28	4,86	2,85	0,126	0,900
	Hayır	79	4,77	3,14		
Hastalık hakkında görüşler	Evet	28	146,61	15,27	1,244	0,216
	Hayır	79	142,35	15,63		
Süre	Evet	28	27,46	3,06	1,112	0,268
	Hayır	79	26,62	3,57		
Sonuçlar	Evet	28	21,57	4,60	0,593	0,555
	Hayır	79	21,00	4,31		
Kişisel kontrol	Evet	28	24,18	5,20	1,252	0,213
	Hayır	79	22,78	5,01		
Tedavi kontrol	Evet	28	19,86	3,22	0,318	0,751
	Hayır	79	19,62	3,45		
Hastalığı anlayabilme	Evet	28	18,68	3,26	0,403	0,688
	Hayır	79	18,37	3,60		
Süre	Evet	28	15,89	3,01	0,343	0,732
	Hayır	79	15,68	2,69		
Duygusal temsiller	Evet	28	18,96	5,06	0,585	0,560
	Hayır	79	18,28	5,42		
Hastalığının Nedenleri	Evet	28	52,46	12,37	-0,115	0,908
	Hayır	79	52,76	11,39		
Psikolojik Atıflar	Evet	28	17,07	6,28	0,210	0,834
	Hayır	79	16,78	6,16		
Risk faktörleri	Evet	28	22,54	5,13	-0,411	0,682
	Hayır	79	22,95	4,37		
Bağıışıklık	Evet	28	9,00	3,90	0,232	0,817
	Hayır	79	8,82	3,31		
Kaza ve şans	Evet	28	3,86	2,22	-0,722	0,472
	Hayır	79	4,20	2,16		
Lubben sosyal ağ ölçeği	Evet	28	15,43	4,97	-0,632	0,529
	Hayır	79	16,13	5,04		
Aile	Evet	28	9,04	2,69	-1,214	0,227
	Hayır	79	9,73	2,59		
Arkadaşlar	Evet	28	6,39	2,79	0,001	0,999
	Hayır	79	6,39	3,29		

t: bağımsız örneklem t test istatistiği, * $p<0,05$

Bireylerin aldıkları diyabet eğitimini yeterli görme durumlarına göre HAÖ ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$), (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Tedaviye Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{x}$	Ss	F	P	Bonferro ni
Belirti	Sadece oral antidiyabetikler	65	4,85	2,92	1,313	0,273	
	Sadece insülin tedavisi	12	4,58	3,12			
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	5,87	3,42			
Hastalıkla ilgili	Sadece oral antidiyabetikler	65	4,54	2,87	0,913	0,404	
	Sadece insülin tedavisi	12	4,58	3,12			
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	5,43	3,40			
Hastalık hakkında görüşler	Sadece oral antidiyabetikler	65	141,57	15,68	1,743	0,180	
	Sadece insülin tedavisi	12	150,17	13,55			
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	144,90	15,70			
Süre	Sadece oral antidiyabetikler	65	26,51	3,82	1,579	0,211	
	Sadece insülin tedavisi	12	28,42	1,93			
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	26,93	2,96			
Sonuçlar	Sadece oral antidiyabetikler (1)	65	19,77	4,12	11,091	0,000*	1<2
	Sadece insülin tedavisi (2)	12	24,83	3,66			1<3
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte (3)	30	22,67	3,86			
Kişisel kontrol	Sadece oral antidiyabetikler	65	23,49	5,27	0,400	0,671	
	Sadece insülin tedavisi	12	22,33	6,58			
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	22,73	3,95			
Tedavi kontrol	Sadece oral antidiyabetikler	65	20,14	3,27	1,647	0,198	
	Sadece insülin tedavisi	12	18,58	4,10			
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	19,13	3,22			
Hastalığı anlayabilme	Sadece oral antidiyabetikler	65	18,74	3,76	0,735	0,482	
	Sadece insülin tedavisi	12	18,50	3,71			
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	17,80	2,80			
Süre	Sadece oral antidiyabetikler (1)	65	15,40	2,64	3,302	0,041*	1<2
	Sadece insülin tedavisi (2)	12	17,58	1,98			
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte (3)	30	15,73	3,05			
Duygusal temsiller	Sadece oral antidiyabetikler	65	17,52	5,61	2,643	0,076	
	Sadece insülin tedavisi	12	19,92	5,20			
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	19,90	4,29			
Hastalığının Nedenleri	Sadece oral antidiyabetikler	65	53,80	12,23	1,008	0,368	
	Sadece insülin tedavisi	12	49,00	7,92			
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	51,73	11,31			
Psikolojik Atıflar	Sadece oral antidiyabetikler	65	17,46	6,55	1,015	0,366	
	Sadece insülin tedavisi	12	14,92	3,09			
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	16,33	6,17			

Tablo 4.16'nın devamı

Risk faktörleri	Sadece oral antidiyabetikler	65	22,92	4,43	0,033	0,967
	Sadece insülin tedavisi	12	22,58	5,16		
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	22,77	4,73		
Bağıışıklık	Sadece oral antidiyabetikler	65	9,23	3,56	1,067	0,348
	Sadece insülin tedavisi	12	7,83	4,04		
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	8,50	2,94		
Kaza ve şans	Sadece oral antidiyabetikler	65	4,18	2,30	0,287	0,751
	Sadece insülin tedavisi	12	3,67	1,78		
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	4,13	2,05		
Lubben sosyal ağ ölçeği	Sadece oral antidiyabetikler	65	15,46	5,61	1,183	0,310
	Sadece insülin tedavisi	12	15,58	3,75		
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	17,13	3,84		
Aile	Sadece oral antidiyabetikler	65	9,34	3,01	0,650	0,524
	Sadece insülin tedavisi	12	9,58	1,62		
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	10,00	1,97		
Arkadaşlar	Sadece oral antidiyabetikler	65	6,12	3,41	1,162	0,317
	Sadece insülin tedavisi	12	6,00	2,89		
	Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	30	7,13	2,58		

F: ANOVA varyans analizi test istatistiği, * $p<0,05$

Bireylerin kullanmış oldukları tedavilerine göre HAÖ Belirti, hastalıkla ilgili, Hastalık Hakkında Görüşler ölçeği ve süre, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller alt boyutları ve Hastalığının Nedenleri, psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık, kaza ve şans alt boyutları, Lubben Sosyal Ağ Ölçeği, aile ve arkadaşlar alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık vardı ($p>0,05$).

HAÖ Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin sonuçlar ve süre alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Yapılan Bonferroni analizi sonucuna göre sonuçlar bölümünde farklılığın tedavisi sadece oral antidiyabetikler kullanan bireylerden kaynaklandığı ve diğer iki tedavi yöntemine göre sonuçlar alt boyutundan alınan puan ortalamasının daha az olduğu saptanmıştır. Süre alt boyutu için ise farklılığın tedavisi sadece oral antidiyabetikler olanlar ile sadece insülin tedavisi kullananlar arasında olduğu ve tedavisi sadece oral antidiyabetikler olanların sadece insülin tedavisi olanlara göre süre alt boyutundan aldığı puan ortalamasının daha az olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. İlaç Düzenli Kullanımına Göre Hastalık Algısı ve Sosyal Ağ Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{x}$	SS	t	P
Belirti	Evet	96	4,83	3,04	-2,740	0,007*
	Hayır	11	7,45	2,70		
Hastalıkla ilgili	Evet	96	4,60	3,00	-1,929	0,056
	Hayır	11	6,45	3,14		
Hastalık hakkında görüşler	Evet	96	142,94	15,98	-1,040	0,301
	Hayır	11	148,09	11,05		
Süre	Evet	96	26,72	3,56	-1,084	0,281
	Hayır	11	27,91	2,17		
Sonuçlar	Evet	96	21,07	4,48	-0,534	0,594
	Hayır	11	21,82	3,34		
Kişisel kontrol	Evet	96	23,15	5,15	-0,022	0,982
	Hayır	11	23,18	4,56		
Tedavi kontrol	Evet	96	19,54	3,25	-1,277	0,205
	Hayır	11	20,91	4,30		
Hastalığı anlayabilme	Evet	96	18,45	3,53	-0,006	0,995
	Hayır	11	18,45	3,39		
Süre	Evet	96	15,54	2,81	-2,215	0,029*
	Hayır	11	17,45	1,57		
Duygusal temsiller	Evet	96	18,47	5,43	0,062	0,951
	Hayır	11	18,36	4,34		
Hastalığının Nedenleri	Evet	96	53,36	11,89	1,818	0,072
	Hayır	11	46,73	6,25		
Psikolojik Atıflar	Evet	96	17,08	6,38	1,109	0,270
	Hayır	11	14,91	3,36		
Risk faktörleri	Evet	96	22,98	4,66	0,925	0,357
	Hayır	11	21,64	3,44		
Bağıışıklık	Evet	96	9,02	3,55	1,346	0,181
	Hayır	11	7,55	2,25		
Kaza ve şans	Evet	96	4,28	2,21	2,437	0,016*
	Hayır	11	2,64	0,81		
Lubben sosyal ağ ölçeği	Evet	96	15,66	5,07	-1,773	0,079
	Hayır	11	18,45	3,72		
Aile	Evet	96	9,46	2,71	-1,086	0,280
	Hayır	11	10,36	1,57		
Arkadaşlar	Evet	96	6,20	3,13	-1,910	0,059
	Hayır	11	8,09	2,98		

t: bağımsız örneklem t test istatistiği, *p<0,05

Bireylerin düzenli ilaç kullanımlarına göre HAÖ hastalıkla ilgili, Hastalık Hakkında Görüşler Ölçeği ve süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller alt boyutları ve Hastalığının Nedenleri, psikolojik atıflar, risk

faktörleri, bağışıklık alt boyutları ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeği, aile ve arkadaşlar alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Bireylerin düzenli ilaç kullanımlarına göre HAÖ Belirtiler, Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin süre alt boyutu ve Nedenler alt boyutu kaza ve şans bölümünden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık vardı ($p<0,05$). Düzenli ilaç kullananların kullanmayanlara göre hastalık belirtilerinden aldığı puan ortalamasının daha az olduğu, Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin süre alt boyutundan aldığı puan ortalamasının düzenli ilaç kullananların kullanmayanlara göre daha az olduğu, Nedenler alt boyutu kaza ve şans alt boyutundan aldıkları puanların düzenli ilaç kullananların kullanmayanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. Lubben Sosyal Ağ Ölçeği, Alt Boyutları ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Arasında İlişki

		Lubben sosyal ağ ölçeği	Aile	Arkadaşlar
Belirti	r	0,016	-0,123	0,128
	p	0,868	0,206	0,188
	N	107	107	107
Belirtinin hastalık ile ilgisi	r	0,060	-0,088	0,169
	p	0,537	0,366	0,081
	N	107	107	107
Hastalık hakkında görüşler	r	-0,189	-,338	-0,018
	p	0,052	0,000*	0,851
	N	107	107	107
Süre	r	-0,159	-,293	-0,009
	p	0,101	0,002*	0,927
	N	107	107	107
Sonuçlar	r	-,267	-,306	-0,169
	p	0,005*	0,001*	0,081
	N	107	107	107
Kişisel kontrol	r	-0,013	-0,115	0,075
	p	0,891	0,236	0,444
	N	107	107	107
Tedavi kontrol	r	0,013	-0,101	0,104
	p	0,895	0,303	0,286
	N	107	107	107
Hastalığı anlayabilme	r	0,094	-0,068	,206
	p	0,336	0,485	0,033*
	N	107	107	107
Süre	r	-0,087	-0,119	-0,039
	p	0,373	0,221	0,690
	N	107	107	107
Duygusal temsiller	r	-,242	-,268	-0,162
	p	0,012*	0,005*	0,096
	N	107	107	107

Tablo 4.18'in devamı

Nedenler	r	-0,126	-0,022	-0,182
	p	0,196	0,821	0,061
	N	107	107	107
Psikolojik atıflar	r	-,323	-,272	-,287
	p	0,001*	0,005*	0,003*
	N	107	107	107
Risk faktörleri	r	0,113	0,155	0,051
	p	0,245	0,111	0,602
	N	107	107	107
Bağıışıklık	r	0,027	0,132	-0,066
	p	0,780	0,175	0,498
	N	107	107	107
Kaza şans	r	-0,037	0,120	-0,158
	p	0,707	0,218	0,103
	N	107	107	107

r: Pearson korelasyon kat sayısı, * $p<0,05$

Lubben Sosyal Ağ Ölçeği ile Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin sonuçlar alt boyutu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,267$, $p<0,05$), Lubben Sosyal Ağ Ölçeği ile Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin duygusal temsiller alt boyutu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,242$, $p<0,05$),

Lubben Sosyal Ağ Ölçeği ile Nedenler alt boyutu psikolojik atıflar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r=-0,323$, $p<0,05$) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Lubben Sosyal Ağ Ölçeği ile belirtinin hastalık ile ilgisi, Hastalık Hakkında Görüşler ölçeği, süre, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme, süre, Nedenler, risk faktörleri, bağıışıklık, kaza ve şans arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Lubben Sosyal Ağ Ölçeği aile alt boyutu ile Hastalık Hakkında Görüşler ölçeği arasında anlamlı negatif yönlü, orta düzeyde bir ilişki ($r=-0,338$, $p<0,05$) olduğu; Lubben Sosyal Ağ Ölçeği aile alt boyutu ile Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin süre alt boyutu arasında anlamlı, negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,293$, $p<0,05$) olduğu; Lubben Sosyal Ağ ölçeği aile alt boyutu ile Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin sonuçlar alt boyutu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r=-0,306$, $p<0,05$) olduğu; Lubben Sosyal Ağ Ölçeği aile alt boyutu ile Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin duygusal temsiller alt boyutu arasında anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,268$,

$p<0,05$) olduğu saptanmıştır.

Lubben Sosyal Ağ Ölçeği aile alt boyutu ile Nedenler psikolojik atıflar alt boyutu arasında anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,272$, $p<0,05$) olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca Lubben Sosyal Ağ Ölçeği aile alt boyutu ile Belirti, belirtinin hastalık ile ilgisi, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme, süre, Nedenler, risk faktörleri, bağışıklık, kaza ve şans, arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Lubben Sosyal Ağ Ölçeği arkadaşlar alt boyutu ile Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin hastalığı anlayabilme alt boyutu ile arasında anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,206$, $p<0,05$), Lubben Sosyal Ağ Ölçeği arkadaşlar alt boyutu ile Nedenler psikolojik atıflar alt boyutu arasında anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,287$, $p<0,05$) olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca Lubben Sosyal Ağ Ölçeği arkadaşlar alt boyutu ile Belirti, belirtinin hastalık ile ilgisi, Hastalık Hakkında Görüşler ölçeği, süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, süre, Nedenler, risk faktörleri, bağışıklık, kaza ve şans arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.19. Bireylerin Demografik ve Hastalıkla İlgili Özellikleri ile Ölçek ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

		Hastalık belirti	Hastalık ilgili	Hastalık Hakkında Görüşler	HHG süre	HHG sonuçlar	HHG kişisel kontrol	HHG tedavi kontrol	HHG hastalığı anlayabilme	HHG süre	HHG duygusal temsiller	Nedenler	Nedenler psikolojik atıflar	Nedenler risk faktörleri	Nedenler bağlılık	Nedenler kaza şans	Lubben Sosyal Ağ Ölçeği	Lubben aile	Lubben arkadaşlar
Yaş	r	0,073	0,034	-0,064	-0,178	0,147	-0,134	-0,008	0,015	-0,107	-0,014	0,125	,277**	-0,129	0,046	0,079	-,190*	-0,033	-,275**
	P	0,453	0,731	0,513	0,066	0,132	0,170	0,931	0,878	0,274	0,890	0,200	0,004	0,185	0,638	0,416	0,050	0,739	0,004
	N	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107
Boy	r	0,057	0,093	-0,102	-0,049	-0,139	0,043	0,001	0,079	-0,020	-,237*	-0,139	-0,140	-0,019	-0,099	-0,150	0,164	,210*	0,085
	P	0,559	0,339	0,294	0,613	0,154	0,663	0,993	0,417	0,835	0,014	0,153	0,151	0,847	0,309	0,124	0,092	0,030	0,383
	N	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107
Kilo	r	-0,045	-0,006	-0,091	0,022	-0,049	0,039	0,027	-0,109	-0,085	-0,180	-0,155	-0,103	-0,176	-0,127	0,034	0,033	0,086	-0,019
	P	0,642	0,948	0,349	0,820	0,613	0,689	0,784	0,264	0,385	0,063	0,111	0,292	0,070	0,194	0,728	0,734	0,379	0,850
	N	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107
Sigara kullanım yılı	r	-0,069	-0,054	-0,150	-0,080	-,216*	0,018	-0,039	-0,038	0,099	-,229*	-,197*	-0,176	-0,119	-0,111	-0,127	,196*	0,185	0,157
	P	0,482	0,577	0,123	0,413	0,026	0,854	0,690	0,694	0,312	0,018	0,042	0,070	0,221	0,255	0,192	0,043	0,056	0,106
	N	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107
Hastalık süresi	r	,336**	,297**	,306**	0,046	,545**	0,002	0,002	-0,039	0,114	,381**	0,175	,333**	0,041	-0,114	0,086	-,210*	-,195*	-0,172
	P	0,000	0,002	0,001	0,636	0,000	0,986	0,980	0,686	0,244	0,000	0,071	0,000	0,672	0,242	0,379	0,030	0,044	0,077
	N	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107
HbA1c	r	0,157	0,117	-0,060	-0,113	0,038	-0,053	0,006	-,228*	0,088	0,020	-0,137	-0,127	-0,076	-0,102	-0,041	0,084	0,107	0,048
	P	0,112	0,237	0,546	0,253	0,705	0,596	0,954	0,020	0,374	0,840	0,166	0,200	0,444	0,303	0,676	0,397	0,280	0,630
	N	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104
Son AKŞ	r	0,172	0,147	-0,103	-,235*	-0,014	-0,097	-0,020	-0,089	0,085	-0,019	-0,113	-0,032	-0,126	-0,155	0,001	0,054	-0,048	0,125
	P	0,076	0,131	0,289	0,015	0,883	0,322	0,836	0,360	0,384	0,845	0,248	0,743	0,195	0,110	0,992	0,583	0,621	0,198
	N	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107	107

r: Pearson korelasyon katsayısı, * $p < 0,05$

Araştırmada bireylerin demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri ile ölçek ve alt boyutları arasında ilişki incelendiğinde yaş ile Nedenler psikolojik atıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki belirlenmiştir ($r=0,277$, $p=0,004$). Yaş ile Lubben Sosyal Ağ Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,190$, $p=0,050$), yaş ile Lubben Sosyal Ağ Ölçeği arkadaşlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,275$, $p=0,004$) olduğu tespit edilmiştir. Boy ile Hastalık Hakkında Görüşler duygusal temsiller arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,237$, $p=0,014$), boy ile Lubben Sosyal Ağ Ölçeği aile arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,210$, $p=0,030$) olduğu tespit edilmiştir. Sigara kullanım yılı ile Hastalık Hakkında Görüşler sonuçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,216$, $p=0,026$), Sigara kullanım yılı ile Hastalık Hakkında Görüşler duygusal temsiller arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,229$, $p=0,018$), Sigara kullanım yılı ile Nedenler arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,197$, $p=0,042$). Sigara kullanım yılı ile Lubben Sosyal Ağ Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,196$, $p=0,043$) olduğu tespit edilmiştir. Hastalık süresi ile Hastalık Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r=0,336$, $p=0,000$), Hastalık süresi ile HAÖ hastalıkla ilgili belirti arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki ($r=0,297$, $p=0,002$), Hastalık süresi ile Hastalık Hakkında Görüşler arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r=0,306$, $p=0,001$), Hastalık süresi ile Hastalık Hakkında Görüşler sonuçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r=0,545$, $p=0,000$), Hastalık süresi ile Hastalık Hakkında Görüşler duygusal temsiller arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r=0,381$, $p=0,000$), Hastalık süresi ile Nedenler psikolojik atıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki belirlenmiştir ($r=0,333$, $p=0,000$). Hastalık süresi ile Lubben Sosyal Ağ Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki ($r=-0,210$, $p=0,030$), Hastalık süresi ile Lubben Sosyal Ağ Ölçeği aile arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki ($r=-0,195$, $p=0,044$) bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. HbA1c ile Hastalık Hakkında Görüşler hastalığı anlayabilme arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,228$, $p=0,020$) olduğu saptanmıştır. Son AKS ile Hastalık Hakkında Görüşler süre arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,235$, $p=0,015$)

olduğu tespit edilmiştir.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde, Tip 2 DM’li geriatric bireylerin hastalık algısı ve sosyal ağ ilişkilerini ve hastalık algısı ile sosyal ağları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür kapsamında tartışılmıştır.

Bu bölümde elde edilen bulgular üç ana başlıkta tartışılmıştır:

- Tip 2 Diabetes Mellituslu geriatric bireylerin hastalık algısını etkileyen tanıtıcı özelliklerin tartışılması
- Tip 2 Diabetes Mellituslu geriatric bireylerin sosyal ağ ilişkilerini etkileyen tanıtıcı özelliklerin tartışılması
- Tip 2 Diabetes Mellituslu geriatric bireylerde hastalık algısı ile sosyal ağ ilişkileri arasındaki ilişkinin tartışılması

5.1. Tip 2 Diabetes Mellituslu Geriatric Bireylerin Hastalık Algısını Etkileyen Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması

Tip 2 DM’li geriatric bireylerin %66,4’ü kadın, %58,9’u evli, %39,3’ü ilkökul mezunu, %57,0’sinin gelir durumu orta düzeyde olup, yaş ortalaması $73,09 \pm 6,89$ olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %57,9’u yalnızca yılda bir kez kontrole gittiğini, hastalık sürelerinin ortalama $15,07 \pm 8,56$ yıl olduğu, %43,0’ünün birinci derece akrabasında diyabet öyküsü olduğu, %60,7’sinin sadece oral antidiyabetiklerden kullandığı, %62,6’sında diyabet komplikasyonu geliştiği, %13,3’ünün ilaçlarını düzenli kullanmadığı belirlenmiştir. Öztürk ve Uğraş’ın (2017) “Yaşlı Hastalarda İlaç Kullanımı ve Polifarmasi” adlı çalışmalarında hastaların %17,8’inin düzenli ilaç kullanmadığı bildirilmiştir [85].

Diyabetli hastalarda hedef kan şekeri değerlerine ulaşmadaki başarısızlık ülkemizde ve dünyada yapılmış olan pek çok çalışmada belirtilmiştir [8, 27, 29]. HbA1c hedef değer, erişkin diyabetiklerde $\leq \%7,0$ yaşlı ve kardiyovasküler hastalık riski taşıyan hastalarda ise $\%7,5-8,0$ arasında değişmektedir [8]. Çalışmada ise geriatric bireylerin HbA1c değerleri $7,71 \pm 1,71$, son bakılan açlık kan şekerleri ise $155,28 \pm 63,21$ olarak saptanmıştır. Çalışmanın sonuçları literatürü destekler niteliktedir. Daha önce yapılan bir çalışmada da DM’li bireylerin HbA1c değerlerinin olması gereken değer üzerinde olduğu bildirilmiştir [86]. Tip 2 DM’de metabolik kontrol kötüleştikçe bireylerin hastalık algı skorları da göz önüne alındığında kan şekeri düzeyi kontrolünün önemine yönelik sağlık hizmetlerinin tüm

basamaklarında çalışan hemşirelerin daha dikkatli olması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda yapılacak çalışmalar bireylerin yaşam kalitesinde artışa, morbidite ve mortalitenin yanı sıra sağlık harcamalarının da azalmasına katkı sağlayacaktır.

Tip 2 DM’li bireylerin Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; Tip 2 DM’li geriatrik bireylerin Hastalık Algısı Ölçeği süre algısı ortalamasının en yüksek ve hastalığı Anlayabilme algısı ortalamasının ise en düşük olduğu saptanmıştır. Süre algısının yüksek olması bireylerin hastalık sürelerinin ortalamasının $15,07 \pm 8,56$ yıl olmasından kaynaklı olabilir. Hastalığı anlayabilme algısının ise yaşla birlikte mental faaliyetlerdeki azalma ya da bireylerin artık uzun yıllardır hastalıkla yaşamından kaynaklı önemsemediğinden olabilir.

Çalışmada geriatrik bireylerin en fazla risk etkenlerini Hastalık Nedeni olarak gördükleri belirlenmiştir. Yıldız’ın (2018) çalışmasında Tip 2 DM hastalarının hastalık nedenlerini en fazla risk etkenlerini gördükleri bildirilmiştir [86]. Bu bulgular incelendiğinde bireylerin DM’ye yol açan risk faktörlerini doğru tanımlayabildikleri söylenebilir. Uysal ve Akpınar’ın (2013) çalışmasında da Tip 2 DM’li bireylerin yaklaşık %70,0’i hastalık nedenini nispeten doğru ifade ettiği bildirmişlerdir [11].

Çalışmada Tip 2 DM’li geriatrik bireylerin HAÖ süre algısı ortalamasının en yüksek ve hastalığı anlayabilme algısı ortalamasının ise en düşük olduğu saptanmıştır. Gündüz ve Karabulutlu’nun çalışmasında (2016) diyabetli bireylerin en yüksek puanı duygusal temsiller algısından, çalışma bulgularına benzer şekilde en düşük puanı ise hastalığı anlayabilme algısından aldıkları, Hastalık Nedeni olarak da en fazla risk etkenlerini gördükleri belirtilmiştir [29]. Yıldız’ın (2018) çalışmasında ise DM’li bireylerin Hastalık Hakkındaki Görüşler alt ölçeğinden en yüksek puan ortalamasını kişisel kontrol alt ölçeğinden, en düşük puan ise; süre (döngüsel) alt ölçeğinden aldıkları bildirilmiştir [86]. Çalışma bulgularındaki farklılıkların bireylerin yaş ve kültürel özelliklerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Süre algısının yüksek olması özellikle geriatrik bireylerin DM’yi kısa süreli değil, yaşamları boyunca eşlik edecek uzun dönemli bir hastalık olarak düşündüklerini göstermektedir. Bu alt boyuttan alınan yüksek puanlar olumsuz gibi düşünülse de başka bir açıdan bakıldığında bireylerin hastalıkları ile ilgili doğru bilgiye sahip olduklarını göstermektedir.

Bireyler; boğazda yanma (%92,5), bulantı (%64,5), soluk almada güçlük (%82,2), kilo kaybı (%72,9), eklem sertliği (%89,7), gözlerde yanma (%65,4), hırıltılı soluma (%83,2), baş ağrısı (%54,2), mide yakınmaları (%69,2) uyku güçlükleri (%57,9) ve

sersemlik hissi (%75,7) gibi belirtilerin hastalıklarıyla ilgili olduğunu düşündüklerini bildirmişlerdir. En çok boğazda yanma hissinin hastalıklarıyla ilgili olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Ancak boğazda yanma hissinin bireylerin yalnızca %9,3'ünde hastalığının başlangıcından bu yana en az yaşanan belirtileri olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise bireyleri DM ile ilişkilendirdikleri semptomların; en fazla yorgunluk, güç kaybı, kilo kaybı ve gözlerde yanma olduğu belirtilmiştir [86]. Yorulmaz ve ark. (2013) çalışma sonuçları ise çalışma bulgularından farklıdır [20]. Bunun sebebi yaş gruplarındaki farklılık olabilir. Yaşla birlikte başka sağlık problemleri de gelişebileceğinden bireyler farklı belirtileri hastalıkları ile ilişkilendirmiş olabilir.

Geriatrik bireylerin hastalığının başlangıcından bu yana en sık yaşadıkları belirtileri yorgunluk (%72,0), güç kaybı (%65,4) ve ağrı (%60,7) olmuştur. Çalışma sonuçları DM'li bireylerde yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Çalışmalarda da en fazla yaşanan semptomlar yorgunluk (%75,2), güç kaybı (%67,4) ve ağrı (%44,5) [20]. DM'li bireyle yapılan bir çalışmada bireylerin %68,3'ünün 45-54 yaş grubu olduğu, Yorulmaz ve ark çalışma sonuçları ile kıyaslandığında ise geriatrik bireylerin yorgunluk ve güç kaybı oranları daha iyi orandadır ancak ağrı belirtisine bakıldığında yüzde olarak geriatrik bireylerin daha fazla ağrı yaşadığı görülmektedir [20]. Yıldız'ın (2018) çalışmasında ise Tip 2 DM'si olan bireylerin en sık deneyimledikleri semptomların; yorgunluk, güç kaybı, baş ağrısı ve uyku güçlüğü olduğu bildirilmiştir [86]. Özellikle yorgunluğun sebebi DM'li bireylerin yaşamış olduğu hipoglisemi ve hiperglisemiden kaynaklı olabilir. Yorgunluk, geriatrik Tip 2 DM'li bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ve çevresindeki kişilerle ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca geriatrik bireylerde ağrı değerlendirmesinin iyi yapılması ve uygun girişimlerle bireylerin rahatlatılması önemli olacaktır.

Çalışmada geriatrik Tip 2 DM'li bireylerin sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyutlarından kadınların aldıkları puanlar daha yüksektir. Uysal ve Akpınar'ın (2013) çalışmasında da hastalık algısı puanları kadınların erkeklerden daha yüksek bulunmuştur [11]. Yorulmaz ve ark. (2013) çalışmasında da kişisel kontrol, duygusal temsiller ve kişisel atıflar alt boyutlarından kadınların puan ortalamalarının erkeklerinkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir [20]. Yıldız'ın (2018) çalışmasında kadınların HAÖ'nün alt ölçeklerinden duygusal temsiller ve hastalık nedenleri puan ortalamaları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur [86]. Kadınların hastalıklarına verdikleri duygusal yanıtlar (öfke, endişe, üzüntü) erkeklerden daha yüksektir. Çalışmaya katılan kadın bireylerin sosyal ağ

değerlendirmelerine bakıldığında erkeklere göre sosyal ağ etkileşimi daha düşük oranda tespit edilmiştir. Bu bağlamda kadınların hastalığı ile ilgili duyguları üzerine daha çok odaklandığı ve bu nedenle hastalıkları ile ilgili negatif inançların daha fazla olduğu, çalışma sonuçlarında da erkeklerin sosyal ağ ilişkilerinin daha yüksek olması erkeklerin sosyal yaşam içinde daha fazla olduklarını kendilerini ifade etme ve dikkatlerini farklı alanlara yönlendirme fırsatlarının daha fazla olduğu ve negatif duyguların daha az olduğu düşünülmektedir.

Geriatrik bireylerin sonuçlar ve Hastalık Nedenleri alt boyutu psikolojik atıflar boyutundan bekar olan bireylerin aldıkları puanlar evlilerden daha fazlaydı. Daha önce yapılan bir çalışmada da bekar bireylerin kişisel atıflar alt boyut puan ortalamalarının evlilerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir [20]. Çalışma bulgularının aksine Yıldız'ın (2018) çalışmasında medeni durum açısından HAÖ'nün alt ölçeklerinden hiçbirinde anlamlı sonuçlar elde edilememiştir [86]. Medeni durumu bekar olan bireylerin evli olan bireylere göre yaşamlarındaki sorunlarla yalnız başetmeye çalışmaları nedeniyle hastalığın yaşamlarını ciddi etkilediğine yönelik inançlarının oluştuğu düşünülmektedir.

Kronik hastalıklarda hastalık süresi uzadıkça hastalık algısında değişimlerin olduğu bildirilmiştir [11]. 75 ve üzeri olan bireylerin HAÖ psikolojik atıflar alt boyutundan almış oldukları puanlar 65-74 yaş grubu bireylere göre daha yüksekti. Süre (Akut / Kronik), kişisel kontrol, risk faktörleri ve bağışıklık alt boyutlarında ise 65-74 yaş grubunun puanları daha yüksekti. Uysal ve Akpınar'ın (2013) çalışmasında da hastalık algısı skoru 61-70 yaş grubunda daha yüksek bulunmuştur [11]. Başka bir çalışmada ise süre (akut / kronik) alt boyutunda yaşı 45-54 ile 55 yaş ve üzeri olan iki grubun puan ortalaması 44 yaş altı grubun puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur [20]. Başka bir çalışma bulgularında da DM'li bireylerin yaşı arttıkça süre (akut/kronik) dışında HAÖ'nün alt ölçek puanlarının arttığı bildirilmiştir [86]. Çalışma sonuçlarına göre DM'li bireylerin yaşları arttıkça hastalığa verdikleri olumsuz tepkiler azalmış olabilir. Bu durum bireylerin hastalıklarını kabul ettiklerini ve ilk yıllarda hastalığa karşı verilen inkâr, öfke, isyan gibi aşamaları atlatmış olmaları ile açıklanabilir.

HAÖ Hastalık Hakkında Görüşler boyutu hastalığı anlayabilme ve Nedenler risk faktörleri alt boyutundan ortaokul-lise mezunu olan bireyler daha yüksek puanlar almıştır. Süre (akut / kronik) alt boyutunda okuryazar olan ve olmayan, duygusal temsiller alt boyutunda okuryazar olmayanların puanları daha yüksektir. Diğer bir çalışmada da eğitim durumu üniversite olanların toplam puan ortalamalarının daha yüksektir. Süre (akut /

kronik) alt boyutunda eğitim durumu ilköğretim olanların lise olanlardan daha yüksek, duygusal temsiller alt boyutunda eğitim durumu ilköğretim olanların üniversite ve lise mezunlarından, eğitim durumu üniversite olanların da lise mezunlarından daha yüksek puan aldıkları belirtilmiştir [20]. Yıldız'ın (2018) çalışmasında ise eğitim düzeyi yükseldikçe kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme puan ortalamaları artarken, Hastalık tipi, sonuçlar ve duygusal temsiller puan ortalamaları azalmıştır [86]. Eğitim düzeyi arttıkça bireyin farkındalığının artması sebebiyle, kronik hastalığın beraberinde getirdiği belirtilere daha fazla dikkat edilebilir/odaklanılabilir. Ayrıca bireyler kendisi için en uygun tedavi ve hastalığın kontrolü hakkında ve doğru baş etme yöntemlerine ilişkin inançları da artmış olabilir. Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin hastalıklarını anlama düzeyleri artmakta, buna bağlı olarak da hastalık etkin bir şekilde yönetilebilmektedir.

Geriatrik bireylerden gelir durumunu çok iyi ifade edenlerin HAÖ kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme boyutları puan ortalamaları daha yüksekti. Yorulmaz ve ark., (2013) çalışmasında tedavi kontrolü alt boyutunda sosyo-ekonomik durumunu orta düzey olarak tanımlayanların kötü ve iyi olarak tanımlayanlara göre daha düşük puan aldıkları bildirilmiştir [20]. Duygusal temsiller ve kişisel atıflar alt boyutlarında her üç grup da birbirinden farklılık göstermektedir. Bu alt boyutlarda sosyo-ekonomik durumu orta olanlar iyi ve kötüden, iyi olanlarda kötü olanlardan daha düşük puan ortalamasına sahiptiler [20]. Kişilerin gelir durumunun yüksek olması, sağlıkla ilgili birçok olanağa erişim ve sağlık bakım hizmetlerine ulaşılabilirlik konusunda avantajlı olabilecekleri anlamına gelmekle birlikte, bireylerin hastalığına ilişkin kontrol algısını da olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Gelir durumunun yetersizliği ise, bireylerin hastalığından psikososyal anlamda daha fazla etkilenmesine ve stres düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olmasına neden olabilir.

Sigara kullanımı ile HAÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Benzer bir çalışmada da sigara ve alkol kullanma durumu ile HAÖ'nün alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır [86]. Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun sigara ve alkol kullanmaması ya da önceden bırakmış olmalarına bağlı HAÖ'nün alt boyutları ile anlamlı ilişki kurulamadığı düşünülmektedir.

Ailede diyabet öyküsüne göre; HAÖ Belirti, Hastalık Hakkında Görüşler alt boyutu süre, sonuçlar, duygusal temsiller alt boyutları ve Hastalık Nedenlerinden kaza ve şans alt boyutundan aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Yıldız'ın

(2018) çalışmasında ailesinde DM öyküsü olan bireylerin hastalık tipi, süre (akut/kronik), sonuçlar, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller puan ortalamaları daha yüksektir [86]. Ailede DM öyküsü olması bireylerin, yakınlarının yaşadıkları deneyimleri gözlemleri sonucunda sosyal öğrenme aracılığıyla elde ettikleri bilgiler sayesinde hastalık belirtileri ve hastalığın seyri hakkında farkındalıklarının daha iyi olduğu düşünülmektedir. Hastalıklarının yaşamları üzerinde olumsuz etkileri olduğunu düşünmeleri ve hastalığa ilişkin kaygı, öfke, endişe ve korku yaşamaları; yakınlarında DM'ye bağlı gelişen komplikasyonlara şahit olmaları yaşadıkları olumsuz deneyimlerle açıklanabilir.

Geriatrik bireylerin %62,6'sında komplikasyon gelişmiştir. Komplikasyon gelişenler gelişmeyenlere göre; Hastalık Hakkında Görüşler ölçeği ve süre, sonuçlar, duygusal temsiller alt boyutlarından daha yüksek puanlar almışlardır. Yıldız'ın (2018) çalışmasında ise bireylerin %57,7'sinde DM'ye bağlı komplikasyon gelişmiş ve bu bireylerin HAÖ'nün hastalık tipi puanları anlamlı düzeyde yüksekken, süre (akut/kronik), sonuçlar, hastalığı anlayabilme ve süre (döngüsel) alt ölçekleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır [86]. DM'ye bağlı komplikasyon gelişmiş olan bireylerin hastalığının uzun süreceği, yaşamları üzerinde ciddi etki ve sonuçlara neden olacağı konusunda farkındalıklarının yüksek olduğu söylenebilir. Komplikasyon gelişmesi sonucu bireylere başlanan ek tedaviler, kısıtlamalar ve fiziksel durumun kötüye gidiyor olduğunu göstermesi nedeniyle geriatrik bireylerin DM ile ilgili hissettiklerinin arttığı ve olumsuz duygulara kapılabileceği düşünülebilir.

Sadece insülin tedavisi alan geriatrik bireylerin Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin sonuçlar ve süre alt boyutlarından aldıkları puanlar daha yüksekti. Yıldız'ın (2018) çalışmasında da benzer olarak sadece insülin kullanan bireylerin sonuçlar ve duygusal temsiller alt ölçek puanları diğer gruplara göre daha yüksek, tedavi kontrolü ise düşük bulunmuştur [86]. Çalışmanın aksine Uysal ve Akpınar'ın çalışmasında (2013) kombine oral antidiyabetik ve insülin kullanan bireylerde hastalık algısı puanları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur [11]. Oral antidiyabetik ilaçlara kıyasla bireylerin insülin gibi daha ileri bir tedavi yöntemine başlanmış olması, hastalıklarının kötüye doğru gittiği sonucuna varmış olmalarına neden olabilir.

Düzenli ilaç kullanan bireylerin kullanmayanlara göre; Belirtiler, Hastalık Hakkında Görüşler alt boyutu süre boyutu ve hastalık nedenleri kaza ve şans alt boyutundan aldıkları puanlar daha yüksekti. Boyacı'nın (2021) diyabetli bireylerde hastalık algısı ve

sosyodemografik özelliklerinin tedaviye uyuma etkisinin incelendiği çalışmada yaşa göre tedavi uyumu değerlendirildiğinde yaş arttıkça tedaviye uyumun da arttığı gözlenmektedir. En yüksek uyum 66 yaş ve üzerinde iken en düşük uyum 18-25 yaş grubu izlemektedir [28]. Belirtilerin daha fazla fark edilmesi, döngüsel süre alt boyutunu tanımlayan belirtilerin günden güne değişiklik göstermesi nedeniyle hastalık belirtilerinin kontrol altına alınabilmesi için bireylerin ilaçlarını düzenli kullandığı düşünülmektedir.

Geriatrik bireylerin aldıkları eğitim ve eğitimin yeterliliğine göre Hastalık Algısı Ölçeğinden anlamlı sonuçlar elde edilememiştir. Çalışmanın aksine daha önce yapılan bir çalışmada hastalıkla ilgili eğitim alma durumunun hastalık algısını etkilediği bildirilmiştir. Hastalıkla ilgili eğitim alan bireylerin, almayanlara göre süre (akut / kronik), kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve kişisel atıflar alt boyut puanları ortalamaları anlamlı olarak yüksektir [20]. Eğitim, bireyin davranışında istendik yönde değişim oluşturma sürecidir. Diyabetli bireyin, hastalığının tedavisine uyumunda istenilen davranışları geliştirmesi ve daha önceden kazanılmış istenilmeyen davranışları değiştirmesi için eğitim gereklidir. Bu sayede eğitim alan DM'li bireyin hastalığın semptomları hakkında daha fazla bilgi sahibi olması, hastalığı yönetmesi ve süreci kontrol etmesi daha kolay olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada farklılık çıkmamasının nedeni kapsamlı bir diyabet eğitimi almamış olmalarından kaynaklanabilir.

Sonuç olarak çalışmada Tip 2 DM'li geriatrik bireylerin; cinsiyet, medeni durum, yaş, öğrenim ve gelir durumu, ailede diyabet öyküsü varlığı, komplikasyon gelişme durumu, kullanılan tedavi ve ilaçların düzenli kullanımı gibi faktörlerin hastalık algısını etkilediği saptanmıştır. Çalışma bulguları ile benzer olarak Yorulmaz ve ark. (2013) çalışmasında da diyabet hastalarında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durumun hastalık algısını etkilediği bildirilmiştir [20].

Geriatrik diyabetli bireylerin, hastalık algılarını anlamaya yönelik ve konuya farklı bakış açılarından yaklaşan daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu açıktır.

5.2. Tip 2 Diabetes Mellituslu Geriatrik Bireylerin Sosyal Ağ İlişkilerini Etkileyen Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması

Sosyal destek, sosyal ilişkilerin biçimleri ve sayıları (cinsiyet, medeni durum, arkadaş sayısı) ve bu ilişkiler arasındaki bağlantının derecesi (sosyal ağ) olarak tanımlanmaktadır. Çalışmada da cinsiyet açısından da incelendiğinde Lubben Sosyal Ağ Ölçeği toplam, aile ve arkadaşlar alt boyutlarından alınan puanlar erkeklerin kadınlardan

daha yüksektir ancak fark anlamlı değildir. Yuvakgil'in 2017 yılında yaptığı çalışmasında cinsiyete göre aile desteği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken; arkadaş desteği toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bildirilmiştir [83]. Erkeklerin arkadaş desteği alt boyutu puan ortalaması daha yüksektir. Çalışmaya katılan kadınların sosyal ağ büyüklüğünün daha az olması; kadınların çoğunluğunun ev hanımı olması ve ek ilgi alanlarının olmaması sonuçlarla ilişkilendirilebilir.

Lubben Sosyal Ağ Ölçeği toplam ve aile alt boyutunda evli bireyler, arkadaşlar alt boyutunda ise bekar bireylerin daha yüksek puanlar aldığı belirlenmiştir. Yuvakgil'in (2017) çalışmasında çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde yaşlıların medeni durumlarına göre aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirtilmiştir [83]. Evli olan yaş bireylerin tüm alt ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamaları bekar yaşlılara göre daha yüksektir. Polat ve Kahraman'ın (2013) yaptığı çalışmada ise medeni duruma göre aile ve arkadaş desteği alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmazken evli bireylerde puan ortalaması daha yüksektir [87]. Yapılan görüşmelerde evli bireylerin çocukları ile daha sık görüştüğü saptanmıştır. Buna bağlı olarak evli bireylerin aile alt boyutunda yüksek puan aldığı düşünülmektedir.

Lubben Sosyal Ağ Ölçeği toplam, aile ve arkadaşlar alt boyutlarından alınan puanlar 65-74 yaş grubu bireylerin 75 yaş ve üzeri bireylere göre daha yüksektir, aile alt boyutu dışında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Yaş ilerledikçe fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda gerileme olması, rol ve statü kaybının olması nedeniyle sosyal yaşantı ve sosyal ağlarda azalma yaşanmaktadır [25]. Bu nedenle yaş arttıkça sosyal ağ ilişkilerinde azalma görülebilmektedir.

5.3. Tip 2 Diabetes Mellituslu Geriatrik Bireylerde Hastalık Algısı İle Sosyal Ağ İlişkileri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Sosyal etkileşim diyabetli yaşlı bireylerin sağlığı üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir [31]. Sosyal etkileşimin sağlık üzerindeki olumlu etkileri literatür ile de doğrulanmıştır [88]. Özellikle akrabalar ve arkadaşlarla kurulan sosyal etkileşim yaşlılar için sosyal ilişkilerin en önde gelen yönlerindendir [89].

Hastalık Hakkında Görüşler, sosyal ağ ilişkileri aile alt boyutu arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Öztürk Efe'nin (2018) Tip 2 DM'li Bireylerin Diyabet Tutumu ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyinin Belirlenmesi isimli çalışmasında diyabet tutumu ve

algılanan sosyal destek arasında pozitif ilişki saptanmıştır [90]. Çalışmamızda negatif yönlü ilişkinin bulunmasının nedeni hastalık algısı ölçeği hastalık hakkında görüşler alt boyutunun yüksek olması bireyin hastalığının yaşamını ciddi boyutlarda etkilediğini duygusal temsiller alt boyutu ile negatif duygular yaşadığını göstermektedir. Negatif ilişki incelendiğinde sosyal ağ etkileşiminin azalması ile hastalık hakkında olumsuz düşüncelerin arttığı düşünülmüştür.

Sonuçlar alt boyutu ile Lubben Sosyal Ağ Ölçeği toplam, aile alt boyutu ile ilişki saptanmıştır. Daha geniş bir sosyal ağ, bilgi kaynaklarının fazla olması ve ekonomik durumun iyi olması, bireylerin toplumdaki çeşitli hizmet kaynaklarına daha fazla erişime sahip olması ve bu da hastalık kontrolü ve sağlık bakımı açısından fayda sağlamaktadır [31]. Çalışma sonucunda da literatürü destekler nitelikte hastalığı anlayabilme alt boyutu ile Lubben sosyal ağ ölçeği arkadaş alt boyutu arasında ilişki saptanmıştır. Bireylerin sağlık davranışları ve yaşam tarzı değişikliği ağlar aracılığıyla yayılmaktadır [77]. Çetin'in (2009) çalışmasında yaşlıların sağlık durumunu algılama durumu, algılanan aile ve arkadaş desteğini etkilemektedir [91]. Çalışmamıza katılan sosyal ağ etkileşimi olan bireylerin sosyal çevresinde hastalık hakkında daha fazla bilgi aldıkları ve hastalığı anlamlandırabildikleri düşünülmektedir.

Duygusal temsiller alt boyutu ile Lubben Sosyal Ağ Ölçeği toplam, aile alt boyutu arasında ilişki saptanmıştır. Duygusal temsiller alt boyutu ile bireyin negatif duyguları artmaktadır. Çalışmamızda aynı zamanda sonuçlar alt boyutu puan ortalaması ($21,15 \pm 4,37$) yüksek bulunmuştur. Sonuçlar alt boyutunda hastalığın yaşamı etkilediği ve yakınlarına zorluk yarattığı düşünülmektedir. Aile sosyal ağı geniş olan bireyin yakınlarına zorluk yarattığı düşüncesi ile endişe, üzüntü gibi duyguları yaşadığı düşünülmektedir.

Psikolojik atıflar alt boyutu ile Lubben Sosyal Ağ Ölçeği toplam, aile ve arkadaş alt boyutları ile ilişki saptanmıştır. Sosyal etkileşim, diabetli yaşlı bireyleri psikolojik olarak rahatlatılabilir, duygusal destek sağlar, öz yeterliliği artırır, psikolojik sorunları ve depresyonu azaltmaya yardımcı olabilir [92 ve 93]. Çalışma sonuçlarında literatürü destekler niteliktedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Tip 2 DM’li geriatrik bireylerin hastalık algısı ve sosyal ağ ilişkilerini ve hastalık algısı ile sosyal ağları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamaları $73,09 \pm 6,89$ olarak belirlenmiştir. Çalışma kapsamına alınan bireylerin %64,5’i 65-74 yaş aralığındadır (Tablo 4.1). Yaşları 65-74 yaş aralığında olan bireylerin 75 ve üzeri olanlara göre hastalık nedeni olarak psikolojik atıflar puanlarının daha az olduğu, arkadaşlarla sosyal etkileşiminin ise daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.8).

Çalışmaya dahil edilen Tip 2 DM’si olan bireylerin %66,4’ünün kadın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Kadın ve erkek bireylerin Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin sonuçlar, duygusal temsiller alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Buna göre erkeklerin kadınlara göre Hastalık Hakkında Görüşler Ölçeğinin sonuçlar, duygusal temsiller alt boyutlarından aldıkları puanların daha az olduğu görülmektedir. DM’nin kadınların yaşamını ciddi boyutlarda etkilediği ve kadınların erkeklere göre daha fazla negatif düşünceye sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Çalışmaya katılan bireylerin %39,3’ünün ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Eğitim durumu okuryazar olanların ilkokul mezunu olanlara göre sonuçlar alt boyutundan ve ortaokul-lise mezunu olanların ilkokul mezunu olanlara göre hastalığı anlayabilme alt boyutundan alınan puanların daha fazla olduğu saptanmıştır. Eğitim durumu ortaokul-lise olanların okuryazar olanlara göre Lubben Sosyal Ağ Ölçeği arkadaşlar alt boyutundan alınan puanların daha fazla olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça hastalığı anlayabilme ve sosyal ağ düzeyinin arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Çalışmaya dahil edilen bireylerin %58,9’unun evli olduğu ve %44,9’unun eşiyile yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.1). DM’nin bekar olanların yaşamlarına ciddi etkileri olduğu belirlenmiştir. Bekar olan bireylerin evli olan bireylere göre aile ve arkadaş sosyal ağ etkileşiminin daha az olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Çalışmaya dahil edilen bireylerin %57’sinin gelir durumunun orta olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Gelir durumu iyi olanların, çok kötü-kötü olanlara göre hastalığı kontrol edebilme inançlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Gelir durumu çok iyi

olanların, çok kötü-kötü olanlara göre hastalığı anlayabilme düzeylerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10).

Çalışma kapsamına dahil edilen bireylerin %43,0'ünün birinci derece akrabasında DM öyküsü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). 1.derece akrabasında DM öyküsü olanlar, DM öyküsü olmayanlara göre daha fazla hastalık belirtisini DM ile ilgili bulmuşlardır. 2.derece akrabasında DM öyküsü olanların, olmayanlara göre süre, sonuçlar ve duygusal temsiller puanlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12).

Çalışmaya katılan bireylerin %60,7'sinin sadece oral antidiyabetik kullandığı ve %89,7'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Sadece oral antidiyabetik kullananların DM'nin yaşamları üzerinde ciddi etkiler yarattığına olan inançlarının diğer bireylere oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir. Tedavisi sadece oral antidiyabetikler olanların sadece insülin tedavisi olanlara göre döngüsel süre alt boyutundan aldığı puan ortalamasının daha az olduğu tespit edilmiştir. Düzenli ilaç kullananların kullanmayanlara göre daha az hastalık belirtisini DM ile ilgili bulduğu ve döngüsel süre puan ortalamasının daha az olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16).

Çalışmaya katılan bireylerin %62,6'sında diyabet komplikasyonu geliştiği belirlenmiştir (Tablo 4.2). Komplikasyon gelişmiş olanların olmayanlara göre daha fazla negatif inançlara sahip olduğu, süre, sonuçlar puan ortalamalarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.13).

Lubben Sosyal Ağ Ölçeği ile Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin sonuçlar alt boyutu arasında anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır. Lubben Sosyal Ağ Ölçeği ile Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin duygusal temsiller alt boyutu arasında anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır. Lubben Sosyal Ağ Ölçeği ile nedenler psikolojik atıflar alt boyutu arasında anlamlı negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sosyal ağ etkileşiminin bireyin yaşamında DM'nin neden olduğu sonuçların, hastalık hakkında negatif algılarının, hastalık nedenlerinden psikolojik atıflar ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.18).

Lubben Sosyal Ağ Ölçeği aile alt boyutu ile Hastalık Hakkında Görüşler ölçeğinin süre, sonuçlar, duygusal temsiller, Nedenler psikolojik atıflar alt boyutu arasında anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Aile etkileşiminin hastalık hakkında negatif algılar ve hastalık nedeni olarak stres, kişilik özellikleri ve aile problemleri puan ortalamalarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.18).

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Tip 2 DM'li geriatrik bireylerde hastalık algısı ölçeği hastalığı anlayabilme alt boyutu puan ortalaması en düşük bulunması nedeniyle özellikle geriatrik bireylerin hastalık inanç ve tutumlarının değerlendirilerek diyabet eğitim programlarının düzenlenmesi ve danışmanlık hizmeti verilmesi,

Geriatrik bireylerin bireysel diyabet kontrolünü sağlamak ve negatif tutumlarını azaltmak için bireyin bakıma aktif katılımının sağlanması,

Lubben sosyal ağ ölçeği ile hastalık hakkında görüşler ölçeği arasında anlamlı negatif yönlü ilişki olması nedeniyle bireylerin aile ve arkadaş ağlarının belirlenmesi, diyabet eğitimi ve bakımına aile üyelerinin katılımının sağlanması, sosyal ağ etkileşimini geliştirmek için aktif yaşamına devam edebileceği sosyal etkinliklere yönlendirilmesi,

Geriatrik bireylerin aile ilişkilerinin düzenlenmesi ve geliştirilmesi için daha kapsamlı araştırmaların yapılması,

Tip 2 DM'li geriatrik bireylerde hastalık algısı ve sosyal ağ arasındaki ilişkinin belirlenmesi için farklı bölgelerde, farklı yaş grupları ve daha geniş örneklem ile çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. International Diabetes Federation, (2021). *IDF Diabetes Atlas, 10th Edn. Brussels, Belgium*. URL: <https://www.Diabetesatlas.Org>. Son Erişim Tarihi: 31.12.2021.
2. Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼, (2020). URL: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-76887/dunya-diyabet-gunu-2020.html>_Son Erişim Tarihi: 31.12.2021.
3. Sinclair A, Saeedi P, Kaundal A, Karuranga S, Malanda B and Williams R. (2020).Diabetes and Global Ageing Among 65-99-Year-Old Adults: Findings From The International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th Edition. *Diabetes Research Clinical Practice*.;162:108078. Doi: 10.1016/J.Diabres.2020.108078. PMID: 32068097.
4. Sinclair A, Dunning T and Rodriguez-Mañas L., (2015). Diabetes in Older People: New Insights and Remaining Challenges. *The Lancet Diabetes Endocrinology*. Apr;3(4):275-85.
5. Coşansu, G. (2015). Diyabet: K¼resel Bir Salgın Hastalık. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31, 1-6.
6. T¼rkiye Diyabet Programı 2015-2020. URL: https://extranet.who.int/ncdccs/Data/Tur_D1_T%C3%Bcrkiye%20diyabet%20program%C4%B1%202015-2020.Pdf. Son Erişim Tarihi: 02.01.2021
7. Bilir, N., (2018), Yaşlılık Tanımı, Yaşlılık Kavramı, Epidemiyolojik Özellikler. Ert¼rk, A. (Ed.), *Yaşlılık ve Solunum Hastalıkları*. T¼rkiye Solunum Araştırmaları Derneği
8. Balcı, K. (2019). T¼RKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. URL: https://www.turkdiab.org/admin/p1cs/files/diyabet_tani_ve_tedavi_rehberi_2019.pdf Son Erişim Tarihi: 26.12.2020
9. Ovayolu, N. ve Ovayolu, Ö. (2017). *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar* (357,358,424).Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Adana
10. Kubat Bakır, G. ve Akın, S. (2019). Yaşlılıkta Kronik Hastalıkların Yönetimi ile İlişkili Faktörler. *Sağlık ve Toplum*, 29(2), 17-25.
11. Uysal, Y. ve Akpınar, E. (2013). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısı ve Depresyon. *Cukurova Medical Journal* 38: 31-40.
12. Weinman, J., Petrie, KJ., Moss-Morris, R. and Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A New Method For Assessing the Cognitive Representation of İllness. *Psychol Health*, 11:431-445.
13. Petrie, K.J. ve Weinman, J. (2006). Why İllness Perceptions Matter. *Clinical Medicine*, 6 (6), 536-539.

14. Datlı Yakaryılmaz, F. and Öztürk, Z. A. (2017). Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus in the Elderly. *World Journal Of Diabetes*, 8(6), 278.
15. Fulden Saraç, Z. (2019). Farklı Yaş Gruplarında Diyabet Tedavisi: Hedefler ve İlaç Seçimi. *Diyabet Yıllığı 2018-2019*. 85-90.
16. IDF Diabetes Atlas 9 Th Edition. (2019). URL: <https://www.Diabetesatlas.Org/En/>. Son Erişim Tarihi: 10.01.2021.
17. Sivrikaya, S. (2019). Geriatrik Diyabetlinin Bakım Yönetimi. URL: <https://www.Researchgate.net/Publication/332449035>. Son Erişim Tarihi:02.01.2021.
18. Boonsatean, W., Carlsson, A., Rosner, I. D. and Östman, M. (2018). Sex-Related Illness Perception and Self-Management of A Thai Type 2 Diabetes Population: A Cross-Sectional Descriptive Design. *BMC Endocrine Disorders*, 18(1): 1-9.
19. Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z. ve Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 271-280.
20. Yorulmaz, H., Tatar, A., Saltukoğlu, G. ve Soylu, G. (2013). Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*,2: 367-387.
21. Kugbey, N., Asante, K. O. and Adulai, K. (2017). Illness Perception, Diabetes Knowledge and Self-Care Practices Among Type-2 Diabetes Patients: A Cross-Sectional Study. *BMC Research Notes*, 10(1): 1-7.
22. Schram, M. T., Assendelft, W. J., Van Tilburg, T. G. and Dukers-Muijers, N. H. (2021). Social Networks and Type 2 Diabetes: A Narrative Review. *Diabetologia*, 64(9): 1905-1916.
23. Raghavan, S., Pachucki, M. C., Chang, Y., Porneala, B., Fox, C. S., Dupuis, J. and Meigs, J. B. (2016). Incident Type 2 Diabetes Risk Is Influenced By Obesity and Diabetes In Social Contacts: A Social Network Analysis. *Journal Of General Internal Medicine*, 31(10): 1127-1133.
24. Ramkisson, S., Pillay, B. J. and Sibanda, W. (2017). Social Support and Coping in Adults With Type 2 Diabetes. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 9(1): 1-8.
25. Lukaschek, K., Baumert, J., Kruse, J., Meisinger, C., and Ladwig, K. H. (2017). Sex Differences in the Association of Social Network Satisfaction and the Risk for Type 2 Diabetes. *BMC Public Health*, 17(1): 1-8.
26. Demir, E. D. ve Hazer, O. (2020). “Lubben Sosyal Ağ Ölçeği-6 (Lsaö-6)’’nin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Social Mentality and Researcher Thinkers Journal*, 6(30): 399-410.

27. Alyami, M., Serlachius, A., Mokhtar, I. and Broadbent, E. (2019). Illness Perceptions, Hba1c, and Adherence in Type 2 Diabetes in Saudi Arabia. *Patient Preference and Adherence*, 3: 839-850.
28. Boyacı, E. (2021). *Diyabet Hastalarında Hastalık Algısı ve Sosyodemografik Faktörlerin Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği. Ankara.
29. Gündüz, F. ve Yılmaz Karabulutlu, E. (2016). Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 19: 106–115.
30. Kavak, F. ve Aktürk, Ü. (2019). Diyabet Hastalarında Hastalık Algısının Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4, 740 – 747.
31. Deng, Q. and Liu, W.(2020). Physical Exercise, Social Interaction, Access to Care, and Community Service: Mediators in the Relationship Between Socioeconomic Status and Health Among Older Patients With Diabetes. *Front Public Health*, 9(8).
32. Ida, S., Kaneko, R., Imataka, K., Okubo, K., Shirakura, Y., Azuma, K., Fujiwara, R., Takahashi, H. and Murata, K. (2020). Factors Associated With Social İsolation and Being Homebound Among Older Patients With Diabetes: A Cross-Sectional Study. *BMJ Open*. 2020 Nov 5;10(11).
33. Pazokian, M., Beigmoradi, S., Movafegh, F. and Akbarzadeh, S. (2020). Correlation Between Social Support and Hope With Medication Adherence in Type II Diabetic Patients. *Archives Of Pharmacy Practice*, 1, 130.
34. Sell, K. A., Amella, J.E., Mueller, M., Andrews, J. and Wachs, J.(2018). The Impact of Social Support in Older Adult Chronic Disease Self-Management. *International Journal Of Medical Science And Health Research*, 2(3).
35. Werfalli, M. M., Kalula, S.Z., Manning, K. and Levitt, N.S. (2020). Does Social Support Effect Knowledge and Diabetes Self-Management Practices in Older Persons With Type 2 Diabetes Attending Primary Care Clinics İn Cape Town. *PloS one* 15(3).
36. Akdeniz, M., Kavukcu, E. ve Teksan, A. (2019). Yaşlanmaya Bağlı Fizyolojik Değişiklikler ve Kliniğe Yansımaları. İzbirak, G. (Ed). *Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı* (1-15). Türkiye Klinikleri.
37. Bulut, Ü. ve Özçakar, N. (1999). Nasıl Yaşlanıyoruz. *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(1), 1-5.
38. Çunkuş, N., Yiğitoğlu, G. T. ve Akbaş, E. (2019). Yaşlılık ve Toplumsal Dışlanma. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 2(2), 58-67.

39. Demirbilek, T. ve Özgür, A. Ö. (2017). Gümüş Ekonomi ve Aktif Yaşlanma Bağlamında Yaşlı İstihdamı. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(1): 14-28.
40. Gürsoy Çuhadar, S. ve Lordoğlu, K. (2016). Demografik Dönüşüm Sürecinde Türkiye'de Yaşlanma ve Sorunlar. *Journal of Faculty of Political Science*, (54).
41. Beğer, T. ve Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, 25(3): 1-3.
42. Aslan, M. ve Hocaoglu, Ç. (2017). Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1): 53-62.
43. Palmer, A. K. and Kirkland, J. L. (2016). Aging and Adipose Tissue: Potential Interventions for Diabetes and Regenerative Medicine. *Experimental Gerontology*, 86: 97-105.
44. Mordarska, K. and Godziewska-Zawada, M. (2017). Diabetes in the Elderly. *Przegląd Menopauzalny*, 16(2): 38-43.
45. Tamura, Y., Omura, T., Toyoshima, K., and Araki, A. (2020). Nutrition Management in Older Adults With Diabetes: A Review On The Importance of Shifting Prevention Strategies From Metabolic Syndrome to Frailty. *Nutrients*, 12(11): 33-67.
46. Ağar, A. (2020). Yaşlılarda Ortaya Çıkan Fizyolojik Değişiklikler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(3): 347-354.
47. Akbaş, E., Yiğitoğlu, G. T. ve Çunkuş, N. (2020). Yaşlılıkta Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık. *Opus Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 15(26): 4540-4562.
48. Samancıoğlu, S. (2016). Endokrin Fonksiyonlar. N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu (Ed.) *Patofizyoloji Pratik Bir Yaklaşım* (ss. 295-316) içinde. Çukurova Nobel Tıp Kitapevi: Adana
49. Yumuk, V. (2011). Diabetes Mellitus'a Genel Bir Bakış. M. Özata (Ed.). *Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet* (ss. 543-564) içinde. İstanbul Tıp Kitapevi Yayıncılık: İstanbul.
50. Yöner, A. (2011). Diabetes Mellitus Fizyoloji, Tanımlama, Sınıflama, Etiyopatogenez, Klinik Özellikler. M. Özata (Ed.). *Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet* (ss. 543-564) içinde. İstanbul Tıp Kitapevi Yayıncılık: İstanbul.
51. Bakan, G., Azak, A. ve Özdemir, Ü. (2017). Diyabet ve Sosyo-Kültürel Yaklaşım. *Kesit Akademi Dergisi*, (12): 180-195.
52. Palmer, A. K., Gustafson, B., Kirkland, J. L. and Smith, U. (2019). Cellular Senescence: at the Nexus Between Ageing and Diabetes. *Diabetologia*, 62(10): 1835-1841.

53. Sesti, G., Incalzi, R. A., Bonora, E., Consoli, A., Giaccari, A., Maggi, S. and Ferrara, N. (2018). Management of Diabetes in Older Adults. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 28(3): 206-218.
54. Konca, C. ve Ayvaz, G. (2011). Tip 2 Diabetes Mellitusun İnsülin Dışı Tedavisi. M. Özata (Ed.). *Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet* (ss. 543-564) içinde. İstanbul Tıp Kitapevi Yayıncılık: İstanbul.
55. American Diabetes Association. (2015). Standards of Medical Care in Diabetes—2015 Abridged for Primary Care Providers. *Clinical Diabetes: A Publication of the American Diabetes Association*, 33(2).
56. American Diabetes Association. (2017). 5. Prevention or Delay of Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 40(1), 44–47.
57. İlhan, A. (2019). İnsülin Uygulamalarında Güncel Yaklaşımlar. *Diyabet Yıllığı 2018-2019*. 23-27.
58. Rakıcıoğlu, N. (2008). Yaşlıda Şişmanlık. URL: <https://Sbu.Saglik.Gov.Tr/Ekutuphane/Kitaplar/T51.Pdf> Son Erişim Tarihi: 22.12.2021.
59. Bulutlar, O.N. (2015). Diyabetli Hastalarına Beslenme Açısından Yaklaşım. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31: 39-44.
60. Taşkın Yılmaz, F. (2015). Diyabetin Tedavisinde ve Kontrolünde Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*, 1(3):13-19.
61. Yolaçan İşeri, C. (2019). Diyabetli Bireyler İçin Makro Besin Ögeleri Dağılım Oranları Ne Olmalı?. *Beslenme Ve Diyet Dergisi*, 47:36-43.
62. Okburan, G. ve Hasbay Büyükkaragöz, A. (2018). Tip 2 Diyabet Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişikliği - Beslenme ve Fiziksel Aktivite. *Beslenme Diyetetik Dergisi*, 46(3): 294-302.
63. Çelik, S. ve Olgun, N. (2016). Yoğun Bakımda Hipoglisemi ve Hiperglisemi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(1): 57-64.
64. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2020). TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. URL: http://Temd.Org.Tr/Admin/Uploads/Tbl_Kilavuz/20200625154506-2020tbl_Kilavuz86bf012d90.Pdf. Son Erişim Tarihi: 10.01.2021
65. Kamarlı, H. (2015). Yaşlı Diyabetik Bireylerde Beslenme. URL: <http://Www.Diabetcemiyeti.Org/Var/Cdn/A/E/Hulya-Kamarli.Pdf>. Son Erişim Tarihi: 02.01.2021.
66. Eraslan Biberoğlu, S. (2011). Diyabetin Akut Komplikasyonları. M. Özata (Ed.). *Endokrinoloji Metabolizma Ve Diyabet* (ss. 543-564) içinde. İstanbul Tıp Kitapevi

Yayıncılık: İstanbul.

67. Azal, Ö. ve Aydoğdu, A. (2011). Diyabetik Nefropati. M. Özata (Ed.). *Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet* (ss.543-564) içinde. İstanbul Tıp Kitapevi Yayıncılık: İstanbul.
68. Yeşil, S. ve Akıncı, B. (2011). Diyabetik Nöropati. M. Özata (Ed.). *Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet* (ss. 543-564) içinde. İstanbul Tıp Kitapevi Yayıncılık: İstanbul.
69. Bayraktar, F. (2011). Diyabetik Retinopati. M. Özata (Ed.). *Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet* (ss. 543-564) içinde. İstanbul Tıp Kitapevi Yayıncılık: İstanbul.
70. Arslan, M. (2011). Diyabetik Ayak. M. Özata (Ed.). *Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet* (ss. 543-564) içinde. İstanbul Tıp Kitapevi Yayıncılık: İstanbul.
71. Yılmaz Karabulutlu, E. ve Okanlı, A.(2011). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (4): 25-31.
72. Bağcıvan, G., Tanrıver, E. ve Kılıç, B. (2018). Kronik Kalp Damar Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının İncelenmesi. *Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 21(2): 89-96.
73. Çapoğlu, İ., Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu Aşlar, R. ve Çayköylü, A. (2018). Diyabete Eşlik Eden Ruhsal Sorunlar ve Diyabet Yönetimi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13 (1): 67-74.
74. Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., Power, J. E. M., Brennan, S., Lawlor, B. A. and Loughrey, D. G. (2017). The İmpact of Social Activities, Social Networks, Social Support and Social Relationships on the Cognitive Functioning of Healthy Older Adults: A Systematic Review. *Systematic Reviews*, 6(1): 1-18.
75. İçli, G. (2010). Yaşlılar ve Yaşlılığın Değerlendirilmesi: Denizli İli Üzerine Niteliksel Bir Araştırma. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 3(1-2): 1-13.
76. Kalıncara, V. ve Sarı, İ. (2019). Yaşlılarda Sosyal Ağ Kullanımı ve Yalnızlık İlişkisinin Belirlenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 12(1): 8-19.
77. Vassilev, I., Rogers, A., Kennedy, A. and Koetsenruijter, J. (2014). The İnfluence of Social Networks on Self-Management Support: A Metasynthesis. *BMC Public Health*, 14(1): 1-12.
78. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, (2011). URL: <https://www.saglik.gov.tr/tr,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html> Son Erişim Tarihi: 30.12.2021

79. Canlı, S. ve Karataş, N. (2018). Yaşlılar İçin Bir Halk Sağlığı Hemşireliği Yaklaşımı: Fiziksel Aktivite Danışmanlığı. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 17(2): 36-45.
80. Wang, X., He, L., Zhu, K., Zhang, S., Xin, L., Xu, W. and Guan, Y. (2019). An Integrated Model to Evaluate the Impact of Social Support on Improving Self-Management of Type 2 Diabetes Mellitus. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 19(1): 1-12.
81. Arısoy, H. (2013). *Yaşlı Diyabetli Hastaların Hastalık ve Sağlığa İlişkin Tutumlar*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
82. Daştan, B. (2017). *Yaşlı Diyabet Hastalarının Sorunlu Alanları ve Aile Destek Düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.
83. Yuvakgil, Z. (2017). *Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri, Sosyal Ağ Büyüklükleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Aydın.
84. Shao, A.T. (2002). *Marketing Research: An Aid to Decision Making*, Cincinnati, Ohio: South-Western/Thomson Learning.
85. Öztürk, Z. ve Uğraş, K. G. (2017). Yaşlı Hastalarda İlaç Kullanımı ve Polifarmasi. *İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 27(2): 103-108.
86. Yıldız, K.E. (2018). *Tip II Diyabetes Mellitusu Olan Bireylerin Hastalık Alguları ile Öğrenilmiş Güçlülükleri Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
87. Polat, Ü. ve Kahraman, B. B. (2013). Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4): 213-218.
88. Damon, W., Callon, C., Wiebe, L., Small, W., Kerr, T. and Mcneil, R. (2017). Community-Based Participatory Research in A Heavily Researched Inner City Neighbourhood: Perspectives of People Who Use Drugs on Their Experiences As Peer Researchers. *Social Science and Medicine*. 176:85–92.
89. Gao, M., Sa, Z., Li, Y., Zhang, W., Tian, D., Zhang, S. and Gu, L. (2018). Does Social Participation Reduce the Risk Of Functional Disability Among Older Adults In China? A Survival Analysis Using the 2005–2011 Waves of the CLHLS Data. *BMC Geriatrics*. 18.
90. Öztürk Efe, D. (2018) *Tip 2 Diyabetli Bireylerin Diyabete Yönelik Tutumlarının ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
91. Çetin, H. (2009). *Bulgaristan Göçmeni Yaşlılarda Sosyal Ağ ve Sosyal Destek*. Yüksek

Lisans Tezi Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

92. Park, M. and Reynolds, C.F. (2015). Depression Among Older Adults With Diabetes Mellitus. *Clinics in Geriatric Medicine*, 31.
93. Sunny, A. K., Khanal, V.K., Sah, R.B. and Ghimire, A. (2019). Depression Among People Living With Type 2 Diabetes in An Urbanizing Community Of Nepal. *Plos ONE*. 14.
94. Ünal, E., Akan, O. ve Üçler, S. (2015). Diyabet ve Nörolojik Hastalıklar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*; 31, 45-51.





EKLER

EK-1. Amasya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.03.2021-9534



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : E-15386878-044-9534
Konu : Etik Kurul Onayı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN
Öğretim Üyesi

İlgi : 26.02.2021 tarihli ve E.7122 sayılı dilekçeniz.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenim gören ve Amasya Suluova Devlet Hastanesi'nde görev yapan Hemşire Hatice ÖZGÜR ile işbirliğinizde yürütülen "Tip 2 Diabetes Mellituslu Geriatrik Bireylerin Hastalık Algısı ve Sosyal İlişkilerinin Belirlenmesi" konulu araştırma çalışması, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiştir.

Söz konusu çalışmanın yürütülmesinin ve uygulanmasının etik olarak uygun olduğu kanaatine varılmış olup, Kurul Kararının bir örneği ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Recep KÜRKÇÜ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek:Kurul Kararı (1 sayfa)

EK-2. Kurum İzni Formu

EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

**GERİATRİK TİP 2 DİABETES MELLİTUSLU BİREYLERDE HASTALIK
ALGISI VE SOSYAL İLİŞKİLERİN BELİRLENMESİ**

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Proje Yürütücüsü: Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN

Araştırmanın Amacı:

Geriatrik tip II diabetes mellituslu (DM) bireylerde hastalık algısı ve sosyal ilişkilerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirilecektir.

Araştırmada İzlenecek Yöntem:

Araştırma 15.03.2021-15.12.2021 tarihleri arasında Amasya Suluova Devlet Hastanesi dahiliye polikliniğine ve evde sağlık birimine başvuran ve Suluova Huzurevinde kalan 65 yaş ve üzeri Tip II DM'li bireylerle gerçekleştirilecektir. Araştırmada veriler, bireylerin Hasta Tanıtım Formu, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeği-6 (LSAÖ-6) kullanılarak yüz yüze görüşülerek toplanacaktır.

Bu araştırmanın protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler:

Tüm dünyayı olduğu gibi ülkemizi de etkileyen Covid-19 pandemisi nedeniyle risk oluşmaktadır. Ancak yardımcı araştırmacının zaten klinikte hemşire olarak aktif çalışması ve gerekli önlemleri alması dışında alınması gerekli herhangi bir güvenlik önlemi yoktur. Pandemi dolayısıyla, ülkemizde vaka sayılarında bir artış görülmeye başlanacak olursa, gelişebilecek enfeksiyon riskine karşı anket ve ölçekler çıktı yerine dijital form halinde araştırmacı tarafından yüz yüze veya hastaların iletişim bilgileri alınıp telefon görüşmesi ile de veriler toplanabilecektir.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Hatice ÖZGÜR

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Devam)

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim/araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Hatice ÖZGÜR

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK-4. Tanıtıcı Özellikler Formu

1-Yaşınız

2- Boy..... Kilo.....

3- Cinsiyetiniz :

1. Kadın 2.Erkek

4- Medeni Durumunuz:

1. Evli 2.Bekar 3. Dul

5- Eğitim Durumunuz:

1. Okuryazar değil

2. Okuryazar

3. İlkokul

4.Ortaokul

5.Lise

6.Üniversite ve üzeri

6- Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

1 Çok kötü 2.Kötü 3.Orta 4. İyi 5. Çok iyi

7- Kiminle Birlikte Yaşıyorsunuz:

1. Yalnız Yaşıyorum

2. Eşimle

3. Eşim ve Çocuklarımla

4. Çocuklarımla

5. Anne ve babamla

6. Huzurevinde

7. Diğer.....

8- Sigara kullanıyor musunuz?

(Kullanıyorsanız ve bıraktıysanız kaç yıldır ve kaç adet kullandığınız belirtiniz.)

1. Evet..... yıl / gündeadet

2. Hayır

3. Bıraktım yıl / gündeadet

EK-4. Tanıtıcı Özellikler Formu (Devam)

9- Alkol kullanıyor musunuz?

(Ne sıklıkta ve miktarda kullandığınızı belirtiniz.)

1. Evetyıl / günde
2. Hayır
3. Bıraktım..... yıl / günde

10-Diyabet Kontrolü için Sağlık Kuruluşuna Gitme Sıklığınız?

1. Ayda 1 kez
2. 2 Ayda 1 kez
3. 3 Ayda 1 kez
4. 6 Ayda 1 kez
5. Yılda 1 kez

11- Ne Kadar Süredir Diyabet Hastasıınız :.....ay/yıl

12-Son Ölçülen HbA1c düzeyiniz :..... Son Ölçülen AKŞ:.....

13- Ailede Diyabet Öyküsü :

1. 1.Derece Akrabalarımnda var
2. 2.Derece akrabalarımnda var
3. Yok

14-Diyabete bağlı bir komplikasyon gelişti mi?

1. Evet(.....)
2. Hayır

15-Diyabet eğitimi aldınız mı?

1. Evet
2. Hayır

16- Diyabetle ilgili yeterli eğitim aldığınızı düşünüyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

17- Tedavi olarak ne alıyorsunuz? :

1. Sadece oral antidiyabetikler
2. Sadece insülin tedavisi
3. Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte

18- İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz/ kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

EK-5. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

Hastalığınız Hakkında Sizin Görüşleriniz

Aşağıda Hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığımla ilgili	
Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Boğazda Yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Eklem Sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hırıltılı Soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sersemlik Hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Aşağıdaki her bir cümleyi okuyup, bu ifadelere katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti ile belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

EK-5. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (Devam)

Hastalık Hakkında Görüşler	1	2	3	4	5
1.Hastalığım kısa sürecek					
2.Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamım üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım, yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım, diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım, yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şeyi hastalığım etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım, hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					

EK-5. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (Devam)

20. Tedavim, hastalığımın iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim, hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri günden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bazen yok					
31. Hastalığım, önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

EK-5. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (Devam)

Hastalığının Nedenleri

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkesin cevabı farklı olacağı için bu sorunun doğru bir yanıtı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (irisi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet-yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					

EK-5. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (Devam)

Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

EK-6. Lubben Sosyal Ağ Ölçeği - 6

AİLE: Ailede çocuğunuzu, eşinizi, anne, babanızı göz önünde bulundurduğunuzda...
1. Ayda en az bir kere ailenizden kaç kişi ile görüşüyor veya konuşuyorsunuz? (0) yok (1)bir (2) iki (3)üç veya dört (4)beş-sekiz (5)dokuz +
2. Ailedeki kaç kişi ile özel konularınızı konuşurken kendinizi rahat hissediyorsunuz? (0) yok (1)bir (2) iki (3)üç veya dört (4)beş-sekiz (5)dokuz +
3. Size yardım etmesi için arayabileceğiniz ailede kaç kişiyi yakın hissediyorsunuz? (0) yok (1)bir (2) iki (3)üç veya dört (4)beş-sekiz (5)dokuz +
ARKADAŞLAR: Mahallenizde yaşayanlar da dahil olmak üzere tüm arkadaşlarınızı göz önünde bulundurduğunuzda....
4. Ayda en az bir kere arkadaşlarınızdan kaç kişi ile görüşüyor veya konuşuyorsunuz? (0) yok (1)bir (2) iki (3)üç veya dört (4)beş-sekiz (5)dokuz +
5. Arkadaşlarınız arasında kaç kişi ile özel konularınızı konuşurken kendinizi rahat hissediyorsunuz? (0) yok (1)bir (2) iki (3)üç veya dört (4)beş-sekiz (5)dokuz +
6. Size yardım etmesi için arayabileceğiniz kaç arkadaşını yakın hissediyorsunuz? (0) yok (1)bir (2) iki (3)üç veya dört (4)beş-sekiz (5)dokuz +

