

**DİYABETLİ BİREYLERİN HASTALIĞIYLA İLİŞKİLİ
ALGILADIKLARI SORUNLU ALANLARIN YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CEMİLE BİNBOĞA

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**MERSİN
AĞUSTOS- 2018**

**DİYABETLİ BİREYLERİN HASTALIĞIYLA İLİŞKİLİ
ALGILADIKLARI SORUNLU ALANLARIN YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CEMİLE BİNBOĞA

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

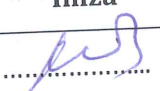
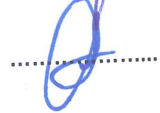
**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**Danışman
Doç. Dr. Meral ALTIOK**

**MERSİN
AĞUSTOS – 2018**

ONAY

Cemile Binboğa tarafından Doç.Dr. Meral Altıok danışmanlığında hazırlanan "Diyabetli Bireylerin Hastalığıyla İlişkili Algıladıkları Sorunların Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı çalışma aşağıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından 09 Ağustos 2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda oy birliği/çokluğu ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Görevi	Ünvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Başkan	Dr. Öğretim Üyesi, Nazife AKAN	
Üye	Doç. Dr. Meral ALTIOK	
Üye	Dr. Öğretim Üyesi, Gülay ALTUN UĞRAŞ	

Yukarıdaki Jüri kararı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 13.09 2018 tarih ve 2018/372 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Banu COŞKUN YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



Bu tezde kullanılan özgün bilgiler, şekil, tablo ve fotoğraflardan kaynak göstermeden alıntı yapmak 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu hükümlerine tabidir.

ETİK BEYAN

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı,
- Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi'ne devrettiğimi

beyan ederim.

ETHICAL DECLARATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific works about the case of exploitation of others' works.
- I used all of the referred works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

09/08/2018

İmza


Cemile BİNBOĞA

ÖZET

DİYABETLİ BİREYLERİN HASTALIĞIYLA İLİŞKİLİ ALGILADIKLARI SORUNLU ALANLARIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Bu araştırma diyabetes mellitus (DM) tanısı olan bireylerin hastalığıyla ilişkili algıladıkları sorunlu alanların yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini 1 Aralık 2016 -30 Mayıs 2017 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi endokrinoloji polikliniklerine DM tanısı ile başvuran hastalar, örnekleme ise araştırma kriterlerine uygun ve yapılan güç analizi ile belirlenen 200 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Diyabette Sorunlu Alanlar Ölçeği ve Diyabette Yaşam Kalitesi Anketi kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, One Way ANOVA, pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. $p<0,05$ istatistik açıdan anlamlı kabul edildi.

Araştırmaya katılan hastaların %63,5'i kadın, %40'ı obez ve üzeri, %50'si okuryazar / ilkökul mezunu ve yaş ortalaması $54,13 \pm 11,36$ idi. Hastaların %59,5'inin altı yıl ve üzeri DM olduğu, %64'ünün oral antidiyabetik ilaç ve insülini birlikte kullandığı ve hastaneye yatma nedeninin çoğunlukla hiperglisemi olduğu tespit edildi. Hastaların %55,3'ünde DM'ye eşlik eden ilave sağlık sorunu olduğu, en sık yaşanan sorunların retinopati ve nöropati olduğu belirlendi. Araştırmada Diyabette Sorunlu Alanlar Ölçeği ile Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi arasında istatistiksel olarak yüksek dereceli negatif yönlü bir ilişki bulundu ($p<0.05$). DM olan hastaların algıladıkları sorunlu alanların ciddiyeti arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü saptandı. Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu, en fazla DM tedavisinin daha sonra ise tedavinin psikolojik etkisinin yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği ve diyabet hastalığıyla ilgili orta düzeyde sorunlar yaşadıkları saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda DM'li hastalara bakım veren hemşireler tarafından hastaların yaşam kalitesi ve algıladıkları sorunlu alanların geçerli ve güvenilir ölçeklerle değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeleri hemşirelik uygulamalarına yansıtmaları için desteklenmeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetes Mellitus, Diyabetes Mellitus'ta Sorunlu Alanlar, Yaşam Kalitesi.

Danışman: Doç. Dr. Meral ALTIOK, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin

ABSTRACT

THE EFFECT OF DISEASE-RELATED PROBLEM AREAS AS PERCEIVED BY DIABETIC INDIVIDUALS ON QUALITY OF LIFE

The aim of this descriptive and correlational study was to determine the effect of disease-related problem areas as perceived by individuals diagnosed with diabetes mellitus on their quality of life. The study population consisted of patients who were admitted to the endocrinology department of Mersin University Medical Faculty Hospital with diabetes mellitus diagnosis between December 1, 2016 and May 30, 2017. The study sample consisted of 200 patients who were selected using power analysis according to the research inclusion criteria. Data were collected using a Personal Information Form, the Problem Areas in Diabetes Scale and the Diabetes Quality-of-Life Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t test, One Way ANOVA and Pearson's correlation coefficient. A significance level of $p < 0.05$ was used for the analyzes.

Among the patients, 63.5% were female, 40% were obese or severe obese, 50% were literate/primary school graduates and the average age was 54.13 ± 11.36 . It was determined that 59.5% of the patients had diabetes mellitus for the last six years or longer, 64% used oral antidiabetic medication and insulin, and the cause of hospitalization was mostly hyperglycemia. Also, 55.3% of the patients had an additional health problem accompanying diabetes, and the most common problems were retinopathy and neuropathy. There was a statistically significant negative correlation between the Diabetes Scale and the Diabetes Quality-of-Life Questionnaire ($p < 0.05$). As the severity of the problem areas perceived by individuals with diabetes mellitus increased, their quality of life declined. It was found that the quality of life of the patients in the study was moderate, their quality of life was negatively affected most by the treatment of diabetes mellitus, followed by the impact, and they had moderate problems related to diabetes mellitus.

In the light of these results, we recommend that nurses who care for patients with diabetes mellitus evaluate their patients' quality of life and problem areas they perceive with valid and reliable scales and nurses are supported to reflect these evaluations on nursing practices.

Keywords: Diabetes Mellitus, Problem Areas, Quality of Life.

Advisor: Doç. Dr.Meral ALTIOK, Department of Nursing, University of Mersin, Mersin.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca profesyonelliği, mesleki duruşu ve toplumsal duyarlılığı ile her zaman örnek aldığım, bu araştırmanın gerçekleşmesinde değerli bilgilerini benimle paylaşan değerli hocam ve danışmanım **Doç. Dr. Meral ALTIOK' a**,

Araştırmanın veri toplama aşamasında sağladığı imkanlar için Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne ve endokrinoloji polikliniğinde görev yapan diyabet eğitim hemşiresi **Eylem TÜRK** başta olmak üzere tüm poliklinik çalışanlarına,

Hayatım boyunca attığım her adımda desteklerini esirgemeyen sevgili annem, babam, kardeşlerime ve yaşamı anlamlı kılan yol arkadaşım **Ozan ORDU' ya**,

Yüksek lisans eğitimim boyunca motivasyonumu yükselten, desteklerini hissettiğim tüm arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK	ii
ONAY	iii
ETİK BEYAN	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMALAR ve SİMGELER	x
1. GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. KAYNAK ARAŞTIRMALARI	4
2.1. Diyabetes Mellitus'un Tanımı	4
2.2. Diyabetes Mellitus'ta Tanı ve Sınıflama	4
2.3. Diyabetes Mellitus'un Tedavisi ve Bakımı	5
2.3.1. İlaç Tedavisi	5
2.3.2. Tıbbi Beslenme Tedavisi	7
2.3.3. Fiziksel Aktivite	8
2.3.4. Bireysel Yönetim	9
2.4. Diyabetes Mellitus'a Bağlı Sorunlu Alanlar	10
2.4.1. Fiziksel Sorunlar	10
2.4.1.1. Akut Komplikasyonlar	10
2.4.1.2. Kronik Komplikasyonlar	11
2.4.2. Psikososyal Sorunlar	13
2.5. Diyabete Bağlı Sorunlu Alanların Yaşam Kalitesine Etkisi	15
3. MATERYAL ve YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Şekli	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	18
3.3. Araştırmanın Evreni	18
3.4. Araştırmanın Örneklemi	18
3.5. Veri Toplama Yöntemi	19
3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	19
3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu	19
3.5.1.2. Diyabette Sorunlu Alanlar Ölçeği	20
3.5.1.3. Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi	20
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	21
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	21
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.8. Araştırmanın Etiği	22
3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	30
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	36
6.1. Sonuçlar	36
6.2. Öneriler	37
KAYNAKLAR	38
EKLER	45
ÖZGEÇMİŞ	61

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	23
Tablo 4.2. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı	24
Tablo 4.3. Hastaların Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi ve Diyabetle İlgili Sorunlu Alanlar Ölçeği Puan Dağılımları	25
Tablo 4.4. Hastaların bazı demografik özelliklerine göre diyabet yaşam kalitesi anketi ve diyabet ile ilgili sorunlu alanlar ölçeği puanlarının dağılımı	26
Tablo 4.5. Hastaların bazı klinik özelliklerine göre diyabet yaşam kalitesi anketi ve diyabet ile ilgili sorunlu alanlar ölçeği puanlarının dağılımı	28
Tablo 4.6. Hastaların diyabet ile ilgili sorunlu alanlar ölçeği puanları ile diyabet yaşam kalitesi anketi arasındaki ilişki	29

KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltma/Simgesi	Tanım
ADA	Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association)
APG	Açlık Plazma Glikozu
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DQOL	Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi (Diabetes Quality of Life)
HbA1C	Glukolize Hemoglobin
IDF	Uluslararası Diyabet Federasyonu(International Diabetes Federation)
IM	Intramuskuler
IV	Intravenöz
OAD	Oral Antidiyabetik
OGTT	Oral Glukoz Tolerans Testi
SC	Subkutan
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması

GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Diyabetes Mellitus (DM) tüm dünyada sıklığı gittikçe artan, neden olduğu fiziksel ve psikososyal sorunlar nedeniyle ciddi mortalite ve morbiditeye sebep olabilen önemli bir hastalıktır. İnsülin eksikliği ve etkisizliği nedeniyle oluşan bireylerin yaşamlarını birçok yönden etkileyen ve yaşam boyu devam eden bir hastalıktır [1].

Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (IDF) Yedinci Diyabet Atlas'ı verilerine göre 2015 yılında Dünyadaki toplam DM' li birey sayısı 415 milyondur. Toplam DM'li hasta sayısının 2040 yılında 642 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Sekizinci Diyabet Atlası verilerine göre 2017 yılında dünyada 425 milyon DM'li birey bulunmaktadır. 2045 yılında bu sayının artacağı 693 milyona ulaşabileceği tahmin edilmektedir. Aradan geçen iki yıllık zaman diliminde DM'nin milyonlarca bireyi etkilediği görülmektedir [2,3].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünya genelinde diyabetin yıllık maliyetini 825 milyar dolar olarak raporlamış olup, maliyet açısından Çin, ABD, Hindistan, Japonya gibi ülkelerin başta geldiğini bildirmiştir. DM'nin en sık görülen kronik hastalıklar sıralamasında ilk 10 hastalık içinde olduğu, ölüme neden olan ilk 10 hastalık sıralamasında 3. olduğu bildirilmektedir. Küresel diyabet harcamalarının artması beklenmekte, düşük ve orta gelirli ülkeler yüksek gelirli ülkelere göre sağlık harcamalarının daha büyük bir dilimini bu hastalığa harcayacağı bildirilmektedir [4].

Yedinci Diyabet Atlası verilerine göre 2015'te dünya genelindeki sağlık giderlerinin %12'sinin DM için harcandığı, 2017 yılında ise bu değer %8' lik bir artış gösterdiği açıklanmaktadır. Dünya nüfusunun % 8,8'i DM ile savaşmakta, her 11 kişiden 1'i diyabet hastası olmakta, her yedi bebekten biri diyabetli doğmakta, 542 bin çocukta tip 2 DM bulunmakta, her yıl 86 bin çocuğa yeni tanı konmakta olduğu belirtilmektedir. 2012 yılında DM ve komplikasyonları yaklaşık 3,7 milyon kişinin hayatını kaybetmesine neden olurken, bu sayı 2017 yılında yaklaşık dört milyona ulaştığı bildirilmektedir [2,4].

Satman ve ark.'nın (2013) ülkemizde yürüttüğü Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması'nın (TURDEP-I) sonuçlarına göre 1998'de ülkemizde yaşayan DM'li bireylerin %32'sinin hastalığının farkında olmadığı belirlenmiştir. TURDEP II sonuçlarına göre erişkin toplumda 2010 yılında DM sıklığı %13,7'ye ulaşmıştır. TURDEP-I ve TURDEP-II verileri karşılaştırıldığında aradan geçen on iki yılda DM'li hasta sayısı %7,2'den % 13,7'ye yükseldiği görülmektedir [5,6]. Bu artışla birlikte IDF 2045 yılında ülkemiz için 20-79 yaş arasında DM görülme oranı ile ilk on ülke arasına gireceğimizi öngörmektedir [3].

Diyabetes Mellitus'lu bireylerin yaşam süreleri uzadıkça fiziksel, psikolojik, cinsel, sosyal sorunların gelişme riski de artmaktadır. DM'li hastalarda morbidite ve mortalitenin en önemli nedenleri fiziksel sorunlar olmaktadır. İyi takip ve tedavi edilmediğinde yıllar içinde çeşitli organların ve sistemlerin çalışmasını etkileyebilmektedir [7].

Diyabetes Mellitus'la yaşamak kolay olmamakla birlikte, ilaç tedavisinin başarısı bireysel kontrolle sağlanabilmektedir. Yaşam tarzı, fiziksel aktivite ve beslenme programındaki değişimi beraberinde getirirken, bireysel sorumluluk da gerektirmektedir. DM tanısı "utanma", "reddetme"yi içeren bazı psikolojik değişikliklere yol açabilmekte; bu durum hastaların hastalığı etkili şekilde yönetimine engel olmaktadır. Tanı koyulması bireyin öz-saygısını azaltabilmekte, direnç ve depresyon geliştirebilmektedir. Erkeklerde ve kadınlarda psikoseksüel sorunlar geliştirebilmekte, bireyler stres, aşırı üzüntü yaşayabilmektedirler. Bu sorunun sağlık profesyonellerinden gizlenmesi ilerleyen zaman içerisinde sorunun iyice şiddetlenmesine ve tedavinin zorlaşmasına neden olabilmektedir [8-10].

Diyabetes Mellitus'la birlikte kişilerin yaşamında farklı boyutlarıyla sorunlar yaşanabilmektedir. Bu sorunlar bireylerin algılarını ve baş etme düzeylerini etkileyebilmekte ve yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Hastaların aile yaşamı, iş yaşantısı olumsuz etkilenebilmekte, hastalar kendilerini toplumdan uzaklaştırabilmektedir. Fiziksel sorunlar psikososyal sorunlara, psikososyal sorunlar fiziksel sorunlara neden olabilmekte, yaşam kalitesi etkilenmekte ve kişilerin doyumlarının azalmasına sebep olabilmektedir [11-13].

Diyabetes Mellitus'lu hastanın sorumluluğu kendi yaşamında, seçimlerinde ve düşüncelerinde kontrolünü sağlamasıdır. Sağlık profesyonellerinin rolü, hastanın yaşamındaki riskler ve değişiklikler hakkında bilgi sahibi olmasını, bunları anlamasını ve uygulamasını sağlamaktır. DM'li hastaların tedavi ve bakımında temel hedef iyi metabolik kontrolün yanı sıra bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi olmalıdır. Hemşireler diyabetin yönetimini planlarken, bireylerin yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik özellikleri ve hastalıkla ilgili sorunlu alanları çok yönlü değerlendirmelidir. Hemşirelerin vereceği eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile DM'li hastaların yaşam kalitesi iyileştirilebilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, DM li bireylerin hastalığıyla ilişkili algıladıkları sorunlu alanların yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

1.3. Araştırma Soruları

- 1.Diyabetes Mellitus'lu bireylerin hastalığıyla ilişkili algıladıkları sorunlu alanlar nelerdir?
- 2.Diyabetes Mellitus'lu bireylerin yaşam kalitesi nasıldır?
- 3.Diyabetes Mellitus'lu bireylerin hastalığıyla ilişkili algıladıkları sorunlu alanlar yaşam kalitesini etkilemekte midir?



2.KAYNAK ARAŞTIRMASI

2.1.Diyabetes Mellitus' un Tanımı

Diyabetes Mellitus (DM), pankreasın yeterli insülini üretemediği ya da ürettiği insülini etkin bir şekilde kullanamadığı zaman ortaya çıkan, hiperglisemi ile seyreden, sinirlerde ve damarlarda hasara yol açabilen kronik bir metabolizma hastalığıdır. DM akut ve kronik komplikasyonlar nedeniyle organ ve işlev kayıplarına yol açarak yaşam süresi ve yaşam kalitesini etkileyebilmekte, iş gücü kayıplarıyla sosyal ve ekonomik yüke neden olmaktadır [14, 15].

2.2.Diyabetes Mellitus' ta Tanı ve Sınıflama

Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Diyabet Birliği DM'nin etiyolojik sınıflamasını dört kategoride yapmaktadır. Bunlar; Tip 1 DM, Tip 2 DM, Gestasyonel DM ve Diğer Spesifik DM tipleri olarak bilinmektedir [7, 16].

Tip 1 DM; pankreasta beta hücre yıkımı veya harabiyetiyle gelişmekte, yaşamı idame ettirmek için insüline ihtiyaç duyulmaktadır. Genellikle otoimmün kaynaklı olarak 30 yaştan önce gelişmekte, okul öncesi, puberte ve geç adolesan dönemde görülmektedir. Bu hastalarda diyabetik ketoasidoz, hipoglisemi gibi akut komplikasyonlar sık yaşanabilmektedir. Tüm DM'lilerin % 5-10' unu oluşturmaktadır [14-18].

Tip 2 DM; insülin direnci ve beta hücrelerinin insülin salgılama fonksiyonunu kaybetmesiyle ortaya çıkmaktadır. Genellikle 30 yaştan sonra ortaya çıkmakta, son yıllarda obezitenin artmasıyla birlikte çocukluk ve adolesan dönemde de görülmektedir. Genetik yatkınlığın olması, ailesel diyabet öyküsünün artması sonraki nesillerde DM riskini artırmakta ve daha erken yaşlarda görülmesine sebep olmaktadır [19,20].

Gestasyonel DM; gebelik sırasında ortaya çıkan DM olarak tanımlanmaktadır. Genetik yatkınlık ve insülin direncine bağlı olarak beta hücrelerin fonksiyon kaybı ile ilişkilendirilmektedir [19,21].

Diğer Spesifik DM tipleri; beta hücrelerin fonksiyon bozukluğuna bağlı genetik bozukluklarda, insülinin etkisindeki genetik bozukluklarda, pankreas hastalıklarında, endokrinopatilerde, ilaç ve kimyasala bağlı durumlarda ve enfeksiyonlarda ortaya çıkabilmektedir [19].

Diyabetes Mellitus' lu hastaların tanı ve takibinde biyokimya sonuçları önemli bir yer tutmaktadır. Hastaların kan örnekleri gece açlığını izleyen 8-10 saatten sonra alınmaktadır. Açlık

plazma glukozu (APG) 126 mg/dl ve üzerinde ise, 75 g oral glukoz tolerans testinde (OGTT) ikinci saatten sonra plazma glukoz düzeyi 200mg/dl veya rastgele ölçülen glukoz düzeyi 200 mg/dl ile hiperglisemi belirtileri mevcut ise, glukozilenmiş hemogloblin A1c (HbA1c) düzeyi %6,5'in üzerinde ise DM tanısı konabilmektedir. DM'li hastalarda; APG veya öğün öncesi plazma glukozu 70-120 mg/dl, öğün sonrası ikinci saatte 140 mg/dl altında tutularak ve HbA1c'nin %6,5 'in altında olması sağlanarak iyi glisemik kontrol sağlanabilmektedir [14, 19,22].

2.3.Diyabetes Mellitus'un Tedavisi ve Bakımı

Diyabetes Mellitus' un tedavisinin temel amacı; insülin aktivitesini ve kan glukoz düzeyini normal sınırlarda tutarak komplikasyonların gelişmesini veya ilerlemesini engellemek, en az seviyede DM'ye bağlı sorun ile hastanın yaşam kalitesini artırmaktır. Bu amaca ulaşmak için ilaç tedavisi, tıbbi beslenme tedavisi, fiziksel aktivite, bireysel yönetim gibi yaklaşımlar kullanılmaktadır. Bu yaklaşımlarla beraber DM'nin tedavisindeki ilk basamak yaşam tarzı değişikliği olmaktadır [14, 23].

2.3.1.İlaç Tedavisi

Tip 2 DM'nin yönetiminde, insülin salgılama yeteneği tükenmemiş hastalarda, ilk dönemde uygulanan tedavi yöntemi oral antidiyabetik ilaçlar olmaktadır[23].

Sülfonilüreler, pankreastaki beta hücrelerinden insülin sekresyonunu artırmakta, karaciğerden glukoz çıkışını azaltmakta, hedef dokular olan karaciğer, kas ve yağ dokularında glukoz kullanımını arttırmaktadırlar. Uzun süreli etki göstermektedirler. En önemli yan etkisi hipoglisemidir. Yemeklerden önce alınması önerilmektedir[14, 23, 24].

Biguanidler, antihiperglisemik etki göstermektedirler. İştahı azaltmak, karaciğerde glukoz üretimini azaltmak, glukozun kas ve yağ dokuya alımını arttırmak gibi işlevleri bulunmaktadır. En önemli yan etkisi diyare, kusma gibi gastrointestinal intoleranstır. Yemekle birlikte veya yemekten sonra alınması önerilmektedir [14, 23, 24].

Alfa glikozidaz inhibitörlerinde ise bağırsaktaki karbonhidrat emilimi intestinal kanalda bulunan alfa glikozidaz enzimi ile inhibe edilerek geciktirilmekte ve yemekten sonra kan glukozunun yükselmesi önlenmektedir. Yan etkileri gastrointestinal problemler olmaktadır. Ana öğünlerde yemeğin ilk lokması ile alınması önerilmektedir [14, 23, 24].

Meglitinidler, sülfonilüre ilaç grubu gibi insülin sekresyonunu arttırmaktadırlar. Aralarındaki fark etki süresi daha kısadır ve daha hızlı etki göstermektedir. Yemekten 5-15 dakika önce veya yemeklerle birlikte alınması önerilmektedir [14, 23, 24].

Glitazonlar, insülin direnci üzerine etkili olmaktadır. Uzun süreli etki göstermekte, yemeklerden yarım saat sonra alınması önerilmektedir [14, 23, 24].

Tip 1 DM, gestasyonel DM, oral antidiyabetiklere yanıt alınamayan Tip 2 DM, akut ve kronik komplikasyonların varlığı, hiperglisemi ile birlikte glikozüri, cerrahi girişim, travma, ağır enfeksiyon ve stres durumlarında insülin tedavisi kullanılmaktadır. Protein sentezini arttırmak, aminoasitlerin hücre içine girişini uyarmak, karaciğer, kas ve yağ dokusunda glukozun hızlı alınmasını, depolanmasını, kullanılmasını, yağ asitlerinin ve ketonların kullanılmasını sağlamak, karaciğer ve kas glikojeninden glukoz üretimi ve karbonhidratların dışında glukoz oluşumunu baskılamak gibi görevleri bulunmaktadır [25].

İnsülinler etkilerinin başlangıç zamanına ve etki sürelerine göre ayrılmaktadırlar. Çok kısa etkili insülinler Intravenöz(IV), Subcutan(SC) veya Intramuskuler(IM) yolla uygulanmakta, 15 dakikada etkisini göstermekte, yemekle veya yemek sonrası yapılabilmektedir. Kısa etkili insülinler, berraktır, IV, SC, IM yolla uygulanabilmekte, 30-60 dakika içerisinde etkisi başlamaktadır. Orta etkili insülinler, bulanıktır ve kullanımdan önce dikkatlice karıştırılmalı, tersi durumda protein yıkımına yol açabilmektedir. Etkisi 1-3 saatte başlamaktadır. Uzun etkili insülinler çoklu doz enjeksiyonlarda bazal insülin gereksinimi karşılamak için kullanılmaktadır. Bir saatte etki göstermeye başlamakta, 20-28 saate kadar etkisi devam etmektedir [26].

İnsülinler 2-8 derece arasında buzdolabında saklanmakta, açıldıktan sonra buzdolabında üç ay korunabilmekte, açılmış veya açılmamış insülinler oda ısısında (15-30 derece) bir ay kalabilmektedir. Kalem insülinler, oda sıcaklığında üç hafta, buzdolabında üç ay saklanabilmektedir. Araba, uçak bagajına konulmaması, yüksek sıcaklıkta buz akülerinin kullanılması önerilmektedir. Renk değişimi, kristalleşme, partikül oluşumunda kullanımı önerilmemektedir [25, 26].

İnsülin tedavisinde lokal alerjik reaksiyonlar, yaygın insülin alerjileri, enjeksiyon bölgesinde lokal yağ atrofisi ya da hipertrofisi, hipoglisemi ile birlikte açlık hissine bağlı kilo artışı, insülin ödemi gibi yan etkiler görülebilmektedir [27].

Hu ve arkadaşları'nın (2012) Amerika'da yaşayan İspanyol göçmenlerle yaptığı bir çalışmada da DM'li hastaların, DM'nin ilerleyici bir hastalık olmasıyla ilgili algılama eksikliği olduğu, insülin tedavisine karşı korku yaşadıkları gösterilmektedir [28]. Tip 2 DM'li hastalar arasında insülin tedavisine karşı isteksizliğin yaygın olduğu, olumsuz tutum ve korku nedeniyle tedaviye başlamayı geciktirdikleri bildirilmektedir. Farklı kültürlerle yapılan çalışmalarda insülinin yaşam tarzında kısıtlama, hipoglisemi korkusu, düşük öz yeterlik ve kişisel başarısızlık kaygılarına neden olduğu belirtilmektedir [29, 30].

Diabetes Mellitus'lu hastaların yaşı, okul/iş programı ve koşulları, eğitim düzeyi, fiziksel aktivite, yeme alışkanlıkları, komplikasyonların varlığı, sosyal statüsü ve kültürel faktörler göz

önünde bulundurulmalıdır. İnsülin uygulayan hastaların eğitiminde bu faktörler göz önünde bulundurularak, tedavideki başarı artmakta, yan etkileri azalmaktadır [31, 32].

2.3.2. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Tıbbi beslenme tedavisi, DM tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. Beslenme tedavisi, hastaların günlük yaşam koşullarına uygun olarak uygulanabilir beslenme önerilerinde bulunma ile uygulamaların düzenli takibi olarak tanımlanmaktadır. Diyabet tedavisinin temeli olan tıbbi beslenme tedavisinin amaçları:

- Aktivite düzeyi ve ilaç tedavisi ile planlanan beslenme programıyla birlikte hedef kan glukozunu düzenlemek ve korumak,
- Serum lipid düzeyini sağlamak,
- İdeal vücut ağırlığına ulaştıracak ve koruyacak enerji gereksinimi ve vitaminler, mineraller, tüm esansiyel besin maddelerini sağlamak,
- İnsülinle tedavi olan hastalarda hipoglisemi, akut ve kronik komplikasyonlar ve egzersizle ilişkili sorunları önlemek ve tedavi etmek,
- DM'li hastaların yaşamı boyunca uygulayabileceği bireye özgü beslenme düzeni sağlayarak, yaşam kalitesini yükseltmektir [14, 16, 23, 27].

Tıbbi beslenme tedavisinde günlük enerji gereksinimi bireyin vücut ağırlığına göre hesaplanmaktadır. Günlük enerjinin %10-20'si proteinden sağlanmalıdır. Günlük protein tüketiminin yetişkinler için 0,8 gr/kg olması önerilmektedir. Diyetteki kalorinin %80-90'ı yağlar ile karbonhidrattan sağlanması ve bitkisel kaynaklı doymamış yağların tercih edilmesi önerilmektedir [33].

Amerikan Diyabet Birliği ve İngiliz Diyabet Birliği'nin önerilerine göre enerjinin %50-60'ı karbonhidratlardan sağlanmalıdır. Genellikle DM'li hastaların beslenmesinde basit şekerler kompleks karbonhidratlara oranla hızlı emildikleri ve hiperglisemiye neden oldukları için kısıtlanmaktadır. Kompleks karbonhidratlarla birlikte, diyetin posa içeriğinin artırılması önerilmektedir. Elma, greyfurt, limon gibi meyveler, yulaf kepeği, kuru baklagiller çözümlü posa içermektedir. Çözümlü posa içeren maddeler karbonhidratların sindirimi ve emilimini yavaşlatarak yemek öncesi kan glukozunun yükselme hızını düşürerek, insüline olan gereksinimi azaltmaktadır. Tokluk hissi vererek, kilo verme ve ideal ağırlığın korunmasını sağlamaktadırlar. Kolesterol ve düşük dansiteli lipoproteinini düşürülmesi üzerine etkileri bulunmaktadır [23, 24]. Kontrollü diyabetli bireylerde vitamin gereksinimleri, sağlıklı bireylerle aynıdır. E vitamininin, sağlıklı ve diyabetli bireylerde insülin yanıtını düzeltmesi antioksidan etkisiyle açıklanmakta, 100-200mg/gün E vitamini önerilmektedir. D vitamini yetersizliğinin

insülin salınımını azalttığı, D vitamini yetersizliği riskinin diyabetli bireylerde daha yüksek olabileceği düşünülmektedir [34].

Diyabetes Mellitus'da alkol kullanımı kan glukozunu etkilemektedir fakat bu durum alınan alkol miktarına bağlı olmayıp birlikte tüketilen besinler ile de ilişkilidir. DM'yi etkin yöneten hastaların orta seviyede alkol kullanımı kan glukoz düzeyini etkilememektedir. Kadınlar için bir ölçü, erkekler için iki ölçü (1 ölçü=350cc bira, 140cc şarap) dengeli yemek öğünü ile birlikte alınabilmektedir. Kan glukoz düzeyi kontrolü sağlanamayan, obez, nefropatisi gelişen, hipoglisemi atakları yaşayan DM' li hastaların alkol kullanması önerilmemektedir [35].

Tip 1 DM tedavisinde temel ilke, hastanın beslenme alışkanlıklarına göre öğün planlaması yaparak bu planı insülin tedavisi, yemek ve egzersiz ile bütünleştirmektir. Tip 1 DM' li hastalara üç ana, 3-5 ara öğün olmak üzere 6-8 öğün beslenme önerilmektedir. Tip 2 DM tedavisinde temel ilke, glisemi regülasyonu ile birlikte lipid ve kan basıncı düzeylerinin kontrolünü sağlamaktır. Tedavide öncelikli hedef bireyin ideal ağırlığına ulaşmasıdır. Tip 2 DM' li hastalara günlük enerji üç ana, 2-3 ara öğün beslenmesi önerilmektedir [23, 24, 27, 34].

2.3.3.Fiziksel Aktivite

Diyabetes Mellitus'lu hastalar için aktivite ve egzersiz tedavi planının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Fiziksel olarak aktif olmak genel sağlığa yararları ve kilo kaybını kolaylaştırması bakımından önemli olmakta, düzenli fiziksel aktivite insülin direncini azaltmakta ve yüksek riskli kişilerde tip 2 DM'yi önlemektedir. Diyabetli bireylerde aerobik egzersizler (tempolu yürüme, koşma, yüzme) ve kas gücünü artırmak için gerilme, esneme hareketleri yapılması tercih edilmektedir [36].

Egzersizden önce plazma glukozu 100 mg/ dl den düşükse 15 gr karbonhidrat (bir dilim ekmek, bir adet meyve) alınması önerilmektedir. Plazma düzeyi 250 mg/dl den yüksekse eğer egzersiz yapılmaması gerekmektedir. Egzersizin aç karnına veya yemekten hemen sonra yapılması sakıncalı bulunmaktadır [37].

Erişkin DM'lilerin haftada en az üç gün, orta yoğunlukta egzersiz yapmaları önerilmektedir. DM'li hastaların gün içinde 90 dakikadan uzun süre hareketsiz oturmamaları, herhangi bir fiziksel engel veya kontrendikasyon yoksa bireylerin haftada iki gün egzersiz yapmaları önerilmektedir (40 dakika bisiklete binme, 30 dakika bisiklete binme, 30 dakika dans veya masa tenisi) [36, 37].

2.3.4. Bireysel Yönetim

Diyabetes Mellitus'un tedavisi ve kontrolünde beklenen sonuç, hastanın bireysel yönetimini sağlayabilmesi ve kan glukozunun normale yakın değerlerde tutarak oluşabilecek sorunların engellenmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesini sağlamaktır. Hastaların bu hedeflere ulaşırken istekli olmaları, yaşamını düzenlerken yeterli olmaları önemlilik taşımaktadır. Davranışta değişim, rejime uyum, kan glukozunun normale yakın değerlerde olması beklenmektedir. DM'li hastaların düzenli olarak ilaçlarını, aktivitesini ve beslenmesini planlaması ve uygulaması gerekmektedir [38, 39].

Bireysel yönetiminde amaç en az tıbbi müdahale ile hedef glisemik değerlere ulaşmaktır. İnterdisipliner ekip anlayışı ve bütüncül bakımı merkeze almak önemlidir. Hemşire, hekim ve diyetisyenin yer aldığı multidisipliner bir diyabet ekibi tarafından hastaların değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastaların eğitim, danışmanlık, tedavi sürecinde hastalığı yönetmesine yardımcı olurken, bireyler fiziksel ve psikolojik bir bütün olarak ele alınmalıdır. Bireylerin söylediklerini dinlemek, hedefler belirlemek, problem çözme becerilerini geliştirmek, onları öğrenme sürecine dahil edecek bir eğitim ve program planlamak gerekmektedir [40, 41].

Diyabet eğitimi hasta ve eğitici arasında karşılıklı etkileşim ve işbirliği gerektirmektedir. Eğitim süreci ve takibinde amaç; hastaların hastalığı etkin yönetebilmesi ve uygun öz-bakım davranışları geliştirmesini sağlamaktır. Hemşirelerin; DM' li bireyin ve aile üyelerinin eğitim gereksinimlerini karşılama, bireylere danışmanlık hizmeti, hasta bakımı, değişimin temsilcisi olma, kaynak olma, araştırma yapma, politik kararlarda etkili olma, çalışmalarını organize etme, sağlık profesyonellerini eğitme gibi rolleri bulunmaktadır [41].

Araştırmalarda diyabet hemşirelerinin hastalara diyabet eğitimi verdikleri, ancak hastaların sosyokültürel ve eğitim düzeylerinin hastalığa uyum u zorlaştıran engeller olduğunu ve verilen eğitimi yaşam tarzlarına yansıtmadıklarını göstermekte ve en çok diyet ve insülin tedavisinde uyumsuzluklar yaşandıkları belirtilmektedir[42, 43]. Hemşireler, etkin bir eğitim için hastanın sosyo-kültürel yapısının da dahil edildiği eğitim sürecinde, broşürlerden, telefon görüşmelerinden, slaytlardan, afişlerden, internetten, medyadan yararlanmalıdırlar. Hemşireler, diyabet bakım kalitesini geliştiren, DM'li bireyin kendi yönetimini başarmasını sağlayan sağlık profesyonelleridir. Hemşirelerin verdikleri diyabet eğitimleri ile kan glukoz düzeyleri korunabilmekte, diyabetin akut ve kronik komplikasyonları önlenabilmekte, yaşam kalitesi ve psikososyal iyilik hali sağlanabilmektedir [38, 41, 44].

2.4.Diyabetes Mellitus' a Bağlı Sorunlu Alanlar

Diyabetes Mellitus fiziksel sorunlarla birlikte psikososyal sorunlara neden olan bir hastalıktır. Fiziksel sorunların varlığı, kan glukoz düzeyinin bozulmasına, psikososyal sorunlara neden olabilmekte, psikososyal sorunlar özbakım davranışlarını etkileyerek fiziksel sorunların gelişmesini hızlandırabilmektedir [45].

2.4.1.Fiziksel Sorunlar

Diyabetes Mellitus'lu hastaların kan glukoz düzeyinin bozulması, küçük ve büyük damarlarda hasara ve sinirlerin harabiyetine neden olabilmektedir. Hastalarda gelişen bu sorunlar komplikasyon olarak tanımlanmaktadır. Komplikasyonlar akut ve kronik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır [14, 16, 27].

2.4.1.1.Akut Komplikasyonlar

Diyabetes Mellitus'da kan glikozunun kısa dönemde dengesizliği ile ilgili üç önemli komplikasyon oluşmaktadır. Bunlar; hipoglisemi, diyabetik ketoasidoz ve hiperglisemik, hiperosmolar nonketotik koma olarak görülmektedir [46].

Hipoglisemi gelişen hastalarda, kan glukoz düzeyi 50-60 mg/dl değerinde ya da altındadır. Bireylerin hipoglisemi yaşamalarının sebepleri, fazla dozda insülin uygulamak, öğün atlamak veya aşırı fiziksel aktivite olabilmektedir. Hipoglisemi günün her saatinde gelişebileceği gibi, sıklıkla öğünlerden önce ya da ara öğün alınmamışsa gelişmektedir. Hafif hipoglisemide kan glukoz düzeyi düşerken, sempatik sinir sistemi fazla adrenalin salgılanmasına neden olmaktadır. Bu durumda terleme, tremor, taşikardi, çarpıntı, anksiyete, solgunluğa neden olabilmektedir. Hipoglisemide beyin dokusu hücrelerinin başlıca enerji kaynağı olan glukozun azalmasına bağlı, merkezi sinir sistemi fonksiyonlarında bozulma belirtileri ortaya çıkabilmektedir [46, 47].

Diyabetik ketoasidoz dolaşımdaki insülinin belirgin olarak azalması ya da hiç olmaması sonucunda gelişmektedir. Kanda insülin eksikliği olduğunda glukoz hücre içine girememekte, depolanamamakta ve metabolize edilememektedir. Glukagon sekresyonu ile karaciğerde glukoz yapımı artmaktadır. Böylece hiperglisemi gelişmektedir. Böbrekler artan glukozu vücuttan uzaklaştırmak için, glukozla birlikte su ve elektrolitleri de idrar ile atmaktadır. Stres hormonları, yıkımı artırmaya başlamakta, insülin yokluğunda artan lipoliz sonucunda biriken fazla miktardaki serbest yağ asitleri, karaciğerde keton cisimciklerine dönüşmekte, fazla hidrojen

iyonu birikimine yol açarak, fazla miktarda su ve elektrolit kaybına neden olmaktadır. Bunun sonucunda metabolik asidoz ortaya çıkmaktadır. Keton cisimlerinin artması ve asidoz belirtisi olarak bulantı, kusma, abdominal ağrı, kusmaull solunum gelişmekte, ağızda aseton ya da şekerli meyve kokusu görülmektedir [48].

Hiperglisemik hiperozmolar nonketotik koma durumunda hastalarda ketoasidoz gelişmezken yüksek derecede hiperglisemi görülmekte, plazma hiperozmolalitesi, dehidratasyon ve bilinç değişiklikleri gelişmektedir. Glukoz yapımı ile atılımı arasında bir dengesizlik olmaktadır. Hiperglisemiden sorumlu hormon diyabetik ketoasidozdaki gibi glukagondur. Portal vende glukagon/ insülin oranının yüksekliği karaciğerde glukoneogenezisi ve glikojenolizi artırmakta ve hiperglisemiye neden olmaktadır. Hipergliseminin yol açtığı ozmotik diürez, su kaybı, dehidratasyon ve hiperozmolariteye neden olmaktadır. Dehidratasyon ve hipovolemi glukagon, kortizol ve katekolaminler gibi hormonların salınımını artırarak, hipopotasemi insülin salınımını bozmakta ve hiperglisemi ağırlaşabilmektedir. Hipovolemi ile beraber böbreklere giden kan akımı azalmakta ve glukoz klirensi düşmektedir. Santral sinir sistemi fonksiyonlarının bozulmasıyla sıvı alımı ve idrar hacmi azalmakta glisemi daha çok yükselmektedir [39, 46].

Diyabetes Mellitus'da hastalar akut fiziksel sorunlardan korunabilmek için düzenli aralıklarla kan glukozu ölçme ve hipo-hiperglisemi belirtilerini öğrenmelidir. Tekrarlayan akut fiziksel sorunlar bireylerde bilinç kaybı, boğulma tehlikesi, düşme ve ölüm korkusuna neden olabilmektedir [44]. Myers ve ark. (2007)' nın çalışmasında DM'li hastaların hipoglisemiyi ölüm tehdidi olarak algıladığı, bilinç kaybına neden olan şiddetli hipoglisemi atakları sonrasında travma sonrası stres bozukluğu semptomları yaşadıkları bunun sonucunda da yaşam kalitesinin düştüğünü bildirmektedir [49].

2.4.1.2.Kronik Komplikasyonlar

Diyabetes Mellitus'da hastaların yaşam süresi arttıkça kalıcı fiziksel sorunların gelişme riski de artmaktadır. Morbidite ve mortalitenin en önemli nedenleri arasında kronik komplikasyonlar yer almaktadır. Takip ve tedavi sürecindeki aksaklıklar zamanla organlarda fonksiyonu bozabilmekte, sistemlerin çalışmasını etkileyebilmektedir. Kanda fazla biriken glikoz, dolaşım sistemi içinde kaldığından damarları ve sinirlerin yapısını bozmaktadır. Küçük kan damarlarının hasara uğramasıyla mikrovasküler bozukluklar, büyük kan damarlarının hasara uğramasıyla makrovasküler bozukluklar, periferik sinirlerin hasara uğraması durumunda diyabetik nöropati, ayaklarda ortaya çıkan bozukluklarda diyabetik ayak oluşabilmektedir [50].

Büyük damalarda gelişen bozukluklar, ateroskleroz olarak bilinen damar sertliği olarak tanımlanmaktadır. Kan damarlarının duvarları kalınlaşmakta, sertleşmekte ve plakalar ile tıkanmaktadır. Damarlarda ateroskleroz, hipertansiyon, kalbi besleyen damarlarda; iskemik kalp hastalıkları, miyokard infarktüsü, beyin damarlarında tıkanma ve kanamaya bağlı olaylar, inme, iskemik felç gibi serebrovasküler ataklar gelişebilmektedir [51].

Diyabetik mikrovasküler hastalıklar, yüksek kan glukozunun kapiller bazal membranı kalınlaştırmasıyla oluşmaktadır. Diyabetik retinopati, gözlerin hasar görmesi ve görme kayıplarına neden olabilmektedir. Retina vücut dokuları arasında en çok oksijen tüketme hızına sahip olma özelliği ile gözün en önemli kısmıdır. Kan glukoz düzeyinin yüksekliği kapillerde harabiyete neden olmakta, kan akımının azalması ile doku anoksisi gelişmektedir.

Mikrovasküler değişiklikler mikro anevrizma, hemoraji, eksüda, kapiller kapanma ve ilerleyen süreçlerde maküler ödemle birlikte görme bozukluklarına neden olmaktadır [50].

Diyabetin başlangıcından sonra, özellikle kan glukoz düzeyi yüksek olduğunda, böbreklerin filtrasyon mekanizması zorlanmakta ve proteinler filtrasyon membranından geçerek idrar ile atılmaktadır. Nefropatinin erken dönemlerinde mikro albüminüri görülmekte, ilerleyen süreçte glomerül filtrasyon hızı azalarak ciddi proteinüri ortaya çıkmaktadır. Son dönem böbrek yetmezliğinin tek ve en yaygın nedeni diyabetik nefropati olarak bildirilmektedir [52].

Diyabetik nöropati ile periferik, otonomik, spinal sinirler dâhil bütün sinir tipleri etkilenmektedir. Uzun yıllar glukoz düzeyinin yüksek devam etmesi nöropatinin etiyolojisini oluşturmaktadır. Nöropatide vasküler veya metabolik mekanizma etkili olabilmektedir. Kapiller membran kalınlaşarak, kapillerde tıkanıklık olabilmektedir ya da hiperglisemi ile sinirlerde demiyelizasyon olabilmektedir. Sinir iletimi miyelin tabakasının demiyeline olduğu kısımda kesintiye uğramaktadır. Ayaklarda uyuşukluk, ağrı, yürüyüş bozuklukları oluşmaktadır [53].

Diyabetes Mellitus'da hastalarda en sık görülen fiziksel sorunlardan bir diğeri ise periferik nöropatidir. Kapiller membrandaki kalınlaşma, tıkanıklık ve sinirlerde demiyelizasyon sonucunda nöropati ve immün bozukluk nedeniyle, diyabetik ayak sorununa neden olmaktadır. Nöropati nedeniyle ağrı duyusunun algılanması bozulur. Derin tırnak kesisi, cilt kuruluğu, sıcak ve soğuk gibi mekanik etkilerin algılanması bozulmaktadır. Damarlarda oluşan anjiyopati nedeniyle doku beslenmesi bozulmakta, ülser ve enfeksiyon oluşumu hızlanmaktadır [53, 54].

Kronik fiziksel sorunlar hastaların yaşamında şiddetli kısıtlama ve engellemelere neden olmaktadır. Hastalar birine bağımlı olma duygusu, rol kaybı, beden imajında bozulma gibi durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Yaşanan fiziksel sorunlara depresif bozukluklar eşlik etmekte ve yaşam kalitesi düzeyinde azalma bildirilmektedir [55].

Kalantari ve ark. (2014)'nın çalışmasında retinopati ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bildirilmektedir [56]. Yekta ve ark. (2011)'nin diyabetik ayak ülseri olan ve diyabetik ayak

ülseri olmayan DM'li hastaları karşılaştırdığı çalışmasında, ülser olan hastalarda; fiziksel işlevsellik, fiziksel işlevselliğe bağlı rol kaybı, duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlamaları ve sosyal işlevsellik düzeyin daha düşük olduğu ve daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını bildirmektedir [57].

2.4.2.Psikososyal Sorunlar

Diyabetes Mellitus'da hastalar tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi yeni bir yaşama uyum sağlama çabasıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Kendisi bir hastalık olarak stres faktörü olmasıyla birlikte, beraberinde getirdiği yaşam tarzı değişiklikleri bireylerin kaygı yaşamalarına neden olmaktadır. Hastalar çoğunlukla yeni yaşantıları ve DM tanısı konulmadan önceki dönemlerindeki yapmadıklarının pişmanlığı arasında kalmaktadırlar. Bu dönemde kendilerini sorgulayabilmekte, duygusal açıdan sorunlar yaşayabilmekte ve kaygı duyabilmektedirler [58].

Endokrin sistem hastalıklarında beyin işlevleri etkilenebilmektedir. Beyin fizyolojisini değiştiren hastalıklarda bireylerde davranış, duygulanım ve düşünce bozuklukları ortaya çıkabilmektedir. Hastaların aile ilişkileri, iş yaşamı etkilenebilmekte ve rol kaybı yaşanabilmekte, bağımlı olma endişesi, öfke, içe kapanma, çaresizlik, sosyal izolasyon, depresif görüntü, ümitsizlik, ölüm korkusu, gibi psikososyal sorunlar ortaya çıkabilmektedir [59].

Diyabetes Mellitus'da hastalar beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi, kan glukozunun izlemine kapsayan karışık ve özyönetim gereken bir süreç yaşamaktadırlar. Hastaların birçoğu komplikasyonlarla ilgili endişe, düşük kan glukozu korkusu, düzenlenemeyen kan glukozu ile ilgili suçluluk duygusu ve depresif duygular hakkında endişelere yanıt olarak duygusal yükler yaşayabilmektedirler. Bu olumsuz duygusal yükler diyabete bağlı duygusal sorunlar olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Diyabet Birliği ve İngiliz Diyabet Birliği sağlık profesyonellerinin hastaların duygusal sorun düzeylerini rutin ve etkili bir şekilde değerlendirmelerini önermektedir [60].

Düşük kan glukozu hedef glisemik değerlere ulaşmada engel olarak bilinmektedir. Şiddetli ve tekrarlayan hipoglisemi de bireyler korku duymakta ve metabolik kontrol olumsuz etkilenebilmektedir. Hastalar bu durumu önlemek için aşırı yemek yeme, düşük doz insülin uygulama ya da günlük aktivitelerini kısıtlayarak baş etme stratejileri geliştirebilmektedirler. Bu davranışlar hastaların metabolik kontrollerinin bozulmasına ve diyabete bağlı sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Erol ve İnce (2011)' nin çalışmasında

insülin kullanan bireylerin hipoglisemiye daha çok önemseddiği, önlemek için daha fazla çaba gösterdiği, daha fazla endişe ve korku sergilediği bildirilmektedir [61].

Diyabetes Mellitus'da hastaların verdikleri duygusal yanıtlar bireylerin kişilik özelliklerine, DM'nin tipine, hastanın metabolik kontrolüne ve hastanın kendisini yönetme davranışlarını öğrenme isteğine bağlıdır. Hastaların en sık verdiği duygusal yanıtlar; inkar, kızgınlık, depresyon, anksiyete, günlük aktiviteleri yapmada isteksizlik, çalışma ve öğrenmede isteksizliktir. Bu duygusal yanıtlar DM'li hastanın ailesinde de görülebilmektedir. DM' de hastanın psikolojik durumu ve kendine bakım davranışları aile fonksiyonundan etkilenebilmektedir [62]. Eğer ailede dengeli ilişkiler, iş birliği varsa, çatışmalar az, rol karmaşası yoksa hastalığa psikososyal uyumun iyi olduğu; ailede aşırı koruyucu, endişeli, kontrol edici, yönlendirici tutum sergileniyorsa hastalığa uyumun kötü olduğu bildirilmektedir. Kaymaz ve Akdemir (2016)' in diyabetli bireylerin hastalığa psikososyal uyumlarını incelediği çalışmasında bireylerin en sık sağlık bakım uygulamalarında uyumda, iş yaşantısı, cinsel yaşam ve psikolojik baskı alanlarının psikososyal uyumu etkilediğini bildirmektedir [63].

Diyabette en sık görülen psikiyatrik durumlar anksiyete ve depresyon olarak bildirilmekte, genel nüfusa göre daha yüksek görülmektedir. Depresyon yaşayan diyabetli bireylerin uyumu, tedaviye yanıtı, yaşam kalitesi, diyabetin prognozu etkilenmekte, mortalite ve morbiditeyi artırmakta, diyabetin yönetimini güçleştirmektedir. Diyabetin kontrolü için psikososyal sorunların erken tanınması ve önlenmesi için girişimlerde bulunmak gerekmektedir [64]. Sopjani ve ark.(2016)' nın 200 tip 2 DM'li bireyler ile yaptıkları çalışmalarında 133 hastada depresif belirti saptamış olup, majör depresyon ile fiziksel aktivite arasında ters yönlü ilişki olduğunu bildirmektedirler [65].

Hemşirelerin, daha iyi DM kontrolünü sağlayan sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürme konusunda hastaya güvenini sağlaması için büyük sorumlulukları bulunmaktadır [61]. DM tanısı konan hastalara tanı aşamasından itibaren fiziksel sorunların yanı sıra yaşayabileceği duygusal tepkileri değerlendirmesi hastaların hastalığa ve tedaviye uyumunu artıracaktır. DM' de hastaların bilgi ve deneyimini artırarak olumlu davranış kazandırmak, fiziksel ve psikososyal sorunları önlemektedir. Hastalığın doğru anlaşılmasının sağlanması, sorunların tanınması, çözüm yollarının tartışılması bireylerin tedavi sürecine aktif katılımını sağlayacaktır [64]. DM' de hastalara psikososyal bakımla ilgili destek sağlanması, hemşirelerin eğitim ve danışmanlık bilgi ve becerileri ile hastalara ve aile üyelerine olumlu davranış kazandırması, belirli aralıklarla kontrol etmeleri sorunların erken tanınmasını sağlayacaktır [66].

2.5.Diyabete Bağlı Sorunlu Alanların Yaşam Kalitesine Etkisi

Yaşam kalitesi; bireylerin yaşamdaki amaçları, beklentileri, standartları, gelecek hakkındaki endişeleri ile ilgili kişilerin algısı olarak tanımlanmaktadır. Hayatın kalitesi önemlidir çünkü yok sayılması hayal kırıklığına, motivasyon eksikliğine, sosyal, ekonomik, kültürel ve sağlık işlevlerinde azalmaya neden olabilmektedir. Yaşam kalitesinin yükseltilmesi sağlığı geliştirme aşamasıdır [67].

Yaşam kalitesinin nesnel göstergeleri fiziksel iyilik durumu, çalışma durumu, fiziksel aktiviteleri yapabilirlik, fiziksel yetersizlik, hastalık belirtileri ve sağlık durumu ile ilgili konuları kapsamaktadır. Öznel göstergeler ise kişilerin yaşamdan algıladıkları, hissettikleri tatmin duygusu, yaşam doyumudur. Sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi bir tanıya veya uygulanan bir tedaviye bağlı olarak fiziksel, duygusal ve sosyal boyutları olan bir kavram olarak tanımlanmaktadır [68].

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı sadece hastalığın olmaması değil, fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlar yönünden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. DM'li hastalarda yaşam kalitesinin tedavi sonucunun bir göstergesi olduğu genel olarak kabul edilmektedir. Son yıllarda sağlık bakım profesyonellerinin geleneksel tedavinin yanı sıra, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına, yani yaşam kalitesine yöneldikleri görülmektedir. Yaşam kalitesi geniş bir alanı kapsayan bir kavram olmakla birlikte bireyin fiziksel sağlığını, psikolojik durumunu, inançlarını, sosyal ilişkilerini etkilemektedir. DM'de hastaların diyet kısıtlamaları, insülin tedavisi, diyabete bağlı gelişen fiziksel komplikasyonlar ve psikososyal sorunlar yaşam kalitesini etkileyebilmektedir [69, 70].

Gülseren ve ark. (2001)'nın 180 DM' li hastada depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yeti yitimi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, fiziksel sorunların varlığı, yeterli metabolik kontrolün sağlanamaması, hastalık süresinin uzaması, depresyon ve anksiyeteye neden olduğunu, yaşam kalitesinin bozulduğunu bildirmektedir [71]. Koç ve ark. (2015)'nın DM2 li bireyler ile yaşam kalitesi ve ilişkili faktörleri incelediği çalışmalarında ise hastaların diyabeti kabullenmekte zorlandığı, yıllarca sürecek ilaç tedavisinden korktukları, hastalıkla ilgili duydukları şeylerin aynısını yaşamaktan korktukları, her şeyin sonu gelmiş gibi hissettiklerini ve diyabetin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediğini belirtmektedirler [72].

Diyabetes Mellitus'un kronik doğası, hastalarda fiziksel, zihinsel, kişisel ve sosyal performansını etkilemekte, bu nedenle hastalarda sağlık ve yaşam kalitesinin çeşitli yönlerini kontrol etmek gerekmektedir. DM, bireylerin yaşam kalitesini tehdit eden, akut ve kronik komplikasyonlara yol açabilen, birçok ülkede morbidite ve mortalitenin önemli bir nedeni olan ciddi bir sorundur. DM'ye bağlı fiziksel ve psikososyal sorunlar hastalarda yaşam kalitesi

üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Hastaların ve ailelerinin, toplumun ekonomik koşulları etkilenebilmektedir. DM'yi kontrol etmenin en temel amaçlarından birisi yaşam kalitesini arttırmaktır [73].

Diyabetes Mellitus tanısı konan hastaların yaşamında pek çok değişiklik meydana gelmekte, olumsuz psikolojik etkiye, DM' nin gelecekteki etkileri hakkında endişeye, sosyal ve mesleki kaygıya neden olabilmektedir [74]. Çıtıl ve ark. (2012)' nin 150 kadın ve 150 erkek DM' li hasta ile tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisini incelediği çalışmalarında, hastaların fiziksel rol sınırlamasının daha fazla olduğu, sosyal fonksiyonelliğin daha düşük olduğu, DM' nin hastaları kısıtladığını ve yaşam kalitesini bozduğunu bildirmektedir [75].

Hastalarda komorbid duygu durum bozukluğu, orta veya ağır derecede depresif belirtiler, depresyon ve anksiyete bozukluğu görülebilmektedir. Depresyon ve anksiyete beraberinde hastaların tedaviye uyumunu, tedaviye cevabını, hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkilemektedir. Özbakım ve yaşam kalitesinde bozulma diyabete bağlı sorunların artmasına neden olmaktadır. Hastalarda depresyon ve anksiyete tedavi edildiğinde psikolojik sorunların azalmasıyla birlikte glisemik kontrol de sağlanmaktadır. DM tedavi rehberleri hastaların duygusal sorunlarını taramayı, psikolojik sorun saptananların tedavi edilmesini önermektedir. DM'de hastalara daha iyi sağlık olanaklarının sunulması, diyabete bağlı sorunların erken dönemde saptanması, yaşam kalitesinin artırılabilmesi için multidisipliner ve bütüncül bir yaklaşım benimsemek gerekmektedir [76].

Diyabetes Mellitus' un varlığı, komplikasyonlar, zayıf glisemik kontrol, kadın olmak, insülin tedavisi ve diyet kısıtlamaları düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmektedir. Psikolojik sıkıntıların glisemik kontrol üzerine olumsuz etkilerine ilave olarak DM ile ilgili sorunlar sağlıklı ilişkili yaşam kalitesini de bozabilmektedir. Tedavi sonuçlarını ve hasta ihtiyaçlarını değerlendirmek için, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin önemi gittikçe daha fazla fark edilmektedir. Co ve ark. (2015)' nin 594 hasta ile Tip 2 DM' de psikolojik sorunların davranışsal etkileri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmalarında kötü glisemik kontrolün hastalarda majör depresif bozukluğa neden olduğu, depresyon ile ilişkili kaygı, üzüntü, hayal kırıklığı yaşadıkları, yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir [77].

Hastaların öz bakım davranışlarının azalması ve glisemik kontrollerinin zayıflaması yaşam kalitelerinin azalmasıyla ilişki olabilmektedir. Papelbaum ve ark. (2010)' nin Tip 2 diyabetli bireylerin glisemik kontrolleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmalarında, HbA1C düzeyi yüksek olan hastalarda depresif belirtilerin daha fazla görüldüğü yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirmektedirler [78].

Hastaların yaşadığı korku, endişe, üzüntü gibi duygusal sorunlar DM'yi kabul etmemelerine neden olabilmekte dolayısıyla fiziksel sorunlara neden olabilmektedir. Hemşireler

hastalarla daha fazla zaman geçiren meslek grubu olarak hastaların duygusal sorunlarını saptamada rol oynayabilirler. Duygusal sorunlar özbakımı etkileyebilir, kendi kendine yönetim davranışlarını değiştirebilir, iyi glisemik kontrol olasılığını bozabilir. Duygusal sorunların tedavisi ise diyabet eğitimi kolaylaştırabilir ve yaşam kalitesini iyileştirebilir. Hemşirelerin DM' li hastaların erken dönemdeki duygusal sorunlarını değerlendirmeleri, psikososyal destek ve danışmanlık sağlamalarını bireylerin yaşam kalitesini yükseltmelerinde önemli bir rolü bulunmaktadır [79, 80].



3.MATERYAL VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Diyabetes Mellitus'u olan hastaların hastalığıyla ilgili algıladıkları sorunlu alanların yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapılacağı Yer Ve Özellikleri

Araştırma Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde bulunan endokrinoloji polikliniklerinde yapılmıştır. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde bulunan endokrinoloji polikliniklerine ortalama olarak günde 100 hasta başvurmaktadır. Endokrinoloji polikliniğinde bir adet biyopsi ve ultrasonografi odası, kan alma/ enjeksiyon odası, toplantı odası, dört adet muayene odası bulunmaktadır. Poliklinikte dört hekim, bir diyabet hemşiresi, iki sekreter ve bir personel görev yapmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi endokrinoloji polikliniklerine 1 Aralık 2016 -30 Mayıs 2017 tarihleri arasında başvuran ve DM tanısı olan 1000 hasta oluşturmuştur.

3.4.Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın verilerini toplamak için kullanılan Diyabette Sorunlu Alanlar Ölçeği ve Diyabette Yaşam Kalitesi Anketi arasındaki en az %30'luk bir korelasyon ve demografik alt gruplarda en az 50 kişi olması halinde yapılan istatistik hesaplamaların tip bir hata %5'de ve en az %80'de güç ile anlamlı olabilmesi için e-picos programı yardımıyla çalışmanın örneklemini 200 hasta olarak saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda 01 Aralık 2016-30 Mayıs 2017 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi endokrinoloji polikliniklerine DM tanısıyla başvuran ve araştırmanın kriterlerini karşılayan 200 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Hastaların araştırmaya dahil edilme kriterleri;

-18 yaşından büyük ve en az altı ay önce DM tanısı almış,

-Fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanacak formları cevaplamaya uygun,

-İletişim sorunu olmayan ve

-Gönüllü bireyler dahil edilmiştir.

Hastaların araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

-18 yaşından küçük olan,

-Fiziksel ve bilişsel düzeyi araştırmada uygulanacak formları cevaplamaya uygun olmayan,

-İletişim sorunu olan,

-Araştırmaya katılmak istemeyen bireyler dahil edilmemiştir.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri, polikliniklere başvuran DM tanısı olan hastaların tanıtıcı bilgilerini içeren “Kişisel Bilgi Formu” (Ek-1), hastalığıyla ilişkili algıladıkları sorunlu alanları belirlemek amacı ile uygulanan “Diyabette Sorunlu Alanlar Ölçeği” (Ek-2), DM’ li hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile “Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi” (Ek-3) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1.1.Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Kişisel bilgi formu DM tanısı olan hastalarda hastalıklarıyla ilişkili algıladıkları sorunlu alanları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi etkileyebileceği düşünülen bazı kişisel, sosyo-demografik özellikler, yaşam şekli, ilaç tedavisi, DM ve kontrolüne yönelik davranış özelliklerini belirlemek amacı ile oluşturulmuştur [72, 81, 82]. Bu formda yer alan sorular iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sosyo-demografik özelliklere ilişkin sorular yer almaktadır. İkinci bölümde DM’nin süresi, tedavi şekli gibi klinik özellikler ve sağlık durumuna ilişkin sorular yer almaktadır. Birinci bölümde dokuz, ikinci bölümde altı soru olmak üzere toplam 15 soru yer almaktadır.

3.5.1.2.Diyabette Sorunlu Alanlar Ölçeği (EK-2)

Diyabette Sorunlu Alanlar Ölçeği, Polonsky ve ark. (1995) tarafından Boston'da 1995 yılında geliştirilmiştir[83]. Ölçek, İngilizce olarak geliştirilmiş daha sonra İspanyol, Japon, Alman, Çin, Kore ve Danimarka dillerine çevrilerek kullanılmıştır. Diyabetes Mellitus'lu hastaların problem alanlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Beşli likert tipi ölçekte diyabette emosyonel distres ile ilgili 20 ifade bulunmaktadır. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır ve “problem değil=0”, “biraz problem=1”, “orta derecede problem=2”, “az ciddi problem=3” ve “ciddi problem= 4” seçeneklerden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınmaktadır ve ham puan 1.25 ile çarpılarak gerçek puan elde edilmektedir. Ölçekten 0-100 arası puan alınmakta, alınan toplam puandaki yükselme hastanın yaşadığı problemlerin ciddiyetinin arttığını göstermektedir. Polonsky ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenirliği yapılmış ve Cronbach α güvenirlik katsayısı 0,90 olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması 2010 yılında Elkoca tarafından yapılmış, 2011 yılında ise Yılmaz tarafından yeniden yapılmıştır [81, 82]. Her iki çalışmanın da Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı yüksek (Sırasıyla; 0,88, 0,81) bulunmuştur. Çalışmamızda Yılmaz (2011) tarafından geçerlilik güvenirliği yapılan ölçek kullanılmıştır [82]. Yaptığımız araştırma da ise Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,84 bulunmuştur.

3.5.1.3.Diyabette Yaşam Kalitesi Anketi (EK-3)

Diyabette Yaşam Kalitesi Ölçeği (Diabetes Quality of Life: DQOL), Jacobson ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiştir [84]. Ölçek, İngilizce olarak geliştirilmiş daha sonra Arap, Çek, Danimarka, Alman, Yunan, İran, İsveç, Sırbistan, Japon, Norveç, Rus dillerine çevrilerek kullanılmıştır. DM'li hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek için kullanılan ölçek; tedaviden memnuniyet, tedavinin psikolojik etkisi, DM ile ilgili kaygı ve sosyal-mesleki kaygı olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlarda sırasıyla 15, 19, 4 ve 7 soru yer almakta ve ölçek 5'li likert tipte 45 sorudan oluşmaktadır.

Diyabet Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Yıldırım ve ark. (2007) tarafından geçerlik güvenirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. “**Tedaviden Memnuniyet**” bölümündeki yanıtlar, 5'den 1'e doğru puanlanmış olan; “çok memnun ediyor”, “orta derecede memnun ediyor”, “hiçbiri”, “az derecede memnun ediyor”, “hiç memnun etmiyor” seçeneklerinden, “**Tedavinin Psikolojik Etkisi, DM ile İlgili Kaygı ve Sosyal- Mesleki**

Kaygı” bölümlerdeki yanıtlar ise yine 5’den 1’e doğru puanlanmış olan; “hiçbir zaman”, “çok nadir”, “bazen”, “sıklıkla” ve “her zaman” seçeneklerinden oluşmaktadır. Her bir soruya verilen puanlar toplanıp gerçek puan saptanmaktadır. Ölçekten 45-225 arası puan alınmakta olup, ölçekten alınan yüksek puan iyi yaşam kalitesini göstermektedir. Ölçeğin Alpha güvenirlik katsayısı 0,94 olarak tespit edilmiş, Türk hastalar için uygun bulunmuştur [85]. Yaptığımız araştırmada ise Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı Tedaviden Memnuniyet için 0,89, Psikolojik Etki için 0,90, DM ile İlgili Kaygı için 0,75, Sosyal- Mesleki Kaygı için 0,74, Diyabet Yaşam Kalitesi toplam puanı için 0, 94 bulunmuştur.

3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi endokrinoloji polikliniğinde DM tanısı olan 10 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda veri toplama formunda değişikliğe gidilmemiştir. Uygulanan formlar araştırma verilerine dahil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler çalışmaya ilişkin etik kurul ve çalışma yapılacak kurumdan izinler alındıktan sonra çalışmaya katılan hastalara, çalışmanın amacı ve yöntemi açıklanıp, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Görüşmeler dikkati dağıtacak çevresel uyarılardan uzak, bire bir hasta mahremiyeti korunacak şekilde Mersin Üniversitesi Hastanesi Endokrinoloji Polikliniği toplantı odasında yapılmıştır. Kişisel Bilgi Formu çalışmacı ile birlikte doldurulmuş, Diyabette Sorunlu Alanlar Ölçeği ve Diyabet Yaşam Kalitesi Anketini hastaların kendilerin cevaplamaları istenmiştir. Kişisel Bilgi Formu’nu doldurma süresi 10 dk, Diyabette Sorunlu Alanlar Ölçeği’ni doldurma süresi 10 dk, Diyabette Yaşam Kalitesi Anketi’ni doldurma süresi 20 dk olmak üzere toplam 40 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler, merkezi limit teoremi uygunluk nedeniyle normallik testi yapılmadan parametrik testler kullanılmıştır [86]. Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında Excel programında kaydedilmiştir. Verilerin istatistik değerlendirmesinde AEK Araştırma Ltd. Şti. Mersin Teknopark şirketinden profesyonel hizmet alınmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 21 paket programı ve www.e-picos.com programından yararlanılarak yapılmıştır. Verilerin

çözümlemesinde ölçeklerde sürekli yapıdaki verilen istatistiği yapılırken ortalama ve standart sapma, özelliklerin minimum ve maksimum değerleri; kategorik değişkenleri tanımlarken frekans ve yüzde değerler kullanılmıştır. Ölçeklerin iki grup ortalamaları karşılaştırmak için Student's t test istatistiği, ikiden fazla grup ortalamaları karşılaştırmak için de One Way ANOVA test istatistiği kullanılmıştır. ANOVA ile farklılık tespiti halinde, Post Hoc test olarak Tukey kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arası ilişki durumunun değerlendirilmesi için Ki-Kare test istatistiği kullanılmıştır. Güvenirliği değerlendirmek için Cronbach's alpha değeri belirlenmiştir. Ölçekler ve alt grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Pearson Korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

3.8.Araştırmanın Etiği

Diyabetli Bireylerin Hastalığıyla İlişkili Algıladıkları Sorunlu Alanların Yaşam Kalitesine Etkisi' adlı araştırmaya ilişkin T.C. Mersin Üniversitesi Rektörlüğü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih:21/10/2016 sayı:2016/329) (EK-4), Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden (Tarih:02/11/2016, sayı:41993462-774.01.06) (EK-5) izin alındı.

3.9.Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırma verileri sadece bir üniversite hastanesinin endokrinoloji polikliniğine gelen hastalardan toplanmıştır. Araştırma sonuçları sadece bu örneklem grubu ile sınırlıdır.

4.BULGULAR

Bu bölümde, DM tanısı olan hastaların Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi ve Diyabette Sorunlu Alanlar Ölçeği arasındaki ilişkiyle ilgili bulgular istatistiksel analizleri yapılan tablolar halinde sunuldu.

Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı(n=200)

Sosyo- Demografik Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	127	63,5
Erkek	73	36,5
Yaş		
49 yaş ve altı	61	30,5
50-59	68	34,0
60-69	57	28,5
70 yaş ve üzeri	14	7,0
Eğitim Düzeyi		
Okur yazar Değil	18	9,0
Okur yazar/ İlkokul Mezunu	100	50,0
Ortaokul/ Lise	66	33,0
Yükseköğretim ve üstü	16	8,0
Medeni Durum		
Evli	159	79,5
Bekar	41	20,5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	69	34,5
Çalışmıyor	131	65,5
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	108	54,0
Gelir Gidere Denk	83	41,5
Gelir Giderden Fazla	9	4,5
Yaşadığınız Yer		
Köy	25	12,5
İlçe	36	18,0
Şehir	139	69,5
Birlikte Yaşadığınız Kişiler		
Yalnız	17	8,5
Eş ve Çocuklar	164	82,0
Akrabalar ile	19	9,5

Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1 'de verilmiştir. Araştırmaya katılan DM' li hastaların çoğunluğunun kadın (%63,5) , 50 yaş ve üzerinde (%69,5), okuryazar/ ilkököl mezunu (%50) , evli (%79,5), çalışmayan (% 65,5) ve gelir durumunun giderden az olduğu (%54) belirlendi. Hastaların yüksek oranda eş ve çocuğuyla (% 82) , şehirde yaşadığı (% 69,5) saptandı.

Tablo 4.2. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (n=200)

Klinik Özellikler	n	%
Dişabet Tanısından Sonra Geçen Süre		
1 Yıldan Az	24	12,0
1-5 Yıl	57	28,5
6 Yıl ve Üzeri	119	59,5
Dişabet Tedavisinde Kullanılan Yöntemler		
OAD	13	6,5
İnsülin	111	55,5
OAD ve İnsülin	128	64,0
İnsülin Kullanma Süresi		
1 Yıldan Az	12	9,4
1-3 Yıl	14	10,9
4-5 Yıl	19	14,8
6 Yıl ve Üzeri	83	64,8
DM ile İlişkili Sağlık Sorunu Varlığı		
Evet	110	55,3
Hayır	89	44,7
DM ile İlişkili Sağlık Sorunu*		
Nöropati	52	45,6
Nefropati	14	12,4
Retinopati	56	49,6
Ayak Yarası	18	15,8
Son 1 Yılda Hastaneye Yatma Durumu		
Evet	62	31,0
Hayır	138	69,0
Hastaneye Yatma Sayısı**		
1 Kez	40	64,5
2-3 Kez	16	25,8
4 ve Üzeri	6	9,7
Hastaneye Yatma Nedeni**		
Hipoglisemi	18	29,0
Hiperglisemi	40	64,5
Ayakta yara oluşması	4	6,5
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf(<18,5)	2	1,0
Normal(18,5-24,9)	42	21,0
Kilolu(25-29,9)	76	38,0
Obez ve Üstü(≥30)	80	40,0

*Birden fazla yanıt verilmiştir. Satır yüzdesi alınarak değerlendirme yapılmıştır.

**Son 1 yılda hastaneye yatan hastalar üzerinden hesaplanmıştır.

Hastaların klinik özellikleri Tablo 4.2’de verilmiştir. Katılımcıların yarısından fazlasının altı yıl ve üzerinde (% 59,5) DM tanısını aldığı belirlenmiştir. DM’ li hastaların çoğunluğu (% 64) tedavi olarak OAD ve insülini birlikte kullanmaktadır. İnsülin kullanan hastaların çoğu (%64,8) altı yıl ve üzerinde insülin kullanmaktadır. Hastaların yarısından fazlasında (%55,3) DM ile

ilişkili sağlık sorunu geliştiği belirlenmiştir. DM ile ilişkili olarak en sık görülen sağlık sorunlarının retinopati (%49,6) ve nöropati (% 45,6) olduğu tespit edilmiştir. Hastaların DM'ye bağlı olarak hastaneye yatma nedeninin çoğunlukla (% 64,5) hiperglisemi olduğu belirlenmiştir. DM'li hastaların çoğunluğunun (%78) kilolu, obez ve üstü olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

4.3.Hastaların Diyabet Yaşam Kalitesi ve Diyabetle İlgili Sorunlu Alanlar Ölçeği Puan Dağılımları (n=200)

Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi (DQOL)			
Alt Boyutları	n (Madde sayıları)	Min-Max Puan	Ort± SS
Tedaviden Memnuniyet	15	15-75	41,63±12,26
Tedavinin Psikolojik Etkisi	19	19-95	60,91±13,37
DM ile İlgili Kaygı	4	4-20	13,46±3,66
Sosyal- Mesleki Kaygı	7	7-35	30,26±4,52
DQOL Toplam	45	45-225	146,27±28,30
Diyabet ile İlgili Sorunlu Alanlar Ölçeği (DİSA)	20	0-100	54,61±14,56

Araştırmaya katılan hastaların Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi ile Diyabette Sorunlu Alanlar Ölçeği toplam puanlarının dağılımı tablo 4.3.'de gösterilmiştir. Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi alt ölçekleri madde sayısı açısından değerlendirildiğinde Sosyal Mesleki Kaygı alt ölçeği puan ortalaması (30,26±4,52) en yüksek, Tedaviden Memnuniyet alt ölçeği puan ortalaması (41,63±12,2 6) en düşük bulunmuştur. DİSA ölçeği puan ortalaması ise orta düzeyde (54,61±14,56) bulunmuştur.

Tablo 4.4. Hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre diyabet yaşam kalitesi anketi ve diyabet ile ilgili sorunlu alanlar ölçeği puanlarının dağılımı (n= 200)

Sosyo Demografik Özellikler	Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi (DQOL)					Diyabet ile İlgili Sorunlu Alanlar Ölçeği (DİSA)
	Alt Ölçek Boyutları				Toplam Puan	
	Tedaviden Memnuniyet	Tedavinin Psikolojik Etkisi	DM ile İlgili Kaygı	Sosyal-Mesleki Kaygı		
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS		Ort± SS
Ort ± SS						
Cinsiyet						
Kadın	41,29±12,20	60,26±13,52	12,90± 3,74	30,57±4,63	145,02±28,56	54,28± 14,85
Erkek	42,24±12,42	62,04±13,11	14,42±3,32	29,70±4,29	148,46±27,89	55,17± 14,13
p	0,6	0,37	0,004*	0,19	0,41	0,68
Yaş						
49 yaş ve altı	47,08±11,74	65,80±13,60	14,15± 3,96	27,89±6,21	154,92±30,37	50,06±15,67
50-59	40,46±10,37	61,57±12,44	13,22±3,13	31,01±3,32	146,26±24,42	55,11±14,18
60-69	38,34±13,16	56,63± 13,03	13,12±3,87	31,51±2,82	139,61±29,01	57,30± 13,52
70 yaş ve üzeri	36,38±12,03	53,57± 9,97	12,93±3,69	31,79± 2,15	134,38±24,63	60,98±10,64
p	<0,001*	<0,001*	0,36	<0,001*	0,01*	0,01*
Medeni Durum						
Evli	41,50±12,42	60,94±13,53	13,64±3,69	31,09±3,46	147,16±28,73	54,58±14,37
Bekar	42,15±11,76	60,83±12,85	12,76±3,48	27,02±6,38	142,73±26,56	54,73±15,46
p	0,77	0,96	0,17	<0,001*	0,38	0,96
Eğitim Düzeyi						
Okur yazar Değil	36,28±9,89	56,00±11,64	12,22± 3,35	30,83±4,02	135,33±22,86	56,81±8,83
Okuryazar/ İlköğretim	38,18±10,47	57,58±12,22	12,47±3,37	30,87±3,03	139,08±24,19	57,76±13,00
Ortaokul/ Lise	45,71±13,28	65,82± 13,83	14,55±3,71	29,27±5,94	155,35±31,99	50,83±16,87
Yüksekokul ve üstü	51,94±9,56	66,88±12,42	16,5±2,529	29,81±5,60	165,13±21,98	47,97±13,90
p	<0,001*	<0,001*	<0,001*	0,14	<0,001*	0,004*
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	46,91±11,02	67,55±12,33	14,84±3,48	28,46±5,79	157,77±27,47	49,46±15,21
Çalışmıyor	38,81±11,99	57,39±12,57	12,73±3,55	31,20±3,33	140,12±26,88	57,32±13,49
p	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Gelir Durumu						
Gelir Giderden Az	40,94±11,22	60,47±13,23	13,14±3,50	29,72±4,86	144,29±27,11	56,08±13,48
Gelir Gidere Denk	41,88±13,21	61,54±13,74	14,01±3,74	30,95± 3,96	148,39±29,62	52,68±15,69
Gelir Giderden Fazla	47,56±14,82	60,56±12,62	12,11±4,28	30,22±4,68	150,44±31,21	54,72±15,91
P	0,29	0,86	0,14	0,18	0,56	0,28
Yaşadığı Yer						
Köy	39,96±9,68	56,40±10,46	11,96±3,322	29,50±6,00	136,67± 23,87	56,75±15,34
İlçe	39,83±10,17	57,14±10,76	12,61±3,57	30,50±4,63	140,08±22,24	57,88±14,16
Şehir	42,57±13,08	62,72±14,10	13,94±3,65	30,32±4,20	149,55±29,87	53,37±14,45
p	0,26	0,02*	0,01*	0,67	0,04*	0,19
Birlikte Yaşadığı Kişiler						
Yalnız	44,94±13,01	64,41±14,16	13,88±3,57	28,65±5,07	151,88±29,64	49,78±15,71
Eş / çocuklar	41,27±12,23	60,79±13,48	13,57±3,60	31,01±3,39	146,64±28,12	54,96±14,14
Akrabalar	41,78±12,08	58,84±11,60	12,11±4,09	25,16±7,97	137,56±28,33	55,86±16,99
p	0,5	0,44	0,23	<0,001*	0,3	0,35

Araştırmaya katılan DM'li hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Diyabette Yaşam Kalitesi Anketi ile Diyabette Sorunlu Alanlar Ölçeği toplam puanlarının dağılımları Tablo 4.4' te gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan hastalardan 49 yaş ve altında altında, ortaokul/lise mezunu, çalışıyor olanların DQOL ölçeği alt boyutu olan tedaviden memnuniyet puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırmaya katılan hastalardan 50 yaşın üstü, eğitim seviyesi düşük, köyde yaşayan ve çalışmayanların DM tedavisinden psikolojik olarak daha fazla etkilendiği belirlenmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Yine araştırmadaki kadın hastaların köyde yaşayanları ve eğitim seviyesi düşük olanları DM hastalığıyla ilgili kaygıyı, 50 yaş altında, bekar, çalışan ve akrabalarıyla birlikte yaşayan hastaların ise sosyal mesleki kaygıları daha fazla yaşadıkları belirlenmiş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Ayrıca araştırmaya katılan hastalardan şehirde yaşayan, 49 yaş ve altında olan, ortaokul ve üstü mezunu olanların yaşam kalitelerinin diğerlerinden daha yüksek olduğu ve 60 yaş üzeri, çalışmayan ve eğitim seviyesi düşük hastaların hastalıkla ilgili daha fazla sorunlu alanlar yaşadıkları belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hastaların bazı klinik özelliklerine göre diyabet yaşam kalitesi anketi ve diyabet ile ilgili sorunlu alanlar ölçeği puanlarının dağılımı (n= 200)

Klinik Özellikler	Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi (DQOL)					Diyabet ile İlgili Sorunlu Alanlar Ölçeği (DISA)
	Alt Ölçek Boyutları				Toplam Puan	
	Tedaviden Memnuniyet	Tedavinin Psikolojik Etkisi	DM ile İlgili Kaygı	Sosyal-Mesleki Kaygı		
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS		Ort± SS
Diyabet Tanısından Sonra Geçen Süre						
1 Yıldan Az	48,96±11,63	73,83±13,00	15,67±4,43	28,63±6,38	167,08±30,48	42,92±17,67
1-5 Yıl	44,56±12,42	64,32±11,50	13,98±3,32	29,88±4,35	152,74±27,02	51,56±12,82
6 Yıl ve Üzeri	38,70±11,40	56,64±12,15	12,76±3,44	30,76±4,07	138,85±25,64	58,42±13,11
P	<0,001*	<0,001*	0,001*	0,08	<0,001*	<0,001*
Diyabet Tedavisinde Kullanılan Yöntemler						
OAD	42,44±12,46	63,32±12,93	13,79±3,74	30,58±4,07	150,14±28,10	52,43±14,45
İnsülin	38,75±11,66	57,68±12,87	12,80±3,57	30,11±4,69	139,32±27,00	57,94±13,36
İnsülin ve OAD	36,12±10,21	57,86±11,26	12,45±3,52	30,12±4,21	136,55±23,49	59,02±11,01
P	0,001*	0,004*	0,04*	0,83	0,01*	0,009*
İnsülin Kullanma Süresi						
1 Yıldan Az	44,08±12,27	68,97±13,69	15,58±4,06	29,83±7,38	158,42±32,63	48,85±15,82
1-3 Yıl	42,50±10,38	63,07±11,19	14,57±3,63	29,36±6,34	149,50±25,40	54,55±11,59
4-5 Yıl	41,89±8,65	65,05±9,27	14,42±2,63	30,16± 3,55	151,53±17,06	49,28± 9,24
6 Yıl ve Üzeri	36,30±11,75	53,05±11,23	11,66±3,16	30,22±4,20	131,11±24,71	62,42±11,85
P	0,03*	<0,001*	<0,001*	0,93	<0,001*	<0,001*
DM ile İlişkili Sağlık Sorunu Varlığı						
Evet	37,07±11,33	54,96±11,23	12,08±3,34	30,45±3,93	134,52±24,41	60,43±12,05
Hayır	47,21±11,10	68,26±12,15	15,16±3,33	30,04±5,17	160,67±26,21	47,29±14,21
p	<0,001*	<0,001*	<0,001*	0,53	<0,001*	<0,001*
DM İle İlişkili Sağlık Sorunu						
Evet	36,72±10,48	53,90±12,60	11,85±3,97	29,26±5,07	131,62±26,04	61,72±13,57
Hayır	43,68±12,40	63,89±12,49	14,13±3,28	30,70±4,21	152,41±26,88	51,68±13,76
p	<0,001*	<0,001*	<0,001*	0,04*	<0,001*	<0,001*
Son 1 Yılda Hastaneye Yatma Sayısı						
1 Kez	36,78±10,91	53,98±12,79	11,70±4,12	29,10±5,36	131,55±26,63	61,63± 13,88
2-3 Kez	37,07±9,83	54,38±11,76	12,75±3,64	29,19±5,11	133,00±24,69	62,66±11,28
4 Kez ve üzeri	35,67±9,91	54,50±15,88	11,67±4,89	31,00±2,53	132,83±31,04	59,58±17,60
p	0,96	0,99	0,67	0,7	0,98	0,89
Hastaneye Yatma Nedeni						
Hipoglisemi	38,50±13,87	58,28±17,18	11,39±4,70	29,44±2,71	137,61±3 3,94	56,94±16,01
Hiperglisemi	35,74±8,43	51,60±8,51	11,95±3,57	28,93±5,92	127,97±19,74	64,41±10,05
Ayakta Yara Oluşması	38,50±11,79	60,75±19,41	14,75±5,32	32,50±3,11	146,50±39,20	55,94±25,09
p	0,62	0,1	0,33	0,41	0,23	0,1
Beden Kitle İndeksi						
Zayıf	52,50±9,19	54,00±7,07	14,50±0,71	27,00± 7,07	148,00± 4,24	67,50± 5,30
Normal	47,67±13,41	66,98± 14,34	15,24±3,57	30,07± 5,14	159,95± 30,70	48,36±17,77
Kilolu	42,82±11,95	62,93± 12,59	14,22±3,28	30,68± 4,05	150,66±26,88	52,47±13,70
Obez ve Üstü	36,95±10,11	55,92±11,92	11,76±3,41	30,03±4,58	134,58±24,15	59,59±11,712
p	<0,001*	<0,001*	<0,001*	0,58	<0,001*	<0,001*

Araştırmaya katılan hastaların klinik özelliklerine göre Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi ile DİSA Ölçeği puanlarının dağılımı Tablo. 4.5'te gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların sosyal-mesleki kaygı alt ölçeği hariç diğer tüm alt ölçeklerin (DQOL toplam, tedaviden memnuniyet, tedavinin psikolojik etkisi, DM ile ilgili kaygı) puan ortalamalarının 6 yıl ve üzerinde DM tanısı olan, tedavisinde insüline ilave OAD ilaçlar kullanan, insülin kullanma süresi 6 yıl ve üzerinde olan, DM ile ilişkili sağlık sorunu yaşayan, DM nedeniyle son bir yılda hastaneye yatan, obez ve üstü olan hastaların diğer gruplardan daha düşük olduğu, DİSA toplam puan ortalamalarının ise daha yüksek olduğu bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.5). Araştırmaya katılan hastalardan DM nedeniyle hastaneye yatan hastaların yatmayanlara göre sosyal- mesleki kaygı düzeyleri yüksek bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0,04$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Hastaların diyabet ile ilgili sorunlu alanlar ölçeği puanları ile diyabet yaşam kalitesi anketi puanları arasındaki ilişki (n=200)

	Diyabet Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı				
	DQOL	Tedaviden Memnuniyet	Tedavinin Psikolojik Etkisi	DM ile İlgili Kaygı	Sosyal-Mesleki Kaygı
Diyabetle İlgili Sorunlu Alanlar Ölçeği Puanı	r -0,804	-0,692	-0,808	-0,675	-0,212
	p <0,001*	<0,001*	<0,001	<0,001	0,003

Araştırmaya katılan DM' li hastaların Diyabette Yaşam Kalitesi Anketi puan dağılımı ile Diyabette Sorunlu Alanlar Ölçeğinin birbiriyle korelasyonu Tablo 4.6'da gösterilmiştir. DQOL toplam ve tedaviden memnuniyet, tedavinin psikolojik etkisi, DM ile ilgili kaygı ve sosyal-mesleki kaygı alt ölçek puan ortalamaları ile DİSA arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak yüksek düzeyde ve önemli bir ilişki saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.6).

5.TARTIŞMA

Diyabetes Mellitus'un kendisi kronik bir hastalık olarak stres faktörü olmasıyla birlikte, beraberinde getirdiği yaşam tarzı değişiklikleri hastaların farklı boyutlarda sorunlar yaşamalarına sebep olabilmektedir. Hastaların aile ilişkileri, iş yaşamı etkilenebilmekte, hastalarda rol kaybı, bağımlı olma endişesi, öfke, içe kapanma, sosyal izolasyon, ümitsizlik, ölüm korkusu gibi psikososyal sorunlar ortaya çıkabilmektedir [58, 59]. Hastaların fiziksel ve psikososyal iyilik durumu, hastaların algılarını ve baş etme düzeylerini etkileyebilmekte ve yaşam kalitesini düşürebilmektedir. DM nedeniyle ortaya çıkan fiziksel sorunlar psikososyal sorunlara, psikosoyal sorunlar fiziksel sorunlara neden olabilmekte, yaşam kalitesi etkilenmekte ve bireylerin yaşam doyumlarının azalmasına sebep olabilmektedir [11-13]. Buradan hareketle DM'li hastaların hastalığıyla ilişkili algıladığı sorunlu alanların yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada DM'li hastaların çoğunluğunun 50 yaş üzerinde ve kadın olduğu belirlendi. Günümüzde DM profilinin hızla değişmesine rağmen DM'li hastalarda yapılan benzer çalışmalarda hastaların büyük çoğunluğunu 50 yaş üzeri kadınlar oluşturmaktadır [56, 61,64, 65, 72, 73,76]. Ülkemizde geniş çaplı yapılan TURDEP araştırmasının sonuçları da diyabetin kadınlarda daha sık görüldüğünü bildirmektedir [5]. Bu doğrultuda araştırma sonuçlarımız literatür ile uyumludur. Ülkemizde yaşayan kadınların sedanter yaşam tarzı, obezite, Türk toplumunun beslenme alışkanlıkları ve kültürü ile açıklanabilir.

Araştırmada DM'li hastaların %59,5' inin 6 yıl ve üzerinde DM tanısı olduğu, % 64,4' ünün tedavi olarak insüline ilave OAD kullandığı, %64,8' inin altı yıl ve üzerinde tedavisinde insülin kullandığı, %55,3' ünde DM ile ilişkili sağlık sorunu geliştiği, en sık gelişen sorunların retinopati ve nöropati olduğu belirlendi. Yine hastaların %30,7' sinin son bir yılda DM' ye bağlı olarak hastaneye yattığı ve hastaneye yatma nedeninin çoğunlukla hiperglisemi olduğu, hastaların %78'inin kilolu, obez ve üstü olduğu tespit edilmiştir. DM'li hastaların yaşam sürelerinin uzaması, tedavide ve takipte aksaklıklara, hastaların bireysel yönetimlerini organize etmede sorunlar yaşamalarına ve bunların sonucunda fiziksel sorunlara neden olabilmektedir. Erol ve Enc (2011)'in çalışmalarında hastaların %44,3'ünün insüline ilave OAD kullandığı, diyabete eşlik eden fiziksel sorunlar olarak %31'inde retinopati ve %29,3'ünde nöropati olması bulgularımız ile benzerlik göstermektedir [61]. İnsülin tedavisi, insülin tedavisine ilave OAD'lerin kullanımı, DM'ye bağlı fiziksel sorunların varlığı hastaların hipoglisemiden korkmalarına ve kaçınma davranışlarına sebep olmuş olabilir ve DM'ye bağlı olarak hastaneye en sık yatma nedeni olan hiperglisemi ile açıklanabilir. Uzun süredir DM tanısı olan ve uzun süredir tedavi olarak insülin ve OAD kullanan hastaların kan glikoz takibi yapmaları, hipoglisemi

ve hiperglisemi belirtilerini bilmeleri, ara öğün almaları ve öğünlerini düzenlemeleri, diyabetik ayak yaralarına karşı ayak bakımı uygulamalarını bilmeleri ve uygulamaları, yıllık göz muayenesi yaptırmaları, hastaları DM'ye ilave gelişen fiziksel sorunlardan (retinopati, nöropati, diyabet ayak vs.) koruyacağı, diyabete bağlı hastaneye yatışları azaltacağı düşünülmektedir. Bu noktada diyabet hemşirelerinin vereceği eğitimler hastaların özbakım becerilerini geliştirmede, kendi bireysel yönetimlerini sağlamada kilit özelliği taşımaktadır. Hemşirelerin vereceği eğitimlerle DM'ye ilave gelişen sorunlar, DM kaynaklı hastaneye yatışlar, DM'nin ülkelere olan yıllık maliyeti azaltılabilir. Hemşireler bu sayede DM'li hastaların yaşayacağı sorunları engelleyebilir, yaşam kalitelerini iyileştirebilir.

Araştırmada DM hastalarının yaşam kalitelerinin ortanın üstünde olduğu, en az sosyal mesleki kaygı düzeylerinin, en çok ise diyabetle ilgili tedavinin yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği ve DM ile ilgili orta düzeyde sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Liu ve ark. (2010)'nın çalışmalarında hastaların yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu ve yaşadığı duygusal sorunlar arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirlenmiştir[79]. Erdoğan ve Yılmaz (2014) çalışmalarında tedavi memnuniyeti arttıkça tedavinin olumlu psikolojik etkilerinin arttığını ve geleceğe yönelik kaygının azaldığını bildirmişlerdir [74]. Siaw ve ark. (2016)'nın kontrolsüz, dört veya daha fazla ilaç kullanan, iki veya daha fazla kronik hastalığı olan DM hastaları ile yaptıkları çalışmalarında ciddi sorun olarak kabul edilen maddenin geleceğe yönelik endişe ve komplikasyonlar olduğu bulunmuştur. Hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ciddi düzeyde diyabet sorunları arasında önemli ilişki bildirmişlerdir [87]. DM tanısı konan hastalar ilk dönemde beslenme alışkanlıklarını düzenleme, ilaç tedavisine uyum, bireysel izlem gibi bir dizi yaşam tarzı değişikliği ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu durumun öncelikle tedavi memnuniyetini etkilediği, sonrasında aile ilişkilerini, iş yaşamını etkilediği, rol kaybına ve hastaların sosyal-mesleki kaygı yaşamalarına neden olabileceği düşünülmektedir. Araştırmanın sonuçları DM'li hastaların tedavisinde, medikal tedavi ile hastaların psikososyal durumunun birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Hemşireler bütüncül bakımı merkeze alarak planlama ve uygulama yapmalıdır. Hastaların söylediklerini dinleme, hedefler belirleme, hastaların otonomi kazanmasını sağlama, onları öğrenme sürecine dahil etme hemşire ile hasta arasındaki etkileşimi güçlendireceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda 49 yaş ve altı, ortaokul ve üstü mezunu hastaların tedavi memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. 49 yaş ve üzerinde, eğitim seviyesi düşük, köyde yaşayan ve çalışmayanların DM tedavisinden psikolojik olarak daha fazla etkilendikleri belirlenmiştir. Maddigan ve ark. (2006) çalışmalarında yaşlı, eğitim düzeyi düşük, çalışmayan hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğunu bildirmişlerdir [88]. Yaş, eğitim

seviyesi, çalışma durumu gibi sosyo-demografik özellikler ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur [85, 89]. Hastaların yaşının ilerlemesi, eğitim düzeyinin düşük olması, köyde yaşamaları DM hastalığıyla ilgili bilgiye ulaşmada sorunlar olduğunu göstermektedir. Bu durum hastaların tedaviyi yönetmede yeterli olmamaya bağlı sorunlar yaşadıklarını düşündürmektedir. Çalışmayan ve yaşı ilerleyen hastaların sosyal ilişkilerinin, ev ile ilgili aktivite düzeylerinin, boş zamanlarını verimli kullanma durumlarının tedavi memnuniyetlerini etkilediği, DM tedavisinin psikolojik etkilerinin daha fazla hissedildiği düşünülmektedir.

Araştırmada kadınların, eğitim seviyesi düşük ve köyde yaşayan hastaların DM hastalığıyla ilgili kaygıyı, 49 yaş ve altında, bekar, çalışan ve akrabalarıyla birlikte yaşayanların ise sosyal mesleki kaygıları daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir. Erdağı (2014) DM'li kadınlarla yaptığı çalışmada DM ile ilgili kaygı düzeyinin geniş ailede yaşayan bireylerde daha yüksek olduğunu bildirmiştir [74]. Literatürde hastaların yaşadığı sorunların ciddiyeti arttıkça hastalığa karşı tutumun olumsuz yönde arttığı, özbakım aktivitelerine yansıdığı, hastaların gelecekle ilgili kaygı düzeylerinin bilgi eksikliği ve eğitim seviyesinin düşük olmasından kaynaklı olduğu bildirilmektedir [90, 91]. Ülkemizde kadınların eğitim seviyesinin düşük olması ve Türk toplumunda kadının rolleri, sorumlulukları düşünüldüğünde DM'si olan kadınların hastalığı ile ilgili özbakım aktivelerinde aksaklıklar yaşayabileceği, köyde yaşamının sağlık hizmetlerine ulaşımı zorlaştırabileceği ve dolayısı ile hastalık ile ilgili kaygı düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Buna karşılık genç, çalışan, akrabalarıyla yaşayan ve bekar hastaların sosyal-mesleki kaygı düzeylerinin yüksek olması; toplumumuzda gelecek kaygısı yüksek bireylerin olduğunu, istediği işe sahip olamama veya DM'den dolayı mevcut işini kaybetme korkusu, evlenip evlenmeyeceği, çocuk sahibi olup olmayacağı konusunda kaygılar yaşandığını, akrabalar ile yaşamının kendini rahat ifade edememe, otonominin az olması, hastalıkla ilgili bakımını yerine getirmekte sorunlar yaşayabileceğini düşündürmektedir. Hemşireler hastaların ve aile üyelerinin eğitim gereksinimlerini karşılırsa, politik kararlarda etkili olursa, kaynakları etkili kullanırsa hastaların hastalıkla ilgili kaygılarında ve sosyal-mesleki kaygılarında azalma olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada 49 yaş ve altında, ortaokul ve üstü mezunu ve şehirde yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin diğer gruptan daha yüksek olduğu ve 49 yaş ve üstü, eğitim seviyesi düşük, köyde yaşayan ve çalışmayanların hastalıkla ilgili sorunların daha fazla yaşandığı belirlenmiştir. Literatürde yaş, eğitim durumu, yaşanan yer gibi sosyodemografik özellikler ile yaşam kalitesi ve hastaların algıladığı sorunlar arasındaki ilişki ile ilgili çeşitli sonuçlar bulunmaktadır. Ülkemizde DM hastalarının sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin

incelendiği çalışmalar ile bu araştırmanın sonuçları uyumludur [69-72,75,76,85]. Araştırmada yaş ilerledikçe DM ile ilgili sorunlu alanlar puanı artmıştır. İlerleyen yaşın DM ile ilgili sorunlar için risk faktörü olabileceği düşünülmektedir. Ülkemizdeki ekonomik güçlükler, zor yaşam koşulları, eğitim seviyesinin düşük olması, hastalıkla ilgili bilgi eksikliği ve kaygılar ilerleyen yaşlarda daha fazla soruna neden olabileceği ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir.

Araştırmada uzun süredir DM tanısı olan ve DM ile ilişkili sağlık sorunu yaşayan hastaların, DM'nin ve tedavisinin yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilediği, kaygı düzeylerini arttırdığı, psikolojik olarak daha fazla etkilendikleri belirlenmiştir. Aynı hasta grubunun genel olarak DM ile ilişkili daha fazla sorun yaşadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda uzun DM süresi bozulmuş glukoz kontrolü, fiziksel ve psikososyal sorunlarla ilişkili olduğu bildirilmektedir [64, 87, 92,93]. Bahar ve ark. (2006)'nın çalışmalarında DM ile ilişkili sağlık sorunlarının yaşam kalitesini azaltan, hastaların yaşamına önemli sınırlamalar getiren sorunlar olduğunu bildirmektedir [64]. Bu sorunlar ve baş etme yetersizlikleri hastalarda beden imajında bozulmaya, rol kaybına, sosyal fonksiyonelliğin azalmasına, öfke ve üzüntüye neden olmaktadır. Beklenen bir sonuç olarak tedavi memnuniyetini azaltacağı, yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceği, hastalıkla ve gelecekle ilgili kaygılara neden olabileceği, hastaların DM ile ilgili yaşayacağı sorunların ciddiyetini arttıracığı düşünülmektedir. Hemşireler hastaların özbakım becerilerinin gelişmesini sağlayarak kan glukozunu dengede tutabilir, DM ile ilişkili gelişen akut ve kronik sorunları engelleyebilir böylece hastalığın olumsuz psikolojik etkileri azaltılabilir.

Uzun süre insülin kullanımı ve tedavide insülin ve OAD ilaçların kullanımı araştırmadaki hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, bu durumun hastaların tedavi memnuniyetlerini azalttığı, önemli psikolojik etkilere neden olduğu, hastalık ile ilgili ve sosyal-mesleki kaygı düzeylerini arttırdığı, DM ile ilişkili ciddi sorunlar yaşamalarına neden olduğu saptanmıştır. Co ve ark. (2015)'nin DM'li hastalarda psikolojik sıkıntı, davranışsal etki ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmalarında insülin tedavisinin, ilave OAD ilaçların ve diyet kısıtlamalarının düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu bildirmektedir [77]. Uzun süre insülin tedavisi ve ilave OAD ilaçlar kullanmak beraberinde hastaların kendi kendilerini sık izlemine gerektirmekte, yıllarca sürecek olan ilaç tedavisinden korkmalarına ve bağımlı hissetmelerine, ilaçların uygulama ve saklama koşullarına dikkat etmeyi gerektirdiği için yaşamın sınırlandırılmasına, yiyecekler ve beslenme konusunda endişe yaşamalarına, seyahatlerinde engel teşkil edebileceği için yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir. İnsülin uygulamalarında doz ayarlaması yapmanın, düşük kan şekeri belirtilerinin hastaları endişelendirebileceği, korku yaşayabileceği, tedavinin ve rejimlerin karmaşıklığı hastaları

öfkeliendirebileceği için algılanan sorunları ve ciddiyetini artırabileceği düşünülmektedir. Hemşireler hastanın hastalığa ve tedaviye uyum sağlamasında, olumlu tutum ve davranış kazanmasında rol alarak, yaşam kalitesini iyileştirebilir, DM ile ilgili sorunları azaltabilir.

Araştırmada son bir yılda DM nedeniyle hastaneye yatan hastaların yaşam kalitelerinin ve tedavi memnuniyetlerinin düşük olması, DM ile ilgili kaygı ve tedavinin psikolojik etkilerini daha fazla hissetmeleri, sosyal-mesleki endişelerin ve yaşadıkları sorunların diğer gruplara göre daha fazla olması ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir [57, 60, 73, 75, 76]. Tol ve ark. (2015) çalışmalarında DM' ye bağlı hastaneye yatan hastaların ciddi düzeyde sorun yaşadığını yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini bildirmektedir[73]. DM' li hastaların hastaneye yatması, yaşadığı ve alıştığı çevresinden ayrılması, DM ile ilgili sorunlara neden olabilir. Tedavi değişikliklerine uyum sağlamak zorunda olması yaşamını olumsuz yönde etkileyebilir, hastaların aile sürecini etkileyebilir, rol kaybına neden olabilir. Çalışan hastaların hastaneye yatma süreci hastaların iş yaşantılarını etkileyebilir ve işini kaybedeceğini düşünerek kaygı yaşamalarına neden olabilir.

Araştırmada kilolu, obez ve üstü olan hastaların yaşam kalitelerinin ve tedavi memnuniyetlerinin düşük olduğu saptanmış, DM ile ilgili kaygı düzeyleri yüksek bulunmuş, DM tedavisinin psikolojik etkilerini, sosyal-mesleki endişeleri ve DM ile ilgili sorunları diğer gruplara göre daha fazla yaşadığı belirlenmiştir. Atalikoğlu ve ark. (2017) çalışmalarında kilolu, obez ve üstü olan hastaların DM ile ilgili algıladığı sorunların normal kilolu hastalara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir [94]. Obezitenin insülin direncini artırarak hiperglisemiye ağırlaştırdığı bilinmektedir. Obezite ve komplikasyonların eşlik ettiği durumlarda yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmektedir [95]. Yaşama daha aktif olarak katılan hastaların fiziksel işlevsellik, rol alabilme, genel sağlık algısı, sosyal işlevsellik ve mental sağlık açısından daha iyi durumda olabileceği düşünülmektedir. Hemşireler hastalara aktivite ve egzersiz planı oluşturabilir, diyetisyen ile işbirliği yaparak hastaların kilo vermelerini sağlayabilir.

Araştırmada genel olarak DM hastalarının algıladıkları sorunlu alanların ciddiyeti arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü saptandı. Literatürde DM' li hastalarla yapılan çalışmalarda hastaların sorunları arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Liu ve ark. (2010)' nın DM hastalarında duygusal sorunlar, güçlendirme algısı ve yaşam kalitesi arasında ilişkiyi incelediği çalışmalarında, hastaların duygusal sorunları şiddetlendikçe yaşam kalitesinin düştüğünü bildirmişlerdir [79]. Co ve ark. (2015)' nın 213 DM hastasıyla yaptıkları çalışmalarında zayıf glisemik kontrol ile diyabette ciddi düzeyde sorunlar tespit etmişlerdir. Diyabette sorunlu alanların artması ile kötü yaşam kalitesi arasında önemli ilişki

bildirmişlerdir[77]. Son ve ark. (2013) 139 DM hastası ile yaptığı çalışmada diyabete bağlı sorunlar ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü ilişki saptadıklarını bildirmişlerdir [96].

Araştırmanın sonuçları hastaların DM ile ilgili algıladığı sorunların hastaların tedaviye yanıtını ve memnuniyetini azaltabileceği, psikolojik etkileri ile DM' nin kontrolünü güçleştirebileceğini, hastalıkla ilgili ve sosyal-mesleki kaygılara neden olarak yaşam kalitesini bozabileceğini göstermektedir.



6.SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Diyabetes Mellitus olan hastaların hastalığıyla ilişkili algıladığı sorunlu alanların yaşam kalitesine etkisinin incelendiği araştırmamızda elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Araştırmaya katılan DM' li hastaların çoğunluğunun kadın ve evli, yarısının okuryazar/ilkokul mezunu, büyük çoğunluğunun kilolu ve üstü olduğu, yarıdan fazlasının 49 yaş ve üzerinde olduğu, yaş ortalamasının ise 54.13 ± 11.36 olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların yarısından fazlasının altı yıl ve üzerinde DM tanısı ile takip edildiği, çoğunluğun insülin ve OAD'leri birlikte kullandığı, yarısından fazlasında DM ile ilişkili sağlık sorunu geliştiği, sıklıkla retinopati ve nöropatinin olduğu, hastaneye yatma nedeninin çoğunlukla hiperglisemi kaynaklı olduğu,
- Araştırmada 49 yaş ve altında, ortaokul ve üstü mezunu, çalışan hastaların tedavi memnuniyetlerinin yüksek olduğu,
- 49 yaş ve üstü, eğitim seviyesi düşük, köyde yaşayan ve çalışmayan, son 1 yılda ların DM tedavisinin psikolojik etkilerini daha fazla hissettikleri,
- Araştırmamızda eğitim seviyesi düşük olan, çalışmayan, köyde yaşayan kadınların DM ile ilgili kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu,
- 49 yaş ve altında, bekar, çalışan, akrabalarıyla birlikte yaşayan ve son bir yılda DM nedeniyle hastaneye yatan hastaların Sosyal Mesleki Kaygıları daha fazla yaşadıkları,
- Araştırmada 49 yaş ve altında, ortaokul ve üstü mezunu ve şehirde yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu, yaş ilerledikçe, eğitim seviyesi düştükçe hastalıkla ilgili sorunların daha fazla yaşandığı,
- Araştırmada uzun süredir DM tanısı olan, uzun süredir insülin kullanan, insülin tedavisine ilave OAD ilaçlar kullanan, DM ile ilişkili sağlık sorunu yaşayan, son bir yılda DM nedeniyle hastaneye yatan, kilolu, obez ve üstü olan hastaların DM hastalığının ve DM tedavisinin yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilediği, kaygı düzeylerini arttırdığı, DM hastalığıyla ilişkili psikolojik sorunları daha fazla yaşadıkları ve genel olarak DM ile ilişkili daha ciddi sorunlar yaşadıkları,
- Araştırmamızda DM hastalarının algıladıkları sorunlu alanların ciddiyeti arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü saptandı.

6.2.ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- DM' li hastaların algıladığı sorunlu alanların belirlenmesi, yaşam kalitesini iyileştirebilecek eğitimlerin bireysel düzeyde olması,
- Kadınların, 49 yaş ve üzerinde olanların, kırsal kesimde yaşayanların, insülin kullananların sorunlu alanlarını ve yaşam kalitelerini değerlendirmek için kalitatif çalışmalar yapılması,
- Farklı eğitim yaklaşımlarını karşılaştıran randomize kontrollü çalışmalar yapılması,
- DM hastalarına bakım veren hemşireler tarafından hastaların yaşam kalitesi düzeyinin geçerli ve güvenilir ölçeklerle değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeleri hemşirelik uygulamalarına yansıtmaları için desteklenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- [1]. Birol, L.; Akdemir, N. *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Yayınları, **2005**.
- [2]. International Diabetes Federation. (2015). *IDF Diabetes Atlas Seventh Edition 2015*, <http://www.diabetesatlas.org> (17.09.2017)
- [3]. International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas Eighth Edition 2017*, <http://www.diabetesatlas.org> (19.09.2017)
- [4]. World Health Organization (WHO). (2016). *Global Report on Diabetes*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua=1 (03.10.2017)
- [5]. Satman, I.; Ömer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinçağ, N. ve diğerleri. Twelve-Year Trends in The Prevalence and Risk Factors of Diabetes and Prediabetes in Turkish Adults. *European Journal of Epidemiology* **2013**, 28 (2), 169–180.
- [6]. Satman, I.; Yılmaz, T., Şengül, A., Salman, S., Uygur, S. Risk Characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care* **2002**, 25 (9), 1551-1556.
- [7]. American Diabetes Association (ADA). (2017). *Standards of medical care in diabetes 2017*. http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf (16.10.2017)
- [8]. Olgun, N.; Ulupınar, S. Hasta Güçlendirme ve Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi. http://www.tdhd.org/web_arsivi/diyabetli_bireyin_guclendirilmesi.pdf (21.10.2017).
- [9]. Demirci, N.; Gün, Çiğdem., Kömürcü, N., Yıldız, H. Türkiye'deki Hemşirelik Dergilerinden Cinselliğe Bakış: Bir Literatür İncelemesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, **2014**, 11 (1), 9-17.
- [10]. Ertekin, E.; Şahin, D. Fiziksel Hastalıklar ve Cinsel İşlev Bozukluğu. *Klinik Gelişim Dergisi* **2009**, 22(4), 75-79.
- [11]. Ersöz, Ö. H.; Hocaoglu, Ç., Koçak, M., Özdemir, İ. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* **2011**, 128-138.
- [12]. Eren, İ.; Erdi, Ö. Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Komplikasyonların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* **2007**, (7) 85-94..
- [13]. Gülseren, L.; Gülseren, Ş., Hekimsoy, Z., Kültür, S. Diyabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2001**, 12(2), 89-98.
- [14]. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. *Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu 2017*. http://www.turkendokrin.org/files/DIYABET_web.pdf (26.10.2017).

- [15]. Karadokovan, A.; Eti Aslan, F. (Ed.). *Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, **2013**.
- [16]. American Diabetes Association (ADA). *Standards of medical care in diabetes 2017*. http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/D_C_40_S1_final.pdf (28.10.2017).
- [17]. You, W.; P., Henneberg, M. Type 1 diabetes prevalence increasing globally and regionally: the role of natural selection and life expectancy at birth. *BMJ Open Diabetes Res Care*, **2016**, 4 (1), 1-7
- [18]. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Türkiye Diyabet Programı 2015-2020*. Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık, **2014**.
- [19]. American Diabetes Association (ADA). Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care* **2017**, 40 (1), 11-24
- [20]. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). *Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu*. http://www.turkendokrin.org/files/OBEZITE2017_web.pdf (06.10.2017).
- [21]. Erem, C.; Kuzu, U.B.; Değer, O., Can, G. Prevalence of gestational diabetes mellitus and associated risk factors in Turkish women: the Trabzon GDM Study. *Archives of Medical Science* **2015**, 11 (4), 724-735.
- [22]. World Health Organization (WHO). *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/ IDF consultation 2006*. http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf (08.10.2017).
- [23]. American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* **2016**, 39 (1), 1-119.
- [24]. American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* **2014**, 37 (1), 14-80.
- [25]. Özcan, Ş. İnsülin Tedavisini Yönetimi. http://www.tdhd.org/dhd_kitap/05blm.pdf (13.10.2017)
- [26]. Aktunç, E.; Ünalacak, M., Demircan, N. Tip II Diyabet'te Patofizyoloji ve Akılcı Tedavi Yaklaşımı. *STED* **2002**, 11 (9), 334-336.
- [27]. Türkiye Diyabet Vakfı. *Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2017*. http://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/Diyabet_tani_ve_tedavi_kitabi.pdf (19.201.2017).

- [28]. Hu, J.; Amirehsani, K. A., Wallace, D. C., Letvak, S. The Meaning Of İnsulin to Hispanic İmmigrants with Type 2 Diabetes and Their Families. *The Diabetes Educator* **2012**, 38 (2), 263-270.
- [29]. Collins, McNeil J.; Edwards, CL., Batch, BC., Benbow, D., McDougald, CS., Sharpe, A. Culturally Targeted Self Management Program For African Americans With Type 2 Diabetes Mellitus. *Canadian Journal of Nursing Research* **2012**, 44(4), 126-4.
- [30]. Stone, M.; Pound, E., Pancholi, A., Farooqi, A., Khunti, K. Empowering Patients With Diabetes: A Qualitative Primary Care Study Focusing On South Asians İn Leicester, UK. *Fam Pract* **2005**, 22(6), 647-52.
- [31]. Olgun, N.; Altun, Akdoğan, Z. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Diyabet Hastalarının Bakım Uygulamalarına Etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* **2012**, 46-57.
- [32]. Bayrak, G. Çolak, Diyabet Tedavisinde Hasta Eğitimi. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi* **2012**, 29: 7-11.
- [33]. Pek, H. *Diyabet ve Beslenme*. http://www.tdhd.org/dhd_kitap/03blm.pdf (22.10.2017).
- [34]. Çolak, R.; Tümer G. Tip 2 Diabetes Mellitus' da Tıbbi Beslenme Tedavisi *Journal of Experimental and Clinical Medicine - Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi* **2012**, 29, 12-15.
- [35]. Terkeş, N.; Bektaş, H. Prediyabetli Bireylerin Diyabete Geçişini Engellemede Yaşam Tarzı Değişiminin Önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* **2014**, 17,4.
- [36]. Kurdak, H.; Kurdak, S. Diyabet ve Egzersiz. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* **2015**, 6(1), 68-75.
- [37]. Aguiar, E.; J., Morgan, P. J., Collins, C. E., Plotnikoff, R. C., and Callister, R. Efficacy of interventions that include diet, aerobic and resistance training components for type 2 diabetes prevention: a systematic review with meta-analysis. *Internation Journal Behavioral Nutrition Physical Activity* **2014**, 11(2), 1-10.
- [38]. Ovayolu, N.; Ovayolu, Ö. Diyabette Özyönetim ve Diyabet Hemşiresinin Etkileri. *Hemşirelik Forumu* **2014**, 6(2), 21-27.
- [39]. Olgun, N.; Yalın, H., Demir, Gülyüz H. Diyabetli Birey Nasıl İzlenmelidir? . *Turkish Family Physician* **2011**, 2(3):6-18.
- [40]. Avdal, Ü. E.; Kızılcı, S. Diyabet ve Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisinin Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* **2010**, 3(3), 164-168.
- [41]. Sürücü, Arda H. Diyabet Özyönetim Eğitimi, Grup Temelli Eğitim ve Bireysel Eğitim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* **2014**, 7 (1), 46-51.

- [42]. Ersoy, C.; Tuncel, E., Özdemir, B., Ertürk, E., İmamoğlu, Ş. İnsülin Kullanan Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Diyabet Eğitimi Ve Metabolik Kontrol. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2006**, 32 (2), 43-47.
- [43]. Peterson, S.; Nayda, JR., Hill, P. Muslim Person's Experiences of Diabetes During Ramadan:Information for Health Professionals. *Content Management Pty Ltd. Contemporary Nurse* **2012**, 41(1), 41-47
- [44]. Olgun, N. (2018). *Kendi Kendini İzleme*. http://www.tdhd.org/dhd_kitap/07blm.pdf (29.12.2017).
- [45]. Aba, N.; Tel, H. Diyabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon ve Özbakım Gücü. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* **2012** , 1, 18-20.
- [46]. Bahçecik, N. *Diyabette Akut Durumlar*. http://www.tdhd.org/dhd_kitap/10blm.pdf (02.01.2018)
- [47]. Olgun, N. *Hipoglisemi ve hiperglisemi*. http://www.tdhd.org/dhd_kitap/10blm.pdf (02.01.2018).
- [48]. ADA. *DKA (Ketoacidosis) & Ketones*. <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/ketoacidosis-dka.html> (04.01.2018).
- [49]. Myers, V.H.; Boyer, B.A., Herbert, J.D. Fear of Hypoglycemia and Self Reported Posttraumatic Stress in Adults with Type I Diabetes Treated by Intensive Regimens. *Journal of Clinical Psycholgy in Medical Settings* **2007**, 14, 11.
- [50]. Özcan, Ş. (2018). *Kronik Komplikasyonlar*. http://www.tdhd.org/dhd_kitap/13blm.pdf (07.01.2018).
- [51]. Khoury, J. C.; Kleindorfer, D., Alwell, K., Moomaw, C. J., Woo, D., Adeoye, O. ve diğerleri. Diabetes mellitus: a risk factor for ischemic stroke in a large biracial population. *Stroke* **2013**, 44 (6), 1500-1504.
- [52]. Wolf, G.; Sharma, G. Clinical Manifestations, and Natural History of Diabetic Nephropathy. *Comprehensive Clinical Nephrology*, Fifth Edition. <https://abdominalkey.com/pathogenesis-clinical-manifestations-and-natural-history-of-diabetic-nephropathy/> (15.01.2018).
- [53]. Terzi, M.; Cengiz, N., Onar, M. Diyabetik Nöropati. *Ondokuz Mayıs Tıp Fakültesi Dergisi* **2004**, 21(1), 39-49.
- [54]. Pendsey, PS. Understanding Diabetic Foot. *International Journal of Diabetes in Developing Countries* **2010**, 30(2), 75-79.
- [55]. Wukich, D.; Raspovic, K. Assessing Health-Related Quality of Life in Patients With Diabetic Foot Disease: Why Is It Important and How Can We Improve? The 2017 Roger E. Pecoraro Award Lecture. *Diabetes Care* **2018**, 41, 391-397.

- [56]. Kalantari, S.; Jafarinejad, A., Zohrevand, B. Association of Depression with Type 2 Diabetes and Relevant Factors. *Advanced Biomedical Research* **2014**, 3,244.
- [57]. Yekta, Z., Porali, R., Ghasemi, M. Comparison of Demographic and Clinical Characteristics Influencing Health-Related Quality of Life in Patients with Diabetic Foot Ulcers and those without Foot Ulcers. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity:Targets and Therapy* **2011**, 4,393-399.
- [58]. Meriç, M. Diyabetli Bireyin Mücadelesi: Gözden Kaçan Psikososyal Boyut. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics* **2017**, 3(1).
- [59]. Özdemir, Ü.; Taşçı, S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* **2013**, 1(1).
- [60]. Lee, E.H.; Lee, WY., Lee, WK., Kim, SY., Nam, MS. Measurement of Diabetes-Related Emotional Distress Using the Problem Areas in Diabetes Scale: Psychometric Evaluations Show that the Short Form is better than the Full Form. *Health and Quality of Life Outcomes* **2014**, 12,142.
- [61]. Erol, Ö.; Enc, N. Hypoglycemia Fear and Self-efficacy of Turkish Patients Receiving Insulin Therapy. *Asian Nursing Research* **2011**, 5, 222-228.
- [62]. Buzlu, S. *Diyabetin Psikososyal Yönü*. http://www.tdhd.org/dhd_kitap/17blm.pdf (05.03.2018).
- [63]. Kaymaz, T.T.; Akdemir, N. Psychosocial Adjustment of Diabetic Patients To Their Diseases. *Journal of Psychiatric Nursing* **2016**, 7(2), 61–67.
- [64]. Bahar, A.; Sertbaş, G., Sönmez, A. Diyabetes Mellituslu Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **2006**, 7, 18-26.
- [65]. Sopjani, İ.; Vehapi, S., Gorani, D., Imeri, M., Vitoja, S., Tahiri, S. The Relation Between Depressive Symptoms and Self-Care in Patients with Diabetes Mellitus Type 2 in Kosovo. *Medical Archives* **2016**, 70(6), 425-428.
- [66]. Kumcağız, H.; Özenoğlu, A., Avcı, İ., Uğurlu, S. Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastalarda Bunaltı Düzeyleri ve Stresle Başetme. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* **2009**, 31, 122-129.
- [67]. Azmoude, E.; Tafozoli, M., Parnan, a. Assessment of Family Functioning and Its Relationship to Quality of Life in Diabetic and Non-Diabetic Women. *Journal of Caring Sciences* **2016**, 5(3).
- [68]. Oliveira, R.A.; Tostes, M., Queiroz, M. Insulin Mediated Improvement in Glycemic Control in elderly with Type 2 Diabetes Mellitus can Improve Depressive Symptoms and Does Not Seem to Impair Health-Related Quality of Life. *Diabetology and Metabolic Syndrome* **2015**, 7, 55.

- [69]. Ersöz, Ö.H.; Hocaoglu, Ç., Koçak, M., Özdemir, İ. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* **2011**, 128-138.
- [70]. Eren, İ.; Erdi, Ö. Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Komplikasyonların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* **2007**, 7, 85-94.
- [71]. Gülseren, L.; Gülseren, Ş., Hekimsoy, Z., Kültür, S. Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2001**, 12(2), 89-98.
- [72]. Koç, E.; Başer, D., Özkara, A., Kahveci, R., Alsancak, A., Yaşar, İ., Yılmaz, T. Diyabet Tanısıyla İzlenen Hastalarla Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* **2015**, 7(2), 76-82.
- [73]. Tol, A.; Sharifirad, G., Eslami, A., Shojaeizadeh, D., Alhani, F., Tehrani, M. Analysis of some Predictive Factors of Quality of Life Among Type 2 Diabetic Patients. *Journal of Education and Health Promotion* **2015**, 4 (9).
- [74]. Erdağı, F.; Yılmaz, Sema. Diyabetli Kadınların Evlilik Uyumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* **2014**, 30 (1) 60-74.
- [75]. Çıtlı, R.; Günay, O., Elmalı, E., Öztürk, Y. Diyabetik Hastalarda Tıbbi ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi* **2010**, 32(4), 253-264.
- [76]. Sönmez, B.; Kasım, İ. Diyabetes Mellitus'lu Hastaların Anksiyete, Depresyon Durumları ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* **2013**, 17(3), 119-124.
- [77]. Co, A.M.; Tan, S.L., Tai, S.E., Griva, K., Amir, M., Chong, K.J., Lee, S.Y., Lee, J., Khoo, E.Y., Wee, H. Factors Associated with Psychological Distress, Behavioral Impact and Health-Related Quality of Life Among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications* **2015**, 34, 378-383.
- [78]. Pabelbaum, M.; Lemos, H.M., Duchesne, M., Kupfer, R., Moreira, R.O., Countinho, W.F. The Association Between Quality of Life, Depressive Symptoms and Glycemic Control in a Group of Type 2 Diabetes Patients. *Diabetes Research and Clinical Practice* **2010**, 227-230.
- [79]. Liu, M.Y.; Tai, Y.K., Hung, W.W., Hsieh, Z.H. Relationships Between Emotional Distress, Empowerment Perception and Self-Care Behavior and Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Nursing* **2010**, 57(2), 49-60.
- [80]. Pouwer, W.; Beekman, A.T., Lubach, C., Snoek, F.J. Nurses' Recognition and Registration of Depression, Anxiety and Diabetes-Specific Emotional Problems in Outpatients with Diabetes Mellitus. *Patient Education and Counselling* **2006**, 60(2), 246-250.

- [81]. Elkoca, A. Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalığa Karşı Tutumları ve Problem Alanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2010**.
- [82]. Yılmaz F. Diyabet İle İlgili Sorunlu Alanlar (DİSA) Ölçeğinin Türk Diyabetliler İçin Psikometrik Uygunluğunun Değerlendirmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2011**.
- [83]. Polonsky, W.H.; Anderson, B.J., Lohrer, P.A., Welch, G., Jacobson, A.M., Aponte, J.E., Schwartz, C.E. Assessment of Diabetes-Related Distress. *Diabetes Care* **1995**, 18, 754-60.
- [84]. Jacobson, A.; Barofsky, I., Clearly, P., Rand, L. Reliability and Validity of a Diabetes Quality-Of-Life Measure for the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). The Research Group. *Diabetes Care* **1988**, 11(9), 725-732.
- [85]. Yıldırım, A.; Akinci, F., Gozu, H., Sargın, H., Orbay, E., Sargın, M. Translation, Cultural Adaptation, Crossvalidation of the Turkish Diabetes Quality-Of-Life (DQOL) Measure. *Quality of Life Research* **2007**, 16, 873-879.
- [86]. Norman, G. Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Advances in Health Sciences Education* **2010**, 15 (5), 625-632.
- [87]. Siaw, Y. M.; Tai, B.W., Lee, Y.C. Psychometric properties of the Chinese version of the Problem Areas in Diabetes scale (SG-PAID-C) among high-risk polypharmacy patients with uncontrolled type 2 diabetes in Singapore. *Journal of Diabetes Investigations* **2017**, 8(2), 235-242.
- [88]. Maddigan, S.L.; Feeny, D.H., Majumdar, S.R., Farris, K.B., Johnson, J.A. Understanding the Determinants of Health for People with Type 2 Diabetes. *American Journal of PublicHealth*, **2006**, 96(6), 1649-1655.
- [89]. Imayama, I.; Plotnikoff, R.C., Courneya, K.S., Johnson, J.A. Determinants of Quality of Life in Type 2 Diabetes Population. *Quality of Life Research* **2010**.
- [90]. Şahin, A. Z. Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalığa Karşı Tutumu ve Problem Alanları Arasındaki İlişki. *ODÜ Tıp Dergisi*, **2015**, 2, 134-138.
- [91]. Yanık, T. Y; Erol, Ö. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2016**, 3(19).
- [92]. Dörtbudak, Z.; Çetin, Z., Güven, B. Diyabet Hastalarında Sosyo- Demografik Özellikler, Hastalıkla İlgili Bakım Davranışları ve Komplikasyonların Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* **2010**, 7(2), 59-65.

- [93]. Akbudak, P. Tip 2 Diyabetli Hastalarda, Beslenme Durumu ve Bazı Biyokimyasal Bulgular İle Diyabet Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, *Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara **2011**.
- [94]. Atalikoğlu, S.; Tan, M. Research of Type 2 Diabetes Patient's Problem Areas and Affecting Faktors. *Journal of Diabetes Mellitus*, **2017**, 7,173-185.
- [95]. Özdemir, İ.; Hocaoglu, Ç. Tip 2 Diabetes Mellitus ve Yaşam Kalitesi. *Göztepe Tıp Dergisi*, **2009**, 24(2), 73-78.
- [96]. Son, V. J.; Nyklicek, I., Pop, V.J., Blonk, M., Erdtsieck, J.D., Spooren, F. P., Toorians, W. A., Pouwer, F. The Effects of a Mindfulness-Based Intervention on Emotional Distress, Quality of Life, and HbA_{1c} in Outpatients With Diabetes (DiaMind). *Diabetes Care* **2013**, 36(4), 823-830.

EKLER

EK-1.DİYABETLİ BİREYLERİN HASTALIĞIYLA İLİŞKİLİ ALGILADIKLARI SORUNLU ALANLARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ'NE İLİŞKİN ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu“**Diyabetli Bireylerin Hastalığıyla İlişkili Algıladıkları Sorunlu Alanlarının Yaşam Kalitesine Etkisi**” adlı araştırma kapsamında diyabetiniz hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Sonuçlar sizin gibi diyabet hastalarının yaşam kalitesini iyileştirmede yardımcı olacaktır.

Anket formunda 80 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 40 dakikadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı

Doç. Dr. Meral ALTIOK

EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

A. Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz nedir?

- 1) Kadın 2) Erkek

2. Kaç yaşındasınız

- 3. Kaç kilosunuz.....kg? Boyunuz.....cm? BKİ.....**

4. Medeni durumunuz nedir?

- 1) Evli 2) Bekâr

5. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okuryazar değil 2) Okuryazar/ İlkokul mezunu
3) Ortaokul/ Lise 4) Yüksekokul ve üstü mezunu

6. Çalışma durumunuz nedir?

- 1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum

7. Size göre gelir durumunuz nasıldır?

- 1) Gelirim giderimden az 2) Gelirim giderime denk 3) Gelirim giderimden fazla

8. Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz?

- 1) Köy 2) İlçe 3) Şehir

9. Kimlerle yaşıyorsunuz?

- 1) Yalnız 2) Eşiyle ve/veya çocuğuyla
3) Akrabaları ile 4) Kurum

B. Klinik Özellikler

10. Ne kadar süredir Diyabet hastalığınız var?

- 1) Bir Yıldan az 2) 1-5 Yıl 3) 6 Yıl ve Üzeri

11. Diyabetiniz nasıl tedavi ediliyor? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Diyet Tedavisi 2) Şeker Düşürücü Hap 3) İnsülin

12. Eğer İnsülin kullanıyorsanız ne kadar süredir kullanıyorsunuz? (Ay/ Yıl olarak açıklayınız.)

.....

13. Diyabet hastalığınız olması nedeniyle herhangi bir sağlık probleminiz gelişti mi?

- 1) Evet (Açıklayınız).....
2) Hayır

14. Son 1 yıl içerisinde diyabete bağlı bir nedenle hastaneye yattınız mı?

1) Evet (Sayısını yazınız)..... 2) Hayır

15. Cevabınız evet ise hastaneye yatma nedeninizi yazınız.

EK- 2.DİYABET İLE İLGİLİ SORUNLU ALANLAR ÖLÇEĞİ

Diyabet ile ilgili aşağıdaki konulardan hangisi sizin için şu sıralar sorun olmaktadır? Size en uygun yanıtı işaretleyiniz. Her soru için lütfen tek yanıt işaretleyiniz.

	Soru	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1	Diyabet bakımınız için hedeflerinizin açık ve net olduğunu düşünüyor musunuz?	()	()	()	()	()
2	Diyabet tedavi planınız konusunda bezginlik hissediyor musunuz?	()	()	()	()	()
3	Diyabet ile yaşama düşüncesi sizi korkutuyor mu?	()	()	()	()	()
4	Sosyal ortamlarda, diyabetiniz nedeniyle rahatsızlık hissettiğiniz durumlarla karşılaşılıyor musunuz? (Örneğin; insanların size ne yemeniz gerektiğini söylemesi gibi)	()	()	()	()	()
5	Yiyecekler ve öğünler konusunda kısıtlandığınızı düşünüyor musunuz?	()	()	()	()	()
6	Diyabet ile yaşama düşüncesi sizi üzüyor mu?	()	()	()	()	()
7	Ruh halinizin ya da duygularınızın diyabet ile ilişkili olup olmadığını bilmemek sorun yaratıyor mu?	()	()	()	()	()
8	Diyabetiniz nedeniyle bunalmışlık hissediyor musunuz?	()	()	()	()	()
9	Düşük kan şekeri (hipoglisemi) belirtileri sizi endişelendiriyor mu?	()	()	()	()	()
10	Diyabet ile yaşama düşüncesi sizi öfkeliyor mu?	()	()	()	()	()
11	Yiyecekler ve beslenme konusunda endişe yaşıyor musunuz?	()	()	()	()	()

12	Geleceğiniz ve olabilecek ciddi komplikasyonlar konusunda kaygı duyuyor musunuz?	()	()	()	()	()
13	Diyabet yönetiminiz aksadığı zaman suçluluk ve endişe hissediyor musunuz?	()	()	()	()	()
14	Diyabeti red ettiğiniz oluyor mu?	()	()	()	()	()
15	Diyabet ekibinizden memnun musunuz? (örneğin; hekim, hemşire, diyetisyen)	()	()	()	()	()
16	Sürekli olarak, ruhsal ve fiziksel enerjinizin büyük bir kısmını diyabetin aldığını düşünüyor musunuz?	()	()	()	()	()
17	Diyabetiniz konusunda kendinizi yalnız hissediyor musunuz?	()	()	()	()	()
18	Diyabeti yönetme çabalarınızın, arkadaşlarınız ve aileniz tarafından desteklendiğini düşünüyor musunuz?	()	()	()	()	()
19	Diyabetin neden olduğu komplikasyonlarla baş edebileceğinizi düşünüyor musunuz?	()	()	()	()	()
20	Diyabetinizi yönetmek için gereken sürekli çaba sizde tükenmişlik duygusu yaratıyor mu?	()	()	()	()	()

EK-3. DİYABET YAŞAM KALİTESİ ANKETİ

Lütfen her soruyu dikkatle okuyunuz. Aşağıdaki soruların doğru ya da yanlış şeklinde yanıtları yoktur. Lütfen sorularda görüşleriniz ve yaşam biçiminizi en iyi tanımlayan cevabı işaretleyiniz. Sizlerden aldığımız tüm bilgiler kesinlikle saklı tutulacaktır.

Sizlere çok teşekkür ederiz.

- Tedaviden memnuniyet**

	Soru	Çok memnun ediyor	Orta dereced e memnun ediyor	Hiçbiri	Az dereced e memnun ediyor	Hiç memnun etmiyor
A1	Diyabetinizin tedavisi için harcadığınız zaman sizi ne derece memnun ediyor?	()	()	()	()	()
A2	Diyabet kontrolleriniz için harcadığınız zaman sizi ne derece memnun ediyor?	()	()	()	()	()
A3	Şu an ki diyabet tedaviniz sizi ne derece memnun ediyor?	()	()	()	()	()
A4	Kan şekerinizi ölçmek için harcadığınız zaman sizi ne derece memnun ediyor?	()	()	()	()	()
A5	Diyetinizdeki esneklik sizi ne derece memnun ediyor?	()	()	()	()	()
A6	Diyabetle ilgili sıkıntılarınızın ailenize yansması sizi ne derece memnun ediyor?	()	()	()	()	()
A7	Diyabetiniz hakkındaki bilgileriniz sizi ne derece memnun ediyor?	()	()	()	()	()
A8	Uykunuzdan ne derece memnunsunuz?	()	()	()	()	()
A9	Sosyal ilişkilerinizden ve arkadaşlarınızdan ne derece memnunsunuz?	()	()	()	()	()
A10	Cinsel hayatınız sizi memnun ediyor mu?	()	()	()	()	()
A11	İşiniz, okulunuz ve ev işleri ile ilgili aktivitelerinizden ne derece memnunsunuz?	()	()	()	()	()
A12	Vücudunuzun görüntüsü sizi ne derece memnun etmekte?	()	()	()	()	()
A13	Egzersiz için harcadığınız zaman sizi ne derece memnun ediyor?	()	()	()	()	()
A14	Boş zamanlarınız sizi ne derece memnun ediyor?	()	()	()	()	()
A15	Genel olarak yaşantınızdan ne derece memnunsunuz?	()	()	()	()	()

• **Tedavinin Psikolojik Etkisi**

	Soru	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
B1	Diyabetinizin tedavisi nedeniyle ne sıklıkla ağrı hissediyorsunuz?	()	()	()	()	()
B2	Toplum içinde diyabetli olarak yaşıyor olmanız size ne sıklıkta sıkıntıya sokuyor?	()	()	()	()	()
B3	Kan şekeriniz ne sıklıkta düşüyor?	()	()	()	()	()
B4	Kendinizi ne sıklıkta fiziksel olarak hasta hissediyorsunuz?	()	()	()	()	()
B5	Diyabetiniz aile yaşantınızda ne sıklıkta problem yaşıyor?	()	()	()	()	()
B6	Ne sıklıkta gece kabus görüyorsunuz?	()	()	()	()	()
B7	Diyabetinizin sosyal ilişkilerinizi ve arkadaşlıklarınızı ne sıklıkta sınırladığını hissediyorsunuz?	()	()	()	()	()
B8	Ne sıklıkta kendinizi iyi hissediyorsunuz?	()	()	()	()	()
B9	Ne sıklıkta diyetiniz nedeniyle sınırlandığınızı hissediyorsunuz?	()	()	()	()	()
B10	Diyabetiniz sizi araba veya herhangi bir makine (mikser, matkap vb) kullanmaktan ne sıklıkta alıkoymuyor?	()	()	()	()	()
B11	Diyabetiniz egzersiz yapmanıza ne sıklıkta engel oluyor?	()	()	()	()	()
B12	Diyabetiniz nedeniyle işinizi, okulunuzu veya ev işlerinizi ne sıklıkta aksatıyorsunuz?	()	()	()	()	()
B13	Diyabetli olmanızın ne anlama geldiğini hangi sıklıkta açıklamak zorunda kalıyorsunuz?	()	()	()	()	()
B14	Boş vakitlerdeki aktivitelerinize diyabetiniz ne sıklıkta engel olmakta?	()	()	()	()	()
B15	Başkaları ile diyabetiniz hakkında ne sıklıkta konuşuyorsunuz?	()	()	()	()	()
B16	Diyabetli olduğunuz ne sıklıkta ima ediliyor?	()	()	()	()	()
B17	Diyabetiniz nedeniyle tuvalate diğerlerinden fazla gittiğinizi ne sıklıkta fark ediyorsunuz?	()	()	()	()	()
B18	Birine diyabetli olduğunuzu söylemek yerine yememeniz gereken bir yiyeceği ne sıklıkta yemek durumunda kalıyorsunuz?	()	()	()	()	()
B19	İnsülinin neden olabileceği problemleri (şeker düşmesi, insülin yaptığınız yerlerde meydana gelebilecek iğne izleri gibi) başkalarından ne sıklıkta saklıyorsunuz?	()	()	()	()	()

• **Şeker Hastalığını Gelecekteki Seyri /Etkileri Hakkında Duyulan Kaygı/Endişe**

	Soru	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
C1	Her an bayılabileceğinizi düşünerek ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	()	()	()	()	()
C2	Vücudunuzun diyabetli olduğunuz için farklı görüldüğü konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	()	()	()	()	()
C3	Diyabetinizin oluşturabileceği komplikasyonları (yan etkileri) düşünerek ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	()	()	()	()	()
C4	Diyabetiniz olduğu için başkalarının sizinle birlikte olmak istemeyeceği konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	()	()	()	()	()

• **Sosyal ve Mesleki Kaygı**

	Soru	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
D1	Evlenip evlenemeyeceğiniz konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	()	()	()	()	()
D2	Çocuğunuzun olup olmayacağı konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	()	()	()	()	()
D3	İstedığınız gibi bir işe sahip olmayabileceğiniz konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz ?	()	()	()	()	()
D4	Sigorta talebinizin reddedilebileceği konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	()	()	()	()	()
D5	Eğitiminizi tamamlayıp tamamlayamayacağınız konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	()	()	()	()	()
D6	İşinizi kaybedebileceğinizi düşünerek ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	()	()	()	()	()
D7	Bir seyahate ya da tatile çıkıp çıkmayacağınız konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	()	()	()	()	()

Katılımınız İçin Teşekkürler

EK-4.



**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**



Sayı : 78017789/050.01.04/248341

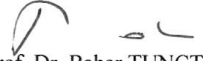
21/10/2016

Konu : Etik Kurul

**Sayın Doç. Dr. Meral ALTIOK
Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü
İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi**

Sorumluluğunuzda yapılması tasarlanan "Diyabetli Bireylerin Hastalığıyla İlişkili Algıladıkları Sorunlu Alanların Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı araştırmaya ilişkin 20/10/2016 tarihli ve 2016/329 sayılı Kurul Kararı ile Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Kurul Başkanı

EKLER:

- 1- Kurulun 20/10/2016 tarihli ve 2016/329 sayılı kararı (1 sayfa)
- 2- Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (3 sayfa)

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
20/10/2016	18	329

Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Meral ALTIOK'un sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Diyabetli Bireylerin Hastalığıyla İlişkili Algıladıkları Sorunlu Alanların Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 17/10/2016 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Prof. Dr. Selma ÜNAL
Başkan Yardımcısı

İmza
Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR
Üye

İmza
Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Üye

İmza
Prof. Dr. Murat BOZLU
Üye

İmza
Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN
Üye

İmza
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

İmza
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER
Üye

(Katılmadı)
Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE
Üye

İmza
Doç. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ
Üye

İmza
Yrd. Doç Dr. M. Türkan IŞIK ERER
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK
Üye

İmza
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ
Üye

(Katılmadı)
Hürrem Betül LEVENT ERDAL
Üye

(Katılmadı)
Lale DAĞLI
Üye


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan
ASLI GİBİDİR

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Diyabetli Bireylerin Hastalığıyla İlişkili Algıladıkları Sorunlu Alanların Yaşam Kalitesine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Mersin Üniversitesi Çiflikköy Kampüsü Prof. Dr. Uğur ORAL Kültür Merkezi, 33343, Yenişehir/Mersin
	TELEFON	0 324 361 00 01 / 4417
	FAKS	---
	E-POSTA	meukaek@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr. Meral ALTIOK			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	---			
DESTEKLEYİCİ	---			
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	---			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☐		
	Diğer ise belirtiniz-Anket Çalışması			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Etik Kurul Başkanı

İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Diyabetli Bireylerin Hastalığıyla İlişkili Algıladıkları Sorunlu Alanların Yaşam Kalitesine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

DEĞERLENDİRİL EN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	SİGORTA	☐
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐
	İLAN	☐
	YILLIK BİLDİRİM	☐
	SONUÇ RAPORU	☐
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐
	DİĞER: GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	☒
	ARAŞTIRMACILARIN ÖZ GEÇMİŞİ 3 ADET LİTERATÜR	☒
DİĞER	☒	- Çalışmanın Tez Olduğuna İlişkin Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın Yazısı, 17.10.2016 -Diyabetli Bireylerin Hastalığıyla İlişkili Algıladıkları Sorunlu Alanların Yaşam Kalitesine Etkisi'ne İlişkin Anket Formu - Diyabet ile ilgili Sorunlu Alanlar Ölçeği

KARAR BİLGİLERİ
Karar No: 2016/329 Tarih: 20/10/2016 Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Farmakoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Meslek Bilimleri Bölümü Farmakoloji ABD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Selma ÜNAL	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR	Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Enfeksiyon Hastalıkları ABD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Etik Kurul Başkanı
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dişabetli Bireylerin Hastalığıyla İlişkili Algıladıkları Sorunlu Alanların Yaşam Kalitesine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Murat BOZLU	Üroloji	MEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Üroloji ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN	Mikrobiyoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Farmasötik Mikrobiyoloji ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyoistatistik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER	İç Hastalıkları Hemşireliği	MEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE	Biyomühendislik	MEÜ Mühendislik Fakültesi Kimya Mühendisliği Bölümü	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ	Psikiyatri	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Psikiyatri ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. M. Türkan IŞIK ERER	Tıp Tarihi ve Etik	MEÜ İçel Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK	Farmakoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ	Kardiyoloji	Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Kardiyoloji ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yüksek Şehir Plancısı Hürrem Betül LEVENT ERDAL	Şehir ve Bölge Planlama/Uluslararası Proje Yönetimi	Mersin Mezitli Belediyesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Avukat Lale DAĞLI	Hukuk	Serbest	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı

*:Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Etik Kurul Başkanı

İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-5.



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği
İdari İşler Birimi
Yazı İşleri Birimi

Mersin Üniversitesi - YAZI İŞLERİ
BİRİMİ
Tarih: 17.11.2016 12:34
Sayı: 41993462-774.01.06-
E.00000265409



E.00000265409

Sayı : 41993462-774.01.06
Konu : Cemile BİNBOĞA'nın Araştırma İzni

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
.(Öğrenci İşleri Birimi)

İlgi : 02/11/2016 tarihli ve 252688 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtmiş olduğunuz "**Diyabetli Bireylerin Hastalığıyla İlişkili Algıladıkları Sorunlu Alanların Yaşam Kalitesine Etkisi**" adlı araştırma izni ile ilgili Dahili Tıp Bilimleri Bölümü İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığından alınan yazı ekte sunulmuş olup araştırmanın yapılması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Meltem NASS DUCE
Başhekim

Ek: Yazı (1 sayfa)



Adres:Sağlık Araştırma ve Uygulama
Hastanesi Çiftlikköy Kampüsü 33343
Yazı İşleri Birimi Yenişehir/MERSİN
E-posta: mahirerkan33@gmail.com
Telefon: +90 03242410000/1066

Ayrıntılı bilgi için:Yazı İşleri Birimi Memur
Mahir ERKAN
Fax: +90 03242410098
Elektronik ağı:www.mersin.edu.tr



1 / 1

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://e-belge.mersin.edu.tr> adresinden 41993462-774.01.06-5070 sayılı belge ile ulaşılabilmektedir.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı : Cemile BİNBOĞA

Doğum Tarihi : 01. 05. 1991

E-mail : cemilebinboga1@gmail.com

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşire	Dokuz Eylül Üniversitesi	2009-2014
Yüksek Lisans	İç Hastalıkları Hemşireliği	Mersin Üniversitesi	2015-2018
Doktora	-	-	-

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi	2014-2016
Hemşire	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2016-Halen