

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**DIYABETLİ BİREYLERDE AİLE DESTEĞİ İLE
YAŞAM KALİTESİ VE TEDAVİYE UYUM
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gamze YILDIZ ASLAN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Özlem TEKİR

Ortak Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hicran YILDIZ

BALIKESİR - 2018

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**DIYABETLİ BİREYLERDE AİLE DESTEĞİ İLE
YAŞAM KALİTESİ VE TEDAVİYE UYUM
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gamze YILDIZ ASLAN

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç Dr. Sibel KARACA KARAKAYA
Balıkesir. Üniversitesi-Başkan

Doç Dr. Hicran YILDIZ
Uludağ. Üniversitesi-Üye

Dr. Öğr. Üyesi Özlem TEKİR.
Balıkesir Üniversitesi-Üye

Dr. Öğr. Üyesi. Sibel ERGÜN
Balıkesir Üniversitesi-Üye

Dr. Öğr. Üyesi Betül YAVUZ
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi-Üye

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Özlem TEKİR

BALIKESİR - 2018



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan
“DİYABETLİ BİREYLERDE AİLE DESTEĞİ İLE YAŞAM KALİTESİ VE
TEDAVİYE UYUM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ”

başlıklı tez çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul
edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 29 / 06 / 2018

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA
Balıkesir Üniversitesi
Başkan

Doç. Dr. Hicran YILDIZ
Uludağ Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Sibel ERGÜN
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Özlem TEKİR
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Betül YAVUZ
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi, sınav jüri komisyonu tarafından imzalanarak
13/07/2018 tarihinde teslim edilmiştir.

Doç. Dr. Şahver Ege HİŞMİOĞULLARI
Enstitü Müdürü V.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim (24 /05 /2018).

Gamze YILDIZ ASLAN



TEŞEKKÜR

Tezimin yürütülmesinde bana rehberlik eden ve her türlü desteğini esirgemeyen bilgi ve deneyimini paylaşan tüm sıkıntılara rağmen her zaman yanımda olan biricik danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem TEKİR'e,

Tezimde önemli fikirlerini paylaşan 2 danışman hocam Sayın Doç.Dr. Hicran YILDIZ'a

İstatistik aşamasında desteklerini veren Sayın Ahmet GÜL'e,

Çeviri aşamasında yardımlarını esirgemeyen İngilizce hocam Sayın Asuman KAYA ve kuzenim Sibel YILDIZ'a,

Tezimin veri toplama aşamasına imkan sağlayan Balıkesir Devlet Hastanesine, Balıkesir Devlet Hastanesi Dahiliye ve Endokrinoloji Servisi, Poliklinikleri ve Diyabet ve Obezite Eğitim Birimine,

Araştırmama gönüllü olarak katılmayı kabul ederek araştırmamın oluşmasını sağlayan Sayın Diyabetli Bireylere,

Tez Dönemim boyunca desteklerini esirgemeyen ARKADAŞLARIMA, özellikle Balıkesir Devlet Hastanesi Cerrahi Ekibine,

Her zaman yanımda olan kayınvalidem Cemile ASLAN'a,

Beni bu günlere getiren ve her zaman destekçim olan beni yalnız bırakmayan onlar olmasa ben ne yapardım diyeceğim Sevgili Anneme, Babama ve Kızkardeşim'e,

Tezim boyunca büyük bir sabır, emek ve fedakarlıkla beni her zaman destekleyen, her koşulda yanımda bulunan en büyük destekçim, olmazsa olmazım, değerli eşim Ömer ASLAN'a,

Kelimelerle anlatamayacağım kadar çok sevdiğim sabırla tezimin bitmesini bekleyen, biricik oğlum Emir ASLAN'a,

Teşekkür Ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Diyabetin Tanımı ve Tarihçesi	6
2.2. Diyabetin Tanı Kriterleri ve Klinik Sınıflaması	7
2.2.1. Diyabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri	7
2.2.2. Diyabetes Mellitus'un Tanı ve Takibinde Kullanılan Testler	8
2.2.3. Diyabetes Mellitus'un Sınıflandırılması	9
2.3. Diyabetes Mellitus'un Semptomları	12
2.4. Diyabetes Mellitus'ta Risk Faktörleri	13
2.5. Diyabetes Mellitus'un Komplikasyonları	13
2.5.1. Akut Komplikasyonlar	14
2.5.2. Kronik Komplikasyonlar	17
2.6. Tip 2 Diyabetin Tedavi ve Bakımı	28
2.6.1. Diyabet Kontrolü ve Tedavisinde Kullanılan Yöntemler	29
2.7. Diyabetli Bireyin Eğitimi	36
2.8. Yaşam Kalitesi	40
2.8.1. Diyabet ve Yaşam Kalitesi	41
2.9. Tedaviye Uyum	43
2.10. Diyabet ve Ailesel Destek	45
3. GEREÇ VE YÖNTEM	48
3.1. Araştırmanın Amacı	48
3.2. Araştırmanın Tipi	48
3.3. Araştırmanın Aşamaları	48
3.4. Araştırmanın Hipotezleri	48
3.5. Araştırma Soruları	49
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	49
3.7. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	49
3.8. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	49

3.9. Verilerin Toplanması	50
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	52
4. BULGULAR	54
4.1. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Diyabetle ve Diyabette Tedaviye Uyumla İlgili Özelliklerine Ait Bulgular	54
4.2. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması Sonucu Elde Edilen Bulgular	69
4.2.1. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması	70
4.2.2. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Hastalığa İlişkin Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	79
4.2.3. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlere Göre Karşılaştırılması ...	87
4.2.4. Diyabet Aile Destek Ölçeği Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Metabolik Sonuç Kriterleri İle Karşılaştırılması	104
4.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması Sonucu Elde Edilen Bulgular	106
4.3.1. Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Sosyo Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması	106
4.3.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Hastalığa İlişkin Değişkenler İle Karşılaştırılması	118
4.3.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	126
4.3.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Metabolik Sonuç Kriterleri ile Karşılaştırılması	143
4.4. Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması Sonucu Elde Edilen Bulgular	146
4.4.1. Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Sosyo-Demografik Özellikler ile Karşılaştırılması	146
4.4.2. Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Hastalığa İlişkin Değişkenler İle Karşılaştırılması	162
4.4.3. Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Metabolik Sonuç Kriterleri ile Karşılaştırılması	173

4.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları ile Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	198
5. TARTIŞMA	200
5.1. Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından İncelenmesi.....	200
5.2. Hastalıkla İlgili Bulgular	202
5.3. Diyabette Tedaviye Uyum İle İlgili Bulgular	206
5.4. Metabolik Sonuç Kriterleri	208
5.5. Diyabet Aile Destek Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması	208
5.6. Diyabet Aile Destek Ölçeği Puanlarının Hastalığa İlişkin Değişkenler	211
5.7. Tedaviye Uyum, Aile Desteği İlişkisi	213
5.8. Diyabet Aile Destek Ölçeği Puanlarının Metabolik Sonuç Kriterleri İle Karşılaştırılması	215
5.9. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması	216
5.10. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Hastalığa İlişkin Değişkenler İle Karşılaştırılması	219
5.11. Yaşam Kalitesi, Tedaviye Uyum İlişkisi	221
5.12. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Metabolik Sonuç Kriterleri İle Karşılaştırılması	223
5.13. Tedaviye Uyumun Sosyo-Demografik Özellikler ile Karşılaştırılması	224
5.14. Tedaviye Uyumun Hastalığa İlişkin Değişkenler İle Karşılaştırılması.....	227
5.15. Tedaviye Uyumun Metabolik Sonuç Kriterleri İle Karşılaştırılması	229
5.16. Yaşam Kalitesi, Aile Desteği İlişkisi	231
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	232
6.1. Sonuç.....	232
6.2. Öneriler	234
KAYNAKLAR	236
EK-1. ÖZGEÇMİŞ.....	263
EK-2. ANKET FORMU	264
EK-3. HENSARLING'İN DİYABET AİLE DESTEK ÇİZELGESİ.....	270
EK-4. YAŞAM KALİTESİ ENDEKSİ DİABET VERSİYON-III.....	271
EK-5. ETİK KURUL KARAR RAPORU	273

ÖZET

Diyabetli Bireylerde Aile Desteği İle Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu çalışma ile diyabetli bireylerde aile desteği ile yaşam kalitesi ve tedaviye uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın evrenini, Balıkesir Devlet Hastanesi Dahiliye ve Endokrinoloji Servisleri'nde yatan, Dahiliye ve Endokrin Poliklinikleri ve Diyabet ve Obezite Eğitim birimine başvuran bireyler; araştırmanın örneklemini ise araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 260 diyabetli birey oluşturmuştur. Veri toplama formları olarak; Anket Formu, Hensarling'in Aile desteği ölçeği, Diyabete Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın verileri 30 Kasım-30 Eylül 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ShapiroWilk's' testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis-H testi, Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma testi, Ki-Kare analizi, Fisher's Exact testi Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare analizi ve Spearman's korelasyon katsayısından yararlanılmıştır.

Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeğinin sosyo-demografik özelliklerle karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık olarak kadın cinsiyetinin aile desteğinin düşük olduğu sonucu çıkmıştır. Ayrıca Aile Desteği Ölçeğinin hastalığa ilişkin verilerle karşılaştırıldığında komplikasyonu olan diyabetli bireylerin aileleri tarafından desteklendiği sonucu çıkmıştır. Diyabetli bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin en yüksek puanı aile durum puanı, en düşük puanı ise sosyal ve ekonomik durum puanı olarak saptanmıştır. Ölçekten alınan global puan 0-30 arasında değerlendirilmekte olup çalışmamızda Yaşam Kalitesi Toplam puanı 20,92'dir. Diyabetli bireylerde yaşam kalitesinin hastalığa ilişkin verilerle karşılaştırılmasında, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen etkenler ise uzun diyabet süresi, komplikasyon ve ek bir hastalığın bulunmasıdır. Diyabetli bireylerin %95,38'i tedaviye uyum sağladıklarını belirtmişlerdir. Diyabetli bireylerin çoğunluğunun tedaviyi kabullendiği, kan şekerini kontrol ettiği, ilaçlarını düzenli kullandığı ve tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği aldıkları fakat tıbbi beslenme tedavisine, egzersizine ve ayak bakımına dikkat etmedikleri görülmektedir. Diyabetli bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyut puanı olan aile durumu puanı arttıkça Aile Desteği Ölçeği ve alt boyut puanları da artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, aile desteği, tedaviye uyum, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

The Study of Relationship between Family Support, Quality of Life and Compliance of Treatment in Patients with Diabetes

The purpose of this study is to observe the connection between the family support in patients with diabetes and the quality of life and compliance to treatment.

The scope of this research consists of patients staying in Internal Medicine and Endocrinology Services of Balıkesir State Hospital and of patients applying for the polyclinics of Internal Medicine of Endocrinology and the unit for Diabetes and Obesity. The sample of the research, on the other hand, consists of 260 voluntary patients with diabetes that comply with the inclusion criteria. Surveys, Hensarling's Family Support Scale, and The Quality of Life Scale for Diabetes have been used as data collection forms. The research data was collected between the dates 30th September-30th November 2016. In the evaluation of data Shapiro Wilk Test, Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Multiple Comparison Test, Chi-squared Test, Fisher's Exact Test, by the aid of Monte Carlo Simulations, Pearson's Chi-Squared Test and Spearman's Rank Correlation Coefficient have been used.

Likewise, it has been concluded that when Hensarling's Diabetes Family Support Scale is compared with socio-demographic features, women gender statistically has the lowest family support. Besides, it has also been concluded that patients with diabetes that have complications are supported by their families in comparison with the data related to the Family Support Scale. It has been determined that the highest point of patients with diabetes is family situation point, whereas the lowest point is socio-economical point according to the Quality of Life Scale. The global point taken from the scale has been assessed between 0-30 and the total point of life quality is 20.92 in our study. When the quality of life in patients with diabetes is compared with the data related to the disorder, negative factors affecting the life quality are the long duration of diabetes, complications and comorbidities. 95.38 % of the patients with diabetes have determined that they comply with the treatment. It has been understood that most of the patients with diabetes accept the treatment, check their blood glucose, take their medications regularly and have the family support for the treatment and care. On the other hand, they don't care about the medical nutrition therapy, practising and foot care. Family support scale and subdimension points have increased as personal status points of patients with diabetes, the subdimension points have gone up.

Key Words: Diabetes, family support, compliance to treatment, quality of life.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AADE	: Amerikan Diyabet Eğitmcileri Birliği
ADA	: Amerikan Diyabet Cemiyeti
AKŞ	: Açlık Kan Şekeri
ANA	: Amerikan Hemşireler Birliği
BGT-IGT	: Bozulmuş Glukoz Toleransı
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz
DM	: Diyabetes Mellitus
DNF	: Diyabetik Nefropati
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GDM	: Gestasyonel Diyabetes Mellitus
GFR	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
HbA1c	: Glikozillenmiş Hemoglobin
HDFSS	: Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği
HDL	: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HHD	: Hiperglisemik Hiperozmolar Durum
HHNK	: Hiperglisemik Hiperozmolar Nonketotik Koma
IFG	: Bozulmuş Açlık Kan Glukozu
İKH	: İskemik Kalp Hastalığı
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KKH	: Koroner Kalp Hastalığı
LDL	: Düşük Yoğunlukla Lipoprotein
MI	: Miyokard İnfarktüsü
OAD	: Oral Antidiabetik İlaç
OGTT	: Oral Glikoz Tolerans Testi
PAH	: Periferik Arter Hastalığı
PKOS	: Polikistik Over Sendromu
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SF-36	: (Kısa Form)Yaşam Kalitesi Ölçeği
SÜ	: Sülfonilüre
SVH	: Serebrovasküler Hastalık

TBT : Tıbbi Beslenme Tedavisi
TURDEP : Diyabet Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
WHO : Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 2.1.	Tip 1 Diyabet ve Tip 2 Diyabetin Ayırıcı Tanısı	12
Tablo 2.2.	Wagner Diyabetik Ayak Sınıflaması.	26
Tablo 2.3.	İnsülin Tipleri ve Etki Profilleri	35
Tablo 4.1.	Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri	55
Tablo 4.2.	Bireylerin Diyabet İle İlgili Özelliklerin Dağılımı	58
Tablo 4.3.	Diyabetli Bireylerin Tedaviye Uyumla İlgili Özelliklerinin Dağılımı	63
Tablo 4.4.	Metabolik Kontrol Form Değerlerine İlişkin Dağılım Tablosu	69
Tablo 4.5.	Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam, Alt Boyutlar Puan Dağılımı	70
Tablo 4.6.	Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyet İle Karşılaştırılması	72
Tablo 4.7.	Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Grupları İle Karşılaştırılması	73
Tablo 4.8.	Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumu İle Karşılaştırılması.....	74
Tablo 4.9.	Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Aylık Gelir Durumu İle Karşılaştırılması	76
Tablo 4.10.	Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Yaşanılan Yer İle Karşılaştırılması.....	77
Tablo 4.11.	Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Aile Tipleri İle Karşılaştırılması	78
Tablo 4.12.	Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Hastalık Süresi İle Karşılaştırılması.....	81
Tablo 4.13.	Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Başka Kronik Hastalık Olma Durumu İle Karşılaştırılması	83
Tablo 4.14.	Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Komplikasyon Olma Durumu İle Karşılaştırılması.	84

Tablo 4.15.	Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Kronik Komplikasyon Olma Durumu İle Karşılaştırılması	85
Tablo 4.16.	Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Sigara İçme Durumu İle Karşılaştırılması.	86
Tablo 4.17.	Empatik Destek Puanı Bakımından Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenler İle Karşılaştırılması.....	90
Tablo 4.18.	Teşvik Puanı Bakımından Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenler İle Karşılaştırılması.	93
Tablo 4.19.	Kolaylaştırıcı Destek Puanı Bakımından Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenler İle Karşılaştırılması.....	96
Tablo 4.20.	Paylaşımçı Destek Puanı Bakımından Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenler İle Karşılaştırılması.....	99
Tablo 4.21.	Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puanı Bakımından Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenler İle Karşılaştırılması	102
Tablo 4.22.	Diyabet Aile Destek Ölçeği Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Metabolik Sonuç Kriterleri ve Diyabet Aile Destek Puanı İle Karşılaştırılması	105
Tablo 4.23.	Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Puan Ortalaması, Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımı	106
Tablo 4.24.	Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyet İle Karşılaştırılması	110
Tablo 4.25.	Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Grupları İle Karşılaştırılması.....	111
Tablo 4.26.	Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumları İle Karşılaştırılması.	113
Tablo 4.27.	Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Aylık Gelir Durumu İle Karşılaştırılması.	115
Tablo 4.28.	Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Yaşanılan Yerler İle Karşılaştırılması.....	116
Tablo 4.29.	Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Aile Tipleri İle Karşılaştırılması.....	117

Tablo 4.30. Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Hastalık Süresi İle Karşılaştırılması	120
Tablo 4.31. Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Başka Kronik Hastalık Olma Durumu ile Karşılaştırılması.....	122
Tablo 4.32. Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Komplikasyon Olma Durumu İle Karşılaştırılması .	123
Tablo 4.33. Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Kronik Komplikasyon Olma Durumu İle Karşılaştırılması	124
Tablo 4.34. Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Sigara İçme Durumu İle Karşılaştırılması.....	125
Tablo 4.35. Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları Puanı Bakımından Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenler Arasındaki Farklılığa İlişkin Sonuçlar	128
Tablo 4.36. Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı Bakımından Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenler Arasındaki Farklılığa İlişkin Sonuçlar.....	131
Tablo 4.37. Fizyolojik Ve Manevi Durum Puanı Bakımından Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenler Arasındaki Farklılığa İlişkin Sonuçlar.....	134
Tablo 4.38. Aile Durumu Puanı Bakımından Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenler Arasındaki Farklılığa İlişkin Sonuçlar	137
Tablo 4.39. Yaşam Kalitesi Toplam Puanı İle Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	140
Tablo 4.40. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Metabolik Sonuç Kriterleri ve Diyabet Aile Destek Puanı ile Karşılaştırılması	145
Tablo 4.41. Cinsiyet İle Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması	151
Tablo 4.42. Yaş Grupları İle Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	153
Tablo 4.43. Medeni Durum İle Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	156
Tablo 4.44. Eğitim Durumu İle Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	159

Tablo 4.45.	Hastalık Süresi ile Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	166
Tablo 4.46.	Başka Bir Kronik Hastalık Olma Durumu ile Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	169
Tablo 4.47.	Komplikasyon Varlığı Durumu ile Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	171
Tablo 4.48.	HbA1c Değeri ile Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	177
Tablo 4.49.	Total Kolesterol Değeri ile Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	180
Tablo 4.50.	LDL Değeri ile Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	183
Tablo 4.51.	HDL Değeri ile Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	186
Tablo 4.52.	Trigliserid Değeri ile Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	189
Tablo 4.53.	Kan Basıncı Değeri İle Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	192
Tablo 4.54.	BKİ Değeri ile Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	195
Tablo 4.55.	Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları ile Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	199

1. GİRİŞ

Diabetes Mellitus (DM), genetik, çevresel faktörler ve yaşam tarzı değişikliklerinin etkileşimi nedeniyle insülin sekresyonunun ve\veya insülin etkisinin mutlak ve göreceli azlığı sonucu karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında bozukluklara yol açan son derece ciddi ve ilerleyici kronik bir metabolizma hastalığıdır (Tanrıverdi ve ark., 2013; Çınar ve Kara, 2010).

DM, hiperglisemik kontrol sağlanamadığında akut ve kronik komplikasyonlara yol açan, morbidite ve mortalite oranı yüksek, tüm dünyada ve ülkemizde oldukça sık görülen, hastaların yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu azaltan, tedavi ve bakım nedeniyle bireye, aileye ve topluma yük getiren, oldukça yüksek maliyetlere neden olan önemli bir sağlık sorunudur (Tanrıverdi ve ark., 2013; Akgüç, 2013; Mollaoğlu ve ark., 2010).

Diyabet, Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization, WHO)2016 yılında yayınladığı raporuna göre diyabet Dünyada 400 milyondan fazla insanı kapsayan, yaşamın her yönünü etkileyen uzun süreli kronik, önemli bir hastalıktır (WHO, 26 Şubat 2018; Olgun ve Ulupınar, 9 Eylül 2016; Olgun ve ark., 1998).

Diyabet, yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde epidemik bir hastalık ve global bir tehlike olarak kabul edilmektedir. Genetik, çevresel, davranışsal, sosyoekonomik ve kültürel etmenlerin eklenmesiyle özellikle Tip 2 diyabet prevalansı hızla yükselmekte ve halen başlıca ölüm nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Yetişkinlerde amputasyon nedeni olarak birinci sırada yer almaktadır. Aynı zamanda kişilerin yaşam kalitesini, sosyal ve mesleki yaşantısını olumsuz yönde etkileyen körlük, sinir hasarı ve böbrek yetmezliği gibi sorunlara neden olduğundan önemli bir toplum sağlığı sorunudur (Gülşen ve Olgun, 2014; Olgun ve ark., 1998; Özdemir ve Hocoğlu, 2009; Gökdoğan ve Akıncı, 2001).

WHO'ya göre; diyabet Dünya genelinde 170 milyon insanı etkilemektedir. Ayrıca düşük ve gelişmekte olan ülkelerde bu sayının 2030 yılına kadar 366 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. 2015 yılında da ise yaklaşık 1,6 milyon kişi diyabet sebebiyle hayatını kaybetmiştir. 2012 yılında da yüksek kan şekerine bağlı 2,2 milyon ölüm gerçekleşmiştir (WHO, Diabetes Programme, Prevention of Blindness from Diabetes Mellitus, 16 Temmuz 2017; WHO, Media Centre, Diabetes, 16 Temmuz 2017; Wild ve ark., 2004).

WHO'nun verilerine göre diyabetli hasta sayısı 1980 yılında 108 milyon iken, 2014 yılında bu sayı 422 milyona çıkmıştır. Dünyada 18 yaş üstünde diyabet hastalığı görülme sıklığı 1980 yılında %4,2 iken, 2014 yılında %8,5 çıkmıştır (WHO, 16 Temmuz 2017).

Diyabet görülme oranı Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması TURDEP-I'e göre %7,2 olarak rapor edilirken, TURDEP-II'ye göre bu oranın %13,7'ye ulaştığı belirtilmiştir (Kızıltan, 2016; Baykal ve Kapucu, 2015; Satman ve ark., 2013).

Diyabet görülme sıklığı, özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde çok daha hızlı artmaktadır. Bu artışın temel nedenleri; nüfusun yaşlanması, sağlıksız beslenme, obezite ve hareketsiz yaşam tarzıdır. Gelişen teknolojiye bağlı olarak hareketsiz yaşam ve obezitenin yaygınlaşması, Tip 2 DM hastalığının tüm dünyada sıklığının giderek artmasına neden olmuştur. Tip 2 DM ile obezite arasında yakın bir ilişki olup, Tip 2 DM olan bireylerin %80'i obezdır. Obezite, insülin direncine neden olmakta, bu da DM oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Obezite aynı zamanda DM tedavisini ve kan glukozunun kontrolünü de güçleştirmektedir (WHO, 16 Temmuz 2017; Baykal ve Kapucu, 2015).

Diyabet bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik hastalıklardan biridir. Diyabetli bireylerin yaşam kalitesi birçok araştırmacı tarafından incelenmiştir. 1996 yılında 'Diabetes Control and Complications Trial Research Group' tarafından yapılan bir araştırma sonucuna göre diyabetik grubun yaşam kalitesinin genel popülasyondan daha düşük olduğu görülmüş olup, benzer bir sonuç da Rubin ve Peyrot'nun çalışmalarında tespit edilmiştir. Bu araştırmaya göre diyabetli hasta grubunun yaşam kalitesi skorları genel popülasyondan düşük olarak

görülmüştür. Fakat diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında diyabetik grubun yaşam kalitesi skorlarının daha yüksek olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Akın, 2013; Rubin ve Peyrot, 1999).

Diyabetes Mellitus, diyabetli bireyler ve ailelerinin yaşamları üzerinde önemli etkisi olan bir durumdur. DM' li bireylerde duygusal tepkiler ve uyum güçlükleri görülmektedir. Hastalık belirtileri, diyabete bağlı gelişen akut ve kronik komplikasyonlar, kişinin iyilik halini ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkilemektedir. Komplikasyonlar ve uygulanan tedavilerin yarattığı doğal sıkıntı ile birlikte geleceğe yönelik endişe, yeterliliğini kaybedeceği ve başkalarına bağımlı hale gelebileceği korkuları, beden görünümünün bozulacağına ilişkin kaygılar hastanın fiziksel, bilişsel ve duygusal işlevlerini ve sosyal yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca; diyabette öz bakım uygulamalarını öğrenmek, bu davranışları günlük yaşamla bütünleştirmek, diğer sorumluluklar ve yaşam stresiyle birlikte zor ve yorucu olmaktadır. Diyabetlilerin yaşadığı bu olumsuz durumlar, onların diyabet kontrolünü de olumsuz şekilde etkilemektedir. Bu yüzden diyabet birey için yeni bir yaşam deneyimi ve uyum çabası gerektirmektedir (Aba ve Tel, 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı, 10 Eylül 2016; Akın, 2011).

Diyabetli bireylerin tedavi kurallarına uymak için normal yaşam tarzında değişiklikler yapmak zorunda olmaları, bireylerin hastalığa uyum ve kabullenme sorunları yaşamasına neden olabilmektedir. Hastaların tedaviye uyumunu; hekim-hasta arasındaki iletişim, uygulanan tedavinin zorluğu, hastaların sosyo-ekonomik durumları, eğitim durumları, hastalığı kabullenmeleri ve psikolojik durumları gibi faktörler etkilemektedir. Tedaviye uyum sorunu olan bireylerde hastaneye yeniden yatış, morbidite ve mortalite oranları artmakta, buna bağlı olarak mesleki ve ailesel sorunlar oluşmakta, bireylerin yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır (Demirtaş ve Akbayrak, 2009; Arslan, 2011; Dikeç ve Kutlu, 2015).

Bireyin diyabeti yönetebilmesi, bireysel yönetim için gerekli olan davranışları öğrenmesi ve uygulayabilmesi ile mümkündür. Bu nedenle diyabetli birey tanı ve tedavi sürecinde, sosyal, fiziksel, biyolojik, duygusal ve kültürel yönleriyle bir bütün olarak ele alınmalıdır. Tanı ve tedavi süreci, bireyin hastalığına ve tedaviye uyum göstermesini sağlama, hastalığı konusunda bilgi verme, hastalığı ile yaşamayı öğretme ve bu konuda cesaretlendirme, önemli bakım aktivitelerini birlikte yapma,

bireyin kendi tedavi ve bakımını planlamasına ve incelemesine yönelik çok sayıda etkinliği içermektedir. Hastaların yaşamak zorunda oldukları bu dönemlerde, bireylerin hastalığını kabullenmesi yönünde desteklenmesi, hastalığa uyumunu kolaylaştırabilir (Akın, 2011; Tekir, 2011; Demirtaş ve Akbayrak, 2009).

Hastalığını kabullenen diyabetli bireylerde, diyabet başarılı bir şekilde yönetilmekte, buna bağlı olarak metabolik kontrol sağlanmakta; yüksek olan HbA1c seviyesi düşmekte; yaşam kalitesi artmaktadır. Erikson tarafından yapılan bir çalışmada hastalığını kabullenmiş ve uyum sağlamış diyabetli ile HbA1c seviyesi arasında pozitif bir korelasyonun olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca, hastalığı kabullenmiş ve uyum sağlamış bireyler, yaşam kalitesini düşürmeden çok uzun süre yaşamını devam ettirebilmektedir (Sanden Eriksson, 2000; Demirtaş ve Akbayrak, 2009).

Diyabetli bireylerin diyabet yönetimleri için temel yardımcıları ailesi ve yakın çevresidir. Diyabet teşhisini izleyen süreç içerisinde, diyabetli birey ve ailesi eskiye göre daha fazla zaman ve maddi gelire ihtiyaç duyar. Hastalığın tipi, ciddiyeti, uygulanan tedavi yöntemi, hastalığın diğer sistemler üzerindeki etkileri ve kan şekerinin düzeni gibi konular diyabette önem taşımaktadır. Bu durumda hastalık diyabetli bireyi olduğu kadar ailesini de etkilemektedir. Bu yüzden diyabetin tedavisi, kontrolü ve diyabetli bireyin hastalığa uyumunda en önemli hedef aile desteğinin sağlanabilmesidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 10 Eylül 2016; Akın, 2011).

Amerikan Diyabet Cemiyeti diyabet hastalığını; bireylerin ve ailelerin yaşamlarını tüm yönleri ile etkileyen, komplikasyonları ile yaşam kalitesini azaltan ve zorunlu yaşam tarzı değişikliklerini beraberinde getiren, sürekli tıbbi bakım ve eğitimi zorunlu kılan kronik bir hastalık olarak tanımlamaktadır. Bireyin zorunlu yaşam tarzı değişikliği, aile hayatından bağımsız düşünülememektedir. Diyabet hastalığı ile ilgili çalışmaların ortak noktası, bireyin sosyal çevreden bağımsız bu hastalığı yaşayamadığı, duygu ve düşüncelerini içinde bulunduğu sosyal çevreye göre şekillendirdiği yönünde gelişmektedir. Bu sebeple sosyal yapıdaki güçlenmenin önce aile içerisinde başlayacağı ve ailenin desteği ile bireyin diyabetle ilişkisini düzenleyeceği ve yaşamın bir parçası olarak kabul edeceği düşünülmektedir (Acar, 2011).

Kısacası diyabetli bireyin ve ailesinin eğitilmesi, ailenin destek konusunda teşvik edilmesi, bakımı konusunda aktif hale gelmesi ve problemlerle başa çıkma gücünün artırılması etkili bireysel yönetimin sağlanması için son derece önemlidir (Akın, 2011).

Bu araştırmanın amacı; diyabetli bireylerde aile desteği ile yaşam kalitesi ve tedaviye uyum arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabetin Tanımı ve Tarihçesi

Diabetes Mellitus (DM), kalıtsal ve/veya sonradan kazanılan pankreasın beta hücrelerinden salgılanan kan glukozunun kullanımını düzenleyen insülin hormonu salgısının tamamen veya kısmen yetersizliği veya periferik eksikliği sonucunda meydana gelen hiperglisemi ile karakterize karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasının bozulduğu bir hastalıktır. DM'daki kronik hiperglisemi, uzun dönemli hasar disfonksiyon özellikle göz, böbrek ve sinirler kalp ve kan damarlarını içeren, çeşitli organ yetmezliklerine neden olmaktadır (WHO, Media Centre, Diabetes, 16 Temmuz 2017; Gül, 2015; Olgun ve ark., 1998).

Diyabet, eski çağlardan beri bilinen bir hastalıktır. M.Ö. 1500 yıllarında Eski Mısır'da aşırı idrar yapımı ile seyreden, diyabet hastalığına benzer bir hastalığın görüldüğü Ebers papirüslerindeki kayıtlarından öğrenilmektedir. Bu tarihsel belgelerde aşırı idrara çıkmaya karşı ilaç tariflerine rastlanmış hastalığın tedavisi ile ilgili bilgiler verilmiştir. M.Ö. V. yüzyılda Hintli hekim Susruta 'Susruta-Samhita' adlı eserinde aşırı susama, ağır bir ağız kokusu, yorgunlukla birlikte ballı idrarla seyreden bir hastalıktan bahsetmiştir. Aynı yıllarda Çin ve Jopan hekimleri diyabetli hastalarının idrarlarının tatlı olduğu ve bu insanların köpeklerin ilgisini çektiğini söylemişlerdir. Hastalığa ilk kez diyabet adını M.S. 130-200 yılları arasında yaşayan Kapadokyalı Aretheaus vermiştir. (Akpınar, 2012; Gündoğan Zallak, 2002; Coşkunsu Uluslu, 2015; Baş, 2008).

Milattan sonra 9. yüzyılda İslam hekimi Razi ve 10-11. yüzyıl İslam hekimi İbn-i Sina, bu hastaların idrarının tatlı olduğundan ve susuzluk hissinden söz etmişlerdir. 18. yüzyılda William Cullen 'Diabetes' kelimesinin yanına, tatlı veya ballı anlamına gelen 'Mellitus'u eklemiştir. 1815'de Chevreul, idrardaki bu şekerin 'glikoz' olduğunu tespit etmiş olup, 19. yüzyılda Claude-Bernard glikozun karaciğerde glikojen olarak depolandığını belirlemiştir. 1869'da Paul Langerhans,

pankreasdaki adacık hücrelerini tanımlamıştır. 19. yüzyılın sonlarında Kussmaul, komanın klinik belirtilerini tanımlamış ve 'asidoz' terimini kullanmıştır. Ayrıca 1889'da Oskar Minkowski, deneyleri ile DM'ta sorumlu organın pankreas olduğunu kanıtlamıştır (Yandım, 2011; Doğan, 2008).

İnsülin ilk kez cerrah Frederick G Banting, asistanı Charles H Best, biyokimyacı James B Collip ve fizyolog JJR Macleod tarafından 1921 yılında Toronto Üniversitesi'nde keşfedilmiştir (Demir, 2014; Bliss, 2013).

Meyer, Langerhans adacıklarından salgılanan ve kan glukozunu düşüren bu maddeye "İnsülin" adını vermiştir. İnsülinin moleküler yapısı 1955'te Sanger tarafından gösterilmiş ve bu buluşu kendisine Nobel ödülü kazandırmıştır. Daha sonra ağızdan şeker ayarını düzenleyen ilaçlar keşfedilmiş ve daha sonraki yıllarda da çok daha yeni ve yararlı katkılar sağlanmıştır (Gökçek, 2008; Köseoğlu, 2015).

2.2. Diyabetin Tanı Kriterleri ve Klinik Sınıflaması

Giderek artan sıklığı, önemli komplikasyonlara yol açması ve yüksek maliyetli bir hastalık olması nedeniyle erken dönemde tanınması amacıyla 1979 ABD'de 'National Diabetes Data Group' ve 1980'den sonra WHO diyabet için tanı ve sınıflandırmaya bir standadilizasyon getirebilmek amacı doğrultusunda çalışmalara başlamış ve bozuk glukoz toleransı (BGT - IGT-Impaired Glucose Tolerance) olarak adlandırılan yeni bir alt grup belirlenmiştir. Daha sonraki yıllarda, yapılan çalışmalar doğrultusunda yeni tanı kriterleri belirlenmiş ve sınıflamalar yapılmıştır. Diyabetes Mellitus ve glikoz tolerans bozukluğu için tanı kriterleri son olarak American Diyabet Derneği (American Diabetes Association-ADA) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yeniden değiştirilmiştir (Olgun ve ark., 2014; İlkova, 2012).

2.2.1. Diyabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri

1-) Semptomlar + Rastgele plazma glikozu ≥ 200 mg/dl: Diyabete özgü semptomların (poliüri, polidipsi ve açıklanamayan kilo kaybı v.b) varlığına ek olarak günün herhangi bir zamanında ölçülen plazma glikoz değerinin ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/L) olması,

2-) Semptomlar + Açlık plazma glikozu ≥ 126 mg/dl: Açlık plazma glikoz değerinin 126 mg/dl (7.0 mmol/L) veya daha yüksek olması (Açlık: en az 8 saat hiç kalori alınmamış olması demektir.) Açlık plazma glikozunun 126 mg/dl veya daha fazla olması diyabetin kesin olmayan tanısıdır. Kesin tanı diğer göstergelerle doğrulanmalıdır.

3-) Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) 2. saat değeri ≥ 200 mg/dl 75 gr glikoz ile yapılan OGTT sırasında 2. saat glikoz değerinin ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/L) olması koşulları aranmaktadır.

4-) HbA1c \geq %6,5 (Glikozillenmiş hemoglobin) (American Diabetes Association, 2012; Tanrıverdi ve ark., 2013; Durna, 10 Eylül 2016)

2.2.2. Diabetes Mellitus'un Tanı ve Takibinde Kullanılan Testler

Açlık Kan Glukoz Ölçümü; Açlık kan glikoz değeri plazmada (venöz veya kapiller) 126 mg/dl veya daha yüksek ise güvenilir olarak diyabet tanısı konabilir. (Durna, 10 Eylül 2016; TEMD, 24 Şubat 2018).

Herhangi Bir Zamanda Ölçülen Kan Glukozu; Sık idrar, ağız kuruluğu, yorgunluk gibi diyabet açısından kuşkulu şikayetleri olan bir kişide günün herhangi bir saatinde ölçülen kan glukozunun 200 mg/dl veya üzerinde bulunması, diyabet tanısı koydurur. Bu durumun daha sonra açlık kan glukozu ile de doğrulanması gerekmektedir (Satman ve ark., 2011).

İdrarda Glukoz Ölçümü; Diyabet tanısında en sık kullanılan test idrarda glikoz ölçümüdür. Duyarlılığı ve özgülüğü düşük olmasına karşın uygulama kolaylığı açısından ilk tercih edilen testlerden biridir. Normalde 24 saatlik idrarda glikoz 40-70 mg'dır. Bu değerleri aşması patolojik sınırlar içine girer. Uygulaması kolay olduğu için diyabet tanısı sırasında sıklıkla idrarda glikoz tayini testi yapılır. Ancak tek başına tanısal değeri bulunmamaktadır (Durna, 10 Eylül 2016).

Oral Glukoz Tolerans Testi; Diyabet tanısı için kullanılan en duyarlı testtir. Sonuçların güvenilir olması için test öncesinde önerilen hazırlığın yapılmış olması gerekir. Test 8 saat açlıktan sonra uygulanır. Açlık kan şekeri ölçümünden sonra 300

ml su içinde eritilmiş 75 gr glukoz 3–5 dakikada içirilir. Tanı için glikoz alımından 2 saat sonra ölçülen kan şekeri sonucunun değerlendirilmesi önerilir. Sonuç 200 mg/dl ise diyabet tanısı kesinleşir. Açlık plazma glukoz değerleri en az iki kez 126 mg/dl ‘nin üzerinde ise diyabet tanısı için OGTT yapılması gerekmez (Durna, 10 Eylül 2016; Aydoğan, 2005).

Glikolize Hemoglobin Ölçümleri; Hemoglobin, eritrositler içinde bulunan ve akciğerlerde tüm vücut hücrelerine oksijen taşıyan bir proteindir. Kan dolaşımında sürekli bulunan glukoz hemoglobine bağlanmakta yani glukozillenmektedir. Glikolize hemoglobinlerin yarı ömrü, dolaşımdaki eritrositlerin yarı ömrü ile yakından ilişkilidir. Bundan dolayı HbA1c, önceki 8-12 haftadaki kan glukoz durumunu yansıtmaktadır. Glukozillenmiş hemoglobin seviyesinin ölçülmesi metabolik kontrolün, yani uzun süreli diyabet kontrolünün önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Buna göre HbA1c \geq %6.5 (48 mmol/mol) olması diyabet tanısı için eşik değer kabul edilmektedir. Bir başka deyişle HbA1c \geq %6.5 olması tanı koydurmaktadır. HbA1c’nin açlık gerektirmemesi, akut hastalık ve stres durumlarında değişkenlik göstermemesi gibi avantajları olmakla birlikte; daha pahalı olması, plazma glukoz ölçümü kadar yaygın olmaması, (bazı tayin yöntemleri ile) kan kaybı, hemoliz, hemoglobinopati, anemi gibi nedenlerden etkilenmesi gibi dezavantajları da bulunmaktadır (Malek, 2010; Sümerli, 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı, 12 Eylül 2016).

2.2.3. Diabetes Mellitus’un Sınıflandırılması

Diyabet; Tip 1, Tip 2, spesifik nedenlere bağlı diyabet ve gebelik diyabeti (Gestasyonel Diabetes Mellitus, GDM) olmak üzere başlıca dört gruba ayrılır. Diyabetli bireylerin çoğunluğunu Tip 1 ve Tip 2 diyabetli hastalar oluşturmaktadır. Diyabet sınıflamasına 2003 yılından itibaren prediyabet de eklenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 12 Eylül 2016; Dinççağ, 2011).

Tip 1 Diyabet

Pankreasta ilerleyen beta-hücre yıkımına yol açan bir dizi olay sonucu insüline bağımlı diyabetin ortaya çıktığı diyabet tipidir (Durna, 10 Eylül 2016).

Diyabetli bireylerin %5-10'u Tip 1 diyabetlidir. Tip 1 diyabetli bireylerin %90'nı otoimmün (Tip 1A), %10 kadarında nonotoimmün (Tip 1B) β -hücre yıkımı vardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 12 Eylül 2016; Palabıyık Yılmaz, 2011).

Tip 1 diyabet herhangi bir yaşta ortaya çıkabilirken, en çok çocuklarda ve genç yetişkinlerde görülmektedir (Diabetes Research & Wellness Foundation, 10 Eylül 2016).

Tip 1 diyabette, klasik semptomlar aşırı idrar salgısı (poliüri), susuzluk (polidipsi), kilo kaybı ve yorgunluktur. Bu semptomlar Tip 2 diyabette daha az görülmektedir. Aynı zamanda Tip 1 de herhangi bir belirtinin erken ortaya çıkmaması da mümkün olmaktadır (WHO, 10 Eylül 2016).

Bireylerin çoğu normal kilolu olmakta ve ömür boyu insülin tedavisi almaktadırlar. Tip 1 diyabetli bireyler Diyabetik Ketoasidoz (DKA) gelişimine yatkındırlar ve bazen DKA hastalığının başlangıç bulgusu olarak da görülebilmektedir (Gündoğdu ve ark., 2006). (Tablo 2. 1.).

Tip 2 Diyabet

Dünyada insanların yaklaşık olarak % 90'ı Tip 2 diyabetlidir. Tüm dünyada en sık görülen diyabet formu olan Tip 2 DM, akut metabolik komplikasyonlar ve uzun sürede oluşan makrovasküler komplikasyonlara (koroner kalp hastalığı, periferik damar hastalığı, serebrovasküler hastalık) ve mikrovasküler komplikasyonlara (nefropati, retinopati, nöropati) neden olmaktadır (WHO, 10 Eylül 2016; Özdemir ve Hocaoglu, 2009).

Tip 1 diyabetin tersine Tip 2 diyabet genellikle 40 yaş üstü kişileri etkilemektedir. Ancak; ortaya çıkma yaşı yaşam tarzındaki değişikliklere bağlı olarak her geçen gün düşmekte gençlerde ve hatta çocuklarda dahi görülebilmektedir. Bunun yanı sıra yaş arttıkça görülme sıklığı artmaktadır. Tip 2 diyabet klasik diyabet belirtilerinin çok belirgin olmadığı, sinsi başlangıçlı olan ve yıllarca belirtilerini göstermeden kalabilen, kronik komplikasyonların sık görüldüğü, başlangıçta genellikle insülin tedavisine gerek duyulmayan diyabet tipidir (Gündoğdu ve ark., 2006; Coşansu Kuzu, 2009; Akın, 2013).

Tip 2 diyabet etyopatogenetik olarak insülin direncinin ve insülin sekresyon bozukluğunun mutlaka bir arada bulunması ve vücudun insülini etkisiz bir şekilde kullanımından kaynaklanan bir hastalıktır (İlkova, 2012; WHO 2010, 15 Şubat 2017).

Tip 2 diyabetin patogenezi tam olarak anlaşılammakla birlikte, birincil olarak yaşam şekli ve genetik faktörler nedeniyle ortaya çıktığı bilinmektedir. Ayrıca Tip 2 diyabetin gelişme riski yaşla, obezite ve fiziksel aktivitenin eksikliğiyle beraber artmaktadır. Tablo 2.1’de gösterilmiştir (Ripsin ve ark., 2009; Köseoğlu, 2015; Cefalu, 2016).

Gestasyonel Diyabet

Gestasyonel diyabet, ilk olarak gebelik sırasında fark edilen veya başlayan değişik derecelerdeki karbonhidrat bozukluğudur. Genellikle gebeliğin 2. ve 3. trimestrinde hiperglisemi gelişmektedir. Gebelikte karbonhidrat intoleransı gelişmesi doğal olmakla birlikte tüm gebelerin yaklaşık olarak %7’inde Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM) gelişir (Azal, 2010; Olgun ve ark., 2014).

Gestasyonel Diyabetes Mellitus’ u (GDM) olan kadınların %15-20’si daha sonraki yaşlarda Tip 2 diyabet olmaya adaydır, kilolu kadınlarda bu oran % 60-70 yükselir. Bu nedenle gebelikte ortaya çıkan yüksek kan şekeri düzeyi, doğumdan 6 hafta sonra 75 g’lık şeker yükleme testi yapılarak değerlendirilmeli ve izlenmelidir (Arslan, 10 Eylül 2016).

Sekonder Diabetes Mellitus (Diğer Spesifik Tipler)

Tip 1, Tip 2 ve GDM dışında, bazı durumlar da diyabete neden olabilir veya bazı nadir hastalıklara diyabet eşlik edebilir. Bunlar pankreasın beta hücre fonksiyonunda bozulma, insülin etkisindeki genetik defektler, egzokrin pankreas hastalıkları, akromegali, Cushing sendromu gibi endokrin bozukluklar, pentamidin, vakor, gibi ilaç/kimyasal maddeler ve sitomegalovirus gibi enfeksiyonlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 12 Eylül 2016; Tekir, 2011; TÜRKDİAB, 24 Şubat 2018).

Prediabet

Bir bireyin kan şekeri düzeyi normalden yüksek olmasına karşın diyabet tanısı koymaya yeterli yükseklikte değilse, bu durumda birey pre-diyabetik (gizli şeker hastası) olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin Açlık kan şekeri 100-125, OGTT: 2. saat 140-199 olmaktadır. Bu hastalarda ileriki yıllarda diyabet gelişme riski ve diyabete bağlı komplikasyon görülme riski fazla olduğu için, bu hastalar diyabet sınıflamasına alınmaktadır. Yapılan açlık kan şekeri ölçüm ile bozulmuş açlık kan glukozu (IFG), OGTT ile bozulmuş glukoz toleransı (IGT) belirlenmektedir (Goldenberg ve Punthakee, 2013; Türkiye Diyabet Vakfı, 02 Ekim 2016; Onuker Başaran, 2008).

Tablo 2.1. Tip 1 Diyabet ve Tip 2 Diyabetin ayırıcı tanısı
(Türkiye Diyabet Vakfı, 13 Eylül 2016).

Klinik Özellikler	T1DM	T2DM
Başlangıç yaşı	Genellikle ≤ 30 yaş	Genellikle ≥ 30 yaş
Başlangıç şekli	Genellikle akut, semptomatik	Yavaş, çoğunlukla asemptomatik
Ketozis	Sıklıkla var	Sıklıkla yok
Başlangıç kilosu	Genellikle zayıf veya kilo kaybı	Genellikle obez
Ailede diyabet yükü	Yok veya belirgin değil	Yoğun
C – peptid	Düşük	Normal / Yüksek / Düşük
Otoantikör (ICA, AntiGAD, IA2Ab, IAA)	Genellikle pozitif	Negatif
Otoimmün hastalık birlikteliği	Var	Yok

2.3. Diyabetes Mellitus'un Semptomları

Diyabetin klasik semptomları başlıca poliüri, polidipsi, polifaji veya iştahsızlık, halsizlik, çabuk yorulma, ağız kuruluğu, noktüri; daha az görülen

belirtileri ise bulanık görölme, açıklanamayan kilo kaybı, inatçı enfeksiyonlar, tekrarlayan mantar enfeksiyonları, kaşıntıdır (Olgun, 2012).

2.4. Diyabetes Mellitus'ta Risk Faktörleri

Birinci derece yakınlarında diyabet bulunması, daha öncesinde ortaya koyulmuş bozulmuş açlık glikozu ya da bozulmuş glikoz toleransı olması, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) kolesterol ≤ 35 mg/dl olması, trigliserid düzeyinin >250 mg/dl olması, hipertansiyonu (kan basıncının) $140/90$ mmHg \geq olması risklidir. Ayrıca; diyabet prevalansı yüksek etnik gruplara mensup kişiler, iri bebek doğuran ve ya daha önce GDM tanısı almış kadınlar, düşük doğum tartılı doğanlar, Polikistik over sendromu (PKOS) olan kadınlar, Şizofreni hastaları ve atipik antipsikotik ilaç kullananlar, insülin direnci ile ilgili hastalığı bulunanlar, yaş (45 yaş üstü), vasküler hastalık öyküsü varlığı, koroner, periferik veya serebral vasküler hastalığı bulunanlar, obezite, alkol ve sigara kullananlar, stres altında yaşayan kişilerde diyabetin görölme riski daha yüksektir (Tanrıverdi ve ark., 2013; Yüksek ve Talay, 2005; Uğur Altun, 2010; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 15 Eylül 2016; Bayram, 2010; Türkiye Diyabet Vakfı, 3 Ekim 2016).

2.5. Diabetes Mellitus'un Komplikasyonları

Tedavi altında olsun veya olmasın tüm diyabet hastalarında kan glikozu düzeylerinin kontrol altında olmadığı durumlarda kısa ve uzun dönemde çeşitli sistem, organ veya doku hasarları ortaya çıkabilir. Ortaya çıkan bu hasarlara diyabete bağlı komplikasyonlar denilmektedir (Yurt, 2015).

Komplikasyonlar akut (metabolik) ve kronik (dejeneratif) olmak üzere 2 grup altında incelenebilir (Yalçınkaya Kara, 2009).

Diyabetin hem kendisi hem de oluşan uzun süreli komplikasyonları, yalnızca hastayı değil, aynı zamanda hasta yakınlarını, çevresini ve toplumu da sosyal ve ekonomik yönden ilgilendiren sonuçlara neden olmaktadır (Kar, 2009).

2.5.1. Akut Komplikasyonlar

Kan glikoz seviyelerinin kontrolsüz bir şekilde olması, gereken değerlerin dışına çıkması ile diyabetin akut komplikasyonları ortaya çıkar. Diyabetlide yaygın olarak 4 akut komplikasyon görülür: Bunlar hipoglisemi, Diyabetik Ketoasidoz (DKA), hiperglisemi ve Hiperglisemik Hiperozmolar Non-ketotik Koma (HHNK)'dir (Karaca Sivrikaya, 2006).

Hiperglisemi

Kan glikoz seviyesinin normal oranların üzerine çıkmasıdır. Akut bir komplikasyondur. Kan glukoz seviyesi sıklıkla açlıkta 140 mg/dl, toklukta 180 mg/dl'nin üzerinde, idrarda şeker (+) ve HbA1c %8 veya daha yüksek ise kan glikozu yüksektir ve tedavi edilmelidir. Bu durum özellikle yaşlılarda büyük sıkıntı yaratmaktadır. Çünkü hiperglisemi, aşırı idrar atımına ve dehidratasyona neden olmaktadır. Çoğunlukla yaşlı diyabetiklerin susama yeteneğini kaybetmiş olmaları durumu güçleştirmektedir. Eğer hiperglisemi tedavi edilmezse DKA ya da HHNK yol açmakta ve bu durumlardan biri dahi görülmesi bile bireyin yaşamını tehdit etmektedir (Terkeş ve Bektaş, 2012; Olgun, 10 Eylül 2016).

Diyabetik Ketoasidozis (DKA)

DKA, diyabetin en ölümcül akut komplikasyonlarından birisidir. Her 1.000 diyabetik hastanın 4,6 - 8'inde DKA görülmektedir. DKA'da mortalite %5 civarlarındadır (Yiğit ve ark., 2013; Ünal ve İbiş, 2012).

Altta yatan temel sorun; insülin eksikliği veya glukagon, kortizol, katekolaminler ve büyüme hormonu gibi insülin karşıtı hormonların artmasıdır (Özçalık ve ark., 2015).

DKA, ketoasidoz, hipovolemi, dehidratasyon semptom ve bulguları ile kendini gösteren, zamanında tedavi edilmezse komaya kadar ilerleyerek ölüme neden olabilen akut ve ağır bir metabolik komplikasyondur (Sümerli, 2012; Sezgin, 2009).

DKA, karakteristik olarak Tip 1 diyabetiklerde daha sık görülmesine karşın, Tip 2 diyabetiklerde altta yatan ciddi enfeksiyon, travma ve miyokard infarktüsü gibi ciddi stres faktörü varlığında da görülebilmektedir (Ünal ve İbiş, 2012).

DKA'un şiddetinin belirlenmesi, tedavide önemli bir husustur. Diyabetik ketoasidozda uygulanacak tedavinin amacı dolaşım hacmini ve doku perfüzyonunu düzenlemek, serum glukoz ve osmolalitesini normal sınırlara getirmek, idrar ve serumdaki keton cisimlerini temizlemek ve elektrolit dengesizliğini gidererek hastayı rahatlatmaktır (Akgüç, 2013; Ustaalioğlu, 2015).

Hiperglisemik Hiperozmolar Non-ketotik Koma (HHNK)

HHNK, ketoasidoz olmaksızın aşırı hiperglisemi (plazma glukozu ≥ 600 mg/dl), plazma hiperosmolaritesi (Eosm ≥ 320 mOsm/kg), dehidratasyon ile karakterize bir sendromdur. Kan pH'sı 7.3'ün üzerinde, serum bikarbonat'ı 15 meq/L'nin üzerindedir. Mortalite oranı % 40-70 dir. Hastaların çoğunluğu orta yaşın üzerinde (ortalama 60 yaş) olmakla birlikte kesin bir yaş ve cins farkı yoktur; 18 aylık çocuklarda da tespit edilmiştir (Bahçecik, 9 Eylül 2016; Taşan, 1997).

HHNK ile DKA oluşum mekanizması hemen hemen aynı olmakla birlikte, HHNK' de dehidratasyon ön plandadır ve az da olsa varolan insülin keton oluşumunu engellemektedir. HHNK de semptomlar ve bulgular DKA'a göre daha uzun bir sürede günler veya haftalarla ifade edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Diyabet Programı 2015-2020, 12 Eylül 2016; Tonyukuk ve ark., 2008; Saraç ve Savaş, 2012).

İlk belirtileri: poliüri, polidipsi ve halsizliktir. Sıklıkla sıvı alımında azalma, nadiren glukoz içeren içeceklerin büyük miktarda alımı öyküsü vardır. Müdahale edilmediği takdirde ise ağır dehidratasyona yol açarak tabloyu laterji, konfüzyon, konvülsiyon ve derin komaya kadar götürebilmektedir. Ayrıca dehidratasyon sonucunda venöz tromboembolikler artmaktadır (Kavaklı ve ark., 1998; Karaca Sivrikaya, 2006; Özata ve Yöner, 2006).

Bu durumun tedavi yaklaşımında; en önemli tedbir, dolaşımın ve idrar çıkışının düzeltilmesi için aşırı miktarda damar içi sıvının hızlı bir şekilde verilmesidir Hipergliseminin hızlı kontrolü için de insülin verilmelidir. İnsülin etkisine bağlı gelişen hipopotasemi ve hipofosfatemide için potasyum ve fosfor yerine konulmalıdır. Tromboembolitik olayların dehidratasyondan dolayı fazla olması nedeniyle antikoagölan tedavi başlanabilir. Ayrıca enfeksiyon varlığında antibiyotikler de kullanılmalıdır (Karaca Sivrikaya, 2006; Özata ve Yöner, 2006).

Hipoglisemi

Hipoglisemi, kan glukozunun mutlak veya göreceli olarak azalması sonucu ortaya çıkan ve çeşitli klinik bulgularla kendini gösteren bir semptomlar kompleksidir. Hipoglisemi, glikozun plazmada 60 mg/dl, kapiller tam kan örneğinde 50 mg/dl altına düşmesi olarak tanımlanırsa da bazı diyabetliler kan şekerini daha yüksek olduğunda bile hipoglisemi belirtilerini gösterebilirler. Bazı durumlarda kan glikozunun hızlı düşmesi de (Örneğin 300 mg/dl'den 150 mg/dl'ye) yarattığı metabolik değişikliklere bağlı olarak hipoglisemi belirtilerinin görülmesine neden olabilir (Çetinkaya ve ark., 2006; Olgun ve ark., 2014; Olgun, 10 Eylül 2016).

Hipogliseminin uzun süreli/şiddetli olması durumunda nöbetler, kaza ile yaralanma ve geri döndürülemez nitelikte beyin hasarları meydana gelebilir (Gündoğdu ve ark., 2006).

Diyabetik hastalarda hipoglisemi en sık görülen nedenleri ise insülin ve insülin sekresyonu ya da duyarlılığını arttıran ilaçların (sülfonilüreler, meglitinidler) fazla alınması, insülinin yanlış zamanda uygulanması, ilerlemiş böbrek yetersizliğine bağlı insülin klerensinde azalma, kadınlarda adet kanamasının başlaması, sindirim güçlüğü, mide boşalmasının gecikmesi, sıvı ve gıda alımının yetersiz oluşu (ana ve ara öğünlerin kaçırılması veya atlanması) ağır ve uzun süreli yapılan fiziksel aktivite, alkol kullanmak ve sistemik hastalıklar nedeniyle değişik ilaçların kullanımı olarak sayılabilir (Karaca Sivrikaya, 2006; Kaçtı Ertaş, 2016; Türkiye Diyabet Vakfı, Hipoglisemi, 3 Ekim 2016; U.S. Department of Health and Human Services, Hypoglycemia, 10 Eylül 2016).

Tip 2 diyabetli hastalarda hipoglisemi Tip 1 diyabetli hastalara oranla daha az görülür. Bunun sebebi Tip 2 diyabetli hastalarda endojen insülin sekresyonunun bir ölçüde de olsa korunmuş olması ve düşen kan glukozuna yanıt olarak endojen insülin sekresyonunu azaltabilmesidir (Damcı, 2010).

Hipogliseminin belirtileri, kan şekerinin hangi seviyeye düştüğüne göre değişir. Erken dönemde, (kan şekeri 40-55 mg/dl seviyelerinde) terleme, titreme, görmede bozukluklar, sinirlilik, hızlı kalp artışı, kuvvetsizlik, açlık, baş dönmesi, baş ağrısı, huzursuzluk, bulantı, soğuk ve terli cilt; daha geç dönemde, (kan şekeri 40

mg/dl altına düştüğünde) konsantrasyon güçlüğü, yürüme güçlüğü, konuşma bozukluğu, davranış değişikliği, bulanık görme, baş ağrısı, karın ağrısı, uyuşukluk sinirlilik, taşikardi; acil müdahale gerektiren dönemde, (kan şekeri 20 mg/dl altına düştüğünde) nöbetler, bilinç kaybı yaşanması durumunda, ölüm görülebilmektedir (Küçük, 2013; Olgun, 10 Eylül 2016).

Hipogliseminin en önemli ve etkin tedavisi oluşumunu önlemektir. Hipoglisemideki bir hastanın normoglisemiye gelmesi için 20-30 gr karbonhidrat alması yeterlidir. Sülfonilüreeye bağlı hipoglisemilerde hastaya intravenoz glikoz infüzyonu başlanmalıdır. Glikoz konsantrasyonunun %10'un altında olmaması ve infüzyona hastanın şekeri normal düzeye gelse bile 36 saat devam edilmesi gerekmektedir. Ayrıca; insüline bağlı hipoglisemilerde hastaya oral 20 gr glukoz verilir. Bu glukoz, kesme şeker veya meyve suyu şeklinde olabilir. Bilinci kapalı hastalarda glukagon 1mg subkutan veya intramusküler olarak uygulanmalıdır. Eğer hasta hipoglisemiden çıkmazsa glukagon tekrarlanmalıdır. Ancak insülin salgılatıcı ajanlara bağlı hipoglisemiye girmiş olan Tip 2 diyabetli bireylere glukagon verilmemelidir. Ayrıca; diyabetlilere hipoglisemi durumunda panik yapmamaları ve kan şekerini ölçmeleri konusunda eğitim verilmelidir (Arda Dağdelen, 2012; Yumuk, 2012; Damcı, 2010).

2.5.2. Kronik Komplikasyonlar

Vücudu hiperglisemiden korumanın önemi büyüktür. Hipergliseminin direk ve indirek etkileri hem Tip 1, hem de Tip 2 diyabette ölüm oranının ana kaynağı olmaktadır. Genellikle, hipergliseminin zararlı etkileri makrovasküler komplikasyonlar (koroner damar hastalığı, periferik arteriyel hastalık ve felç) ve mikrovasküler komplikasyonlar (diyabetik nöropati, nöropati ve retinopati) olarak ayrılır (Fowler, 2008).

Mikrovasküler Komplikasyonlar Diyabetik Retinopati

Diyabetik retinopati, sürekli hiperglisemi ve hipertansiyon gibi Diyabetes Mellitusla bağlantılı diğer durumlar ile ilişkili retinal mikrovasküler potansiyel olarak görmeyi tehdit eden kronik ilerleyici bir durumdur (The Royal College of Ophthalmologists, 10 Eylül 2016).

Diyabetik retinopati, diyabet gözün arkasındaki ışığa hassas dokularda, retinanın içindeki küçük kan damarlarına hasar verdiğiinde meydana gelir (Diabetic Retinopathy, 10 Eylül 2016).

Diyabet, yaş aralığı 20-74 yıl arasında olan kişilerde aniden oluşan körlük olgularının en başta gelen nedenidir. Diyabetli hastaların %90'ında diyabet süreleri 15 yılı aştıktan sonra retinopati gelişmektedir. Tanıdan 20 yıl sonra ise tip 1 diyabetlilerin tümünde tip 2 diyabetlilerin de %60'ında retinopati ortaya çıkmakta ve diyabetlilerin yaklaşık %2'sinde retinopatiye bağlı görme kaybı oluşabilmektedir (Codario, 2005; Olgun ve ark., 2014; Özcan, 10 Eylül 2016).

Diyabetli bireylerin diyabeti olmayan bireylere göre, 25 kat daha fazla körlük riskine sahip oldukları da belirtilmektedir (Terkeş ve Bektaş, 2012).

Diyabetik retinopati gelişimi açısından en önemli sistemik risk faktörü glisemik kontroldür. Bunu kan basıncı ve kan lipid düzeylerinin kontrolü takip etmektedir. HbA1c düzeyinin düşürülmesi, diyabetik retinopati gelişimi ve ilerlemesini önleyebilmektedir. Diyabetik retinopati gelişimi açısından diğer risk faktörleri; renal bozukluk, gebelik, sigara kullanımı ve bazı sorumlu genlerin varlığı sayılabilir (Cebeci ve Akarçay, 2012).

Bu yüzden diyabetik retinopatinin ilerlemesini önlemek için diyabetli bireyler kan şekeri, kan basıncı ve kan kolesterolü seviyelerini kontrol etmeleri gerekmektedir (Diabetic Retinopathy, 10 Eylül 2016).

Diyabetik retinopatinin tedavisi 3 bölümde ele alınabilir. Bunlar;

1-Tıbbi kontrol

2-Lazer tedavisi

3-Cerrahi tedavidir (Karagöz, 1997).

Diyabetik Nefropati

Diyabetik nefropati (DNF), diyabetin seyrinde sık görülen bir komplikasyondur. Hem Tip 1, hem Tip 2 diyabet için oldukça önemlidir. Komplikasyonların en önemlilerinden biri olan DNF, son dönem böbrek yetersizliğine (SDBY) yol açmaktadır. Bu da DM hastalarında morbidite ve

mortalitenin en önemli nedenidir (Tuğrul, 2002; Serhatlıoğlu ve Kazgan Baykuş, 2015).

DNF, diyabetiklerde albüminüriye eşlik eden hipertansiyon, progresif artış gösteren proteinüri ve renal işlev bozukluğuyla karakterize bir sendromdur (Gören Atalay ve Kızıltan, 2014).

Nefropati diyabetiklerin yaklaşık olarak %20-40'ında ortaya çıkmaktadır. Ayrıca DNF önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmanın ötesinde, kardiyovasküler nedenlerle ölüm sıklığında önemli bir artışı da beraberinde getirmektedir (Clinical Practice Guidelines, 12 Eylül 2016; Atasoy ve ark., 2015).

DNF, klasik olarak proteinüri ($>0,5$ g/24 saat) varlığı şeklinde tanımlanmaktadır. Klinik proteinüri ise tipik olarak hipertansiyonun eşlik ettiği 300 mg (0,3g)/24 saatin üzerindeki albumin atılım hızı ile karakterize bir durumdur (Avcı ve Çakır, 2014; Yüksek ve Talay, 2005).

İdrardaki küçük miktardaki proteinin varlığı böbrek fonksiyonlarının bozulmasının ilk belirtisidir. Böbrek fonksiyonu zayıfladıkça idrardaki albumin miktarı artar ve mikroalbumin, proteinüriye dönüşür. Mikroalbuminin diyabeti olan bireylerde tüm kardiyovasküler risk faktörlerinin en güçlü bağımsız faktörüdür (Feldt-Rasmussen, 2003).

Mikroalbuminüri olan hastaların 10 yıllık sağ kalımı %30-40 iken, olmayanların sağ kalımı %55-60 civarında gerçekleşmektedir (Taşçılar ve ark., 2004).

Gelişmiş ülkelerde son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle diyalize giren hastaların önemli bir bölümünün nedeni diyabettir. Yine bu ülkelerde her yıl ilk kez renal replasman tedavisine başlayan hastaların üçte birinde tanı diyabetik nefropatidir (Türk, 2009; Giunti ve ark., 2006).

DNF'nin ortaya çıkması için bilinen risk faktörleri; genetik faktörler, yaş, ırk, kötü glisemik kontrol, hipertansiyon, dislipidemi, Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFR) ve sigara kullanımınıdır. Son safha böbrek yetmezliğinde ise diyabetik nefropatinin

ilerlemesini geciktirmek için önlem olarak, erken tanı ve müdahaleye ihtiyaç duyulmaktadır (Clinical Practice Guidelines, 12 Eylül 2016; Vujicic ve ark., 2012).

DNF'nin erken evrelerinde hiperglisemi patolojik süreci başlatan temel etken iken, ileri evrelerde ise hipertansiyon (HT) bu süreci oldukça hızlandırmaktadır (Atasoy ve ark., 2015).

DNF, fizyopatolojik olarak 5 evreden geçer:

- 1.Glomerüler hiperfiltrasyon evresi
- 2.Sessiz evre (Normoalbuminüri)
- 3.Başlangıç evresi (yerleşmekte olan albuminüri)
- 4.Klinik nefropati (Makroalbuminüri evresi)
- 5.Son dönem böbrek yetersizliği evresi (Özcan, 10 Eylül 2016; Kutlu, 2007).

Diyabetik Nefropatide Koruma ve Tedavi

DNF'de koruyucu tedavi; böbrek hasarlarının klinik nefropati düzeyine erişmeden önce, mikroalbuminürik dönemde saptanması ilkesine dayanmaktadır. DNF'nin tedavisi; glisemi ve kan basıncı kontrolünün optimum hale getirilmesi, nefropati ortaya çıktığında ise protein alımının 0,8g/kg/gün ile sınırlandırılmasıdır. Ayrıca hiperlipidemi tedavisi, sürekli egzersiz yapılması, alkol ve sigara alışkanlıklarının bırakılmasıyla mümkün olabilmektedir. Son dönem böbrek yetmezliğinde, diyaliz tedavisi veya böbrek nakli gerçekleştirilir (Özcan, 10 Eylül 2016; Codario, 2005; Uludağ, 2010).

Diyabetik Nöropati

Diyabetik nöropati diyabet seyrinde klinik veya subklinik düzeyde ortaya çıkan, periferik, proksimal ve otonomik sinirleri tutan hem lokal hem de sistemik etkilere yol açan istenmeyen durum olarak ifade edilmektedir (Karşıdağ, 2007; Codario, 2005).

Diyabetik nöropati, yüksek morbitide ve mortalite ile seyreden ve diyabetli hastaların yaşam kalitesini azaltan önemli bir komplikasyondur. Diyabetik nöropati gelişmiş ülkelerdeki en sık nöropati nedenidir ve nontravmatik amputasyonların

%50-75'den sorumludur. Diyabetik nöropatinin görülme sıklığı tanı yöntemlerine göre %10-90 arası değişmektedir (Aldemir ve ark., 2014; Çorakçı, 2005).

Diyabetik nöropatinin gelişme riski hem büyüklüğü hem de süresi ile orantılıdır. Genellikle 25 yıl ya da daha fazla süredir diyabeti olan bireylerin %50'sinden fazlası nöropatiden etkilenmektedirler (Fowler, 2008; Bhadada ve ark., 2001).

Nöropatinin tam nedeni bilinmemekle beraber kan glukozunun yüksekliği veya insülin yetersizliğinin en önemli etkenler olduğu düşünülmektedir. Ayrıca; uzun süren diyabet, anormal kan yağı seviyeleri gibi metabolik faktörler, sinirlere oksijen ve besin taşıyan kan damarlarında hasara sebep olan nörovasküler faktörler, sinirlerde iltihaba sebep olan otoimmün faktörler, karpal tünel sendromu gibi sinirlerin mekanik yaralanması, sinir hastalıklarına duyarlılığı artıran kalıtsal özellikler, sigara ve alkol kullanımı gibi yaşam tarzındaki faktörler nöropatiyi arttıran diğer etkenler olarak gösterilmektedir (Olgun ve ark., 2014; U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, NIDDK, Diabetic Neuropathies: The Nerve Damage of Diabetes, 10 Eylül 2016).

Semptomlar sıklıkla başlarda çok azdır ve çoğu sinir hasarının oluşması yıllar sürdüğü için hafif durumlar bile uzun zaman fark edilmeyebilir. Semptomlar nöropatinin türüne ve hangi sinirlerin etkilendiğine bağlıdır. Sinir hasarı olan bazı hastalarda hiç semptom görülmemektedir. Ancak; diğerlerinde ağrı, karıncalanma ya da uyuşma, eller, kollar, ayaklar ve bacaklarda duyu kaybı gibi semptomlar görülmektedir. Sinir problemleri, sindirim sistemi, kalp ve cinsel organları da dahil her organ sisteminde de ortaya çıkabilmektedir. Nöropatik ağrı tipik olarak geceleri daha fazla görülmekte ve semptomlar en yaygın ayaklarda ve alt organlarda hissedilmektedir. Ancak bazı durumlarda eller de etkilenmektedir (U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, NIDDK, Diabetic Neuropathies: The Nerve Damage of Diabetes, 10 Eylül 2016; Boulton ve ark., 2005).

Ayrıca ayaklardaki hissizlik ve bakım eksikliği sonucu ayak ülserleri, nöropatik atropati (Charcot eklemi) görülebilir. Charcot eklemi klasik bir diyabetik ayak deformitesidir ve kesin nedeni bilinmemektedir. Motor, otonomik ve duyuşal

nöropatinin birleşimi sonucu olarak meydana geldiği düşünülmektedir. Kemik rezorbsiyonu ve fraktürleri ile seyreden bir süreçtir ve en sık ayak eklemleri tutulmaktadır (Karaca Sivrikaya, 2006; Demir ve ark., 2004; Şahin ve ark., 2010).

Diyabetik nöropatide tedavinin asıl hedefi nöropati gelişimini engellemektir. Diyabetik Nöropati tedavisinde ilk adım sinir hasarını engellemek ve kan glikozu seviyesini normal hale getirmektir. Nöropati tedavisi asemptomatiktir. Semptoma yönelik ağrılı nöropatide yapılacak girişimler kan glikozunun kontrol altına alınmasının yanı sıra uygun analjeziklerin kullanımı, ağrıyı arttıran durumların ve varsa depresyonunun kontrol altına alınmasını içermektedir. Ayrıca, alt ekstremitelerde duyu kaybı nedeniyle hastalar ayak travması ile karşı karşıyadırlar. Bu nedenle diyabetli bireyler travmalardan korunmalı, bireylere uygun ayak bakımı verilmeli, ayaklar rutin aralıklarla muayene edilmeli ve bu konuda hastalara kapsamlı eğitim verilmelidir (Karaca Sivrikaya, 2006; Terzi ve ark. 2004; U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, NIDDK, Diabetic Neuropathies: The Nerve Damage of Diabetes, 10 Eylül 2016; Olgun ve ark., 2014; Olgun, 2012).

Bazı durumlarda epilepsi tedavisinde kullanılan ilaçlar da kullanılabilir. Mesanede tonüs bozukluğu varsa tonüs arttırıcı egzersizler, impotans tedavisinde ilaç uygulamaları ve ortostatik hipotansiyonda, hastaların gece yüksek yastıkta uyuması, aniden ayağa kalkmaktan sakınmaları, kalın ve elastik çorap giymelerini sağlamak gibi koruyucu önlemler de şikâyetleri azaltabilmektedir (Karaca Sivrikaya, 2006; Temeloğlu Keskin, 2009).

Makrovasküler Komplikasyonlar

Makrovasküler komplikasyonlar büyük damarlardameydana gelen değişiklikler sonucunda ortaya çıkmaktadır. Kalpte koroner arter hastalığı (KAH), iskemik kalp hastalığı (İKH), ve miyokard infarktüsü (MI), periferik arterlerde periferik arter hastalığı (PAH), serebrovasküler sistemde serebrovasküler hastalık (SVH-inme) görülebilmektedir. Kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar Makrovasküler komplikasyonlar, Tip 2 diyabette başta gelen ölüm sebebidir. Tip 2 diyabetlilerde aynı yaşlardaki diyabeti olmayan bireylere göre kardiyovasküler hastalık ve ölüm riski 2-3 kat fazla, geçici iskemik atak 2-6 kez daha sık, SVH 2-3

kez daha sık görülmektedir. Diyabetlilerde ateroskleroz daha genç yaşta başlamakta ve daha hızlı ilerleme göstermektedir. Ayrıca; cinsiyet farklılığı da yoktur. Diyabetin makrovasküler komplikasyonları tip 2 DM’li hastalarda henüz aşikar diyabetin ortaya çıkmadığı bozulmuş glikoz toleransı döneminde başlamaktadır (Olgun ve ark., 2014; Özcan, 10 Eylül 2016; Karşıdağ, 2007; Karamahmut, 2009).

Diyabette makrovasküler komplikasyonların gelişmesini kolaylaştıran riskler; hiperlipidemi, hipertansiyon, hiperinsülinemi diyabetik nefropati/ mikroalbüminüri, sigara içme, obezite ailede İKH öyküsünü içermektedir. Makrovasküler komplikasyonları engellemek için öncelikle bu risk faktörlerinin azaltılması gerekmektedir (Olgun ve ark., 2014; Karaca Sivrikaya, 2006).

Kardiyovasküler Hastalıklar

Diyabet, kardiyovasküler morbidite ve mortalite açısından önemli ve bağımsız bir risk faktörüdür. Diyabetik hastalarda kardiyovasküler hastalıklar, diyabetik olmayan hastalara göre 2-8 kat fazla görülmektedir. Yaşı 45 ve üzeri olan erkekler ve yaşı 50 ve üzeri olan kadın diyabetliler kendilerinde ilave risk faktörlerinin bulunması veya çoğunun diyabet süresinin uzun olması nedeniyle makrovasküler hastalık, mikrovasküler komplikasyonlar, KAH açısından yüksek riskli kabul edilmektedir. Diyabetli bireylerde ölümlerin yaklaşık %50’ sine koroner kalp hastalığı neden olmaktadır (Karamahmut, 2009; Karşıdağ, 2007; Terkeş ve Bektaş, 2012; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 15 Eylül 2016).

Serebrovasküler hastalıklar

Serebrovasküler hastalıklar, diyabetin sık görülen makrovasküler komplikasyonlarından biridir. Serebrovasküler infarktüs riski diyabetli hastalarda 3 ile 10 kat artış göstermektedir ve diyabetli kişiler inmeyi takiben yüksek bir morbidite ve mortaliteye sahip olmaktadır. Bu da diyabetin bağımsız bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Bu artmış risk diyabetle birlikte diyabetik bireylerde yüksek hipertansiyon prevalansı ile ilişkilidir (Tekeşin ve ark., 2014; Gündoğdu ve ark., 2006).

Periferik damar hastalıkları

Periferik arter hastalığı (PAH), diyabetli bireylerde yaygın görülen kardiyovasküler bir komplikasyon olup sistemik aterosklerozun bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. PAH'da etkilenen arterlerde değişik derecelerde darlıklar ve sonunda tıkanma oluşmaktadır (Bozoğlan, 2015; Sadıkoğlu ve ark., 2002).

PAH, eller ve ayakların aterosklerotik oklusif hastalığı olarak tanımlanan bir hastalıktır ve ayak ve bacak amputasyonu için büyük bir risk faktörüdür. PAH, ABD'de 12 milyon kişiyi etkilemektedir. Diyabetli olmayan kişilerle karşılaştırıldığında, periferik arter hastalığı riskinde diyabetli erkeklerde 4 misli bir artış, diyabetli kadınlarda ise 30 misli bir artış mevcuttur ve risk aktif sigara içenlerde daha da yükselmiş durumdadır (American Diabetes Association, 2003; Gündoğdu ve ark., 2006).

Diyabetik PAH'da en önemli risk faktörleri; genetik yatkınlık, diyabet süresi ve diyabetin kendisidir. Diğer bilinen risk faktörleri ilerlemiş yaş, hipertansiyon, hiperlipidemidi, periferik nöropati, özellikle santral obezite ve hiperglisemidir (Karşıdağ, 2007; American Diabetes Association, 2003).

PAH'da çođu hasta asemptomatik olduğu için diyabetli bireylerde PAH'ın gerçek prevalansını belirlemek zordur. Periferik nöropati varlığı nedeniyle, PAH'ı olan diyabetli bir hastanın iskemik ülser ya da kangrene yakalanma olasılığı diyabeti olmayan bir hastaya göre daha fazladır. Diyabetin neden olduğu veya hızlandırdığı PAH'ın klinikte en sık karşımıza çıkan şekli, diyabetik ayaktır (American Diabetes Association, 2003; Ačan, 2009).

Diyabetik Ayak

Diyabetik ayak yaraları, DM'un ana komplikasyonlarından biridir ve non-travmatik alt ekstremitelerinin yaklaşık %50'sinden diyabetik ayak sorumlu tutulmaktadır. Diyabetik ayak alt ekstremitelerde sinir hasarı ve /veya periferik damar tıkanıkları sonucu gelişen enfeksiyon veya derin dokularda görülen bir harabiyettir. Diyabetik ayak; DM'nin en çok korkulan, mortalite ve morbiditeyi arttıran, yaşam kalitesini belirgin bir şekilde azaltan, ağır iş gücü kayıplarına ve organ kaybına neden olan, hastanede kalma süresinin uzamasıyla sosyoekonomik

maliyeti arttıran en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir (Nabuurs-Franssen ve ark., 2005; Oşar, 2012; Olgun ve ark., 2014; Karaca Sivrikaya, 2006; Açar, 2006).

Diyabetin ayak sorunları, özellikle 40 yaş üzerinde rastlanmakta ve Dünyada her 30 saniyede bir ayak kaybına neden olmaktadır. Ayrıca; diyabetli bireylerin %15'i yaşamlarının bir döneminde ayak ülseri komplikasyonu yaşamaktadırlar (Yeşil, 2006; Saltoğlu ve ark., 2015).

Ayak lezyonlarının görülmesi, bölgeden bölgeye, sosyo-ekonomik farklılıklara, ayak bakımı standartlarına ve kaliteli ayakkabı giyme gibi çok çeşitli faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir (Saltoğlu ve ark., 2015).

Diyabetik Ayak Risk Faktörleri; daha önce ayak ülseri/amputasyon öyküsü, nöropatik ayak, infeksiyon (fungül ya da bakteriyel), ayakta ödem, makrovasküler hastalık, ayak deformitelerinin gelişmesi (Charcot eklemi, Pence ayak vb.) kötü metabolik kontrol (kötü glisemi kontrolü, yüksek kan basıncı, yüksek LDL kolesterolü, ileri yaş), eklem hareketlerinin kısıtlanması, nefropati, körlük, obezite, temel ayak bakımı eksikliği, hijyen eksikliği ve sigara kullanımını içermektedir (TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi-2015, 15 Eylül 2016; Yüksel, 1 Ekim 2016; Demir ve ark., 2007; Olgun ve ark., 2014).

Diyabetik ayak yaraları, diyabetli bireyler için engellenebilir morbidite nedenlerinin başında gelmektedir. Diyabetli bireylerde ayak ülserlerinin oluşmasını önleyici tedbirlerin alınması ve sorunların amputasyona yol açmadan çözümlenebilmesi hedeflenmelidir. Diyabetik ayak ülser ve amputasyonlarının önlenmesi de tamamen erken tanı ve diyabet eğitimiyle olmaktadır. Bu nedenle diyabetlilerin ayak bakımına yönelik yeterli bilgiye sahip olmaları ve bilgiyi davranışa dönüştürmeleri büyük önem taşımaktadır. Kendilerine öz yeterlik davranışlarının kazandırılması, olası komplikasyonların azalmasını ya da önlenmesini sağlayabilmektedir (Aydoğan ve ark., 2010; Oşar, 2012; Bağrıaçık ve Tavşanlı, 2013; Erkoç ve ark., 2015).

Bu süreçte hemşireye önemli sorumluluklar düşmektedir. Diyabet ekibinin üyesi olarak hemşire koruyucu bakımı planlayıp sürdürebilecek en uygun adaydır. Hemşirelerin bu konuda yeterli bilgi ve beceri ile donatılmaları, bu özelliklerini

diyabetliye yansıtılabilmeleri için uygun bakım ortamının sağlanması gerekmektedir (Bağrıaçık ve Tavşanlı, 2013; Yüksel, 1 Ekim 2016).

Diyabet hemşiresi; diyabetli bireylerin ayaklarında oluşabilecek komplikasyonları ve özbakım yeterliliklerini tanımlayabilmeli; ayak bakımını öğretebilmeli, bireyi diyabetik ayak yönünden risk düzeyine göre uygun aralıklarla izlemeli, hastaya ve ailesine diyabetik ayak bakımına ilişkin eğitim verebilmelidir (Sözen, 2009; Özdemir Alkanat, 2015).

Diyabetik Ayağın Sınıflandırılması

Diabetik ayak ülserleri için literatürde birçok sınıflandırma mevcuttur fakat günümüzde yaygın olarak Wagner ülser klasifikasyon sistemi kullanılmaktadır. Bu sınıflama ülserin alanı, derinliği ve doku hasarına göre yapılmıştır (Sümerli, 2012). Wagner sınıflaması, Tablo 2.2.'de özetlenmiştir:

Tablo 2.2. Wagner diyabetik ayak sınıflaması (Kanatlı, 2011).

Evre 0: Açık yara yok
Evre I: Yüzeysel ülser
Evre II: Derin ülser (tendon ya da kapsüle ulaşan)
Evre III: Lokalize osteomyelit veya apse
Evre IV: Ayağın ön kısmında gangren
Evre V: Tüm ayakta gangren

Diyabetli Hastalarda Ayak Bakımında Dikkat Edilecek Konular

- 1- Öncelikle kan şekerinin kontrol altında tutulması gerekmektedir.
- 2- Ayaklarını sert ve sivri cisimlerle yaralamamaya özen göstermelidir.
- 3- Ayaklarını sobadan, kaloriferden uzak tutmalı, tuğla, sıcak su torbası vs. ile ısıtmamalıdır.
- 4- Ayaklarını her gün ılık su banyosu ile temizlemeleri tavsiye edilmektedir.

5- Ayakları yıkadıktan hemen sonra, çabuk emilen, yüzeyde kalmayan nemlendiriciler kullanılması önerilmektedir. Ancak parmak aralarına nemlendirici uygulaması yapılmamalıdır.

6- Tüm çorap ve çamaşırların pamuklu olması cildin hava alabilmesini sağlamak amacıyla tavsiye edilmektedir.

7- Yün ve sentetik, ciltte tahriş riskini artırmaktadır. Çorapların dolaşımı engellememesi için üstten sıkmayacak şekilde olmasına dikkat edilmelidir. Ayrıca; ayakkabılar giyilmeden önce ters çevrilip silkelenmelidir.

8- Çorapsız ayakkabı giyilmemelidir. Yazın güneşlenirken ayaklar korunmalı, kumda ve denizde özel deniz ayakkabısı kullanılmalıdır.

9- Uygun olmayan ayakkabılardan kaçınmalı, çıplak ayakla gezmemelidir.

10- Ayak yaralarının büyük bölümü ayağa uygun ve rahat olan ayakkabılarla önlenmektedir. Bu yüzden ayağa uygun ayakkabılar seçilmeli, ayağı sıkmayan deri veya bez ayakkabılar giyilmelidir. Hastalar mümkünse kendi ayak kalıpları alınarak üretilen ayakkabıları kullanılmalıdır. Ayakkabı genişliği ayak genişliği kadar olmalı, ayağı tam kavramalıdır; önü sivri, yüksek topuklu, açık burunlu ayağı rahatsız edecek ayakkabılar tercih edilmemelidir. Yeni ayakkabı alındığında ilk günlerde kısa süreli giyip değiştirilmeli ve ayaklar sürekli kontrol edilmeli, ayakkabı satın almak için öğleden sonraki saatler tercih edilmelidir.

11- Bacak bacak üstüne atarak ya da bağdaş kurarak oturmaktan kaçınılmalıdır. Çok uzun süreli yürüyüşler yapılmamalıdır. Ayaklara masaj yapılmalıdır. Yaralı ayağı yükselterek oturma, koltuk değneği kullanma ve yatak istirahati ile dinlendirme başlıca önerilerdendir.

12- Tırnaklara düzenli bir şekil verilmeli ve keskin uçları uzaklaştırmak için törpülenmelidir. Kızarıklıklara, şişliklere, veziküllere, cilt çatlakları için basınç sahalarına, parmakların altlarına ve aralarına bakılarak yapılan günlük ayak muayenesi ihmal edilmemelidir.

13- Hastanın bir aynaya ihtiyacı olabilir. Eğer görme problemi varsa, ayaklar bir başkası tarafından kontrol edilmelidir.

14- Görmesi bozuk olan hastaların aileleri, ayak bakımı açısından eğitilmeli, ve hastaların öz bakımını sürdüremediği durumlarda da mutlaka profesyonel sağlık bakımı almaları tavsiye edilmelidir (Öktem, 2010; Terkeş ve Bektaş, 2012; Saltoğlu ve ark., 2015; Özdemir Alkanat, 2015; Çapoğlu ve ark., 2001; Demir ve ark., 2007).

Diyabetik Ayakta Tedavi

Kan glikozunun iyi ayarlanması, ayaktaki basıncın kaldırılması, yara bakımı, antibiyotik kullanımı, angioplasti, cerrahi, rehabilitasyon, özel ayakkabı kullanımı, eğitim ve yakın takiptir (Özdemir, 2005).

2.6. Tip 2 Diyabetin Tedavi ve Bakımı

Tip 2 Diabetes Mellitus (T2DM); nüfusun artışına, toplumların yaşlanmasına, obezitenin ve sedanter yaşam tarzının artmasına ek olarak prevalansı hızla artan, uygun şekilde tedavi edilmediğinde ise morbidite ve mortalite artışına neden olan bir hastalıktır. Erken tanı ve uygun tedavi ile hastalığın önlenmesi mümkün olabilmektedir (Ayvaz ve Kan, 2010).

DM tedavisinde amaç, semptomatik hiperglisemiye önleyip, hastaların yaşam standartlarının korunması ve kronik komplikasyonların en alt seviyeye indirilmesidir (Uğurlu ve ark., 2012).

Diyabet tedavisindeki ilk basamak, yaşam tarzı değişikliğidir. Yaşam tarzı (obezite, fiziksel aktivite azlığı ve stres), DM ile direkt ilişkilidir (Köseoğlu, 2015; Uğurlu ve ark., 2012).

Bu nedenle beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi için etkin bir beslenme eğitimini içeren, diyetisyen tarafından uygulanan tıbbi beslenme tedavisi ve yineuzmanı tarafından uygulanan komplikasyonlar ve hastaların kapasiteleri göz önünde bulundurularak hazırlanan düzenli fiziki egzersiz tedavisi önemli bir rol oynamaktadır (Köseoğlu, 2015; Çınarsoy, 10 Eylül 2016).

Beslenme ayarlanması, düzenli yapılan, egzersiz yanında, kan şekeri ayarı sağlanmayan olgulara, tek başına veya kombinasyon şeklinde oral antidiyabetikler ve insülin eklenmektedir (Çakır, 11 Eylül 2016; Karaca Sivrikaya, 2006).

2.6.1. Diyabet Kontrolü ve Tedavisinde Kullanılan Yöntemler

- 1- Beslenme Tedavisi
- 2- Fiziksel Egzersiz
- 3- İlaç Tedavisi (OAD-İnsülin)
- 4- Bireysel İzlem (Self-Monitoring)
- 5- Diyabet Eğitimi (Tekir, 2011).

Tıbbi beslenme tedavisi

Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT), 1994 yılında ADA (Amerikan Diyabet Cemiyeti) tarafından ‘Diyabetliler İçin Beslenme Önerileri ve İlkeleri’nde belirtilmiş ve diyabetliye uygulanan beslenme tedavisi; eğitim, kavrama ve davranış değişikliğini içeren bir yöntem şekline getirilmiştir. Tıbbi beslenme tedavisi diyabetin en önemli tedavi şekillerinden biridir ve diyabetli bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda bireysel olarak hazırlanmalıdır (Akbudak, 2011; Malek, 2010).

Tıbbi beslenme tedavisinin amaçları;

- 1- Komplikasyon riskini azaltacak veya önleyecek düzeyde glisemik kontrolü en uygun hale getirmek.
- 2- Yetişkinleri ideal vücut ağırlığına kavuşturacak ve onu koruyacak adolesanlarda normal büyüme ve gelişmeyi sağlayacak, gebelik ve laktasyon döneminde artan metabolik gereksinimleri karşılayacak düzeyde yeterli enerji alınmasını sağlamak.
- 3- Kardiyovasküler hastalık riskini azaltacak düzeyde lipid ve lipoprotein profilini sağlamak.
- 4- Vasküler hastalık riskini azaltacak düzeyde kan basıncı düzeyini sağlamak.
- 5- Dislipidemi, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, nefropati, nöropati gibi kronik komplikasyonları önlemek veya tedavi etmek.

6- Egzersiz ile ilgili problemlerden, insülin kullanan diyabetlileri hipoglisemi gibi akut komplikasyonlardan ve uzun sürede gelişebilecek komplikasyonlardan korumak veya oluşumlarını geciktirmek.

7- Sağlıklı beslenme ile sağlığın iyileştirilmesi.

8- Bireysel ve kültürel tercihleri ve yaşam tarzını dikkate alarak bireysel beslenme gereksinimlerini belirlemektir (Küçük, 2013; Cefalu, 2015; Malek, 2010; Yıldırım, 2013).

Diyabetin tedavisinde beslenmenin düzenlenmesi çok büyük öneme sahiptir. Birçok Tip 2 diyabetik hastada uygun bir diyet, egzersiz ve kalori ayarıyla, antidiyabetik ilaca gerek kalmadan metabolik kontrol sağlanabilir. Önerilecek kalori miktarı, hastanın ideal kilosu ve aktivitesi esas alınarak hesaplanır. Ayrıca; önerilen beslenme programının izlenmesi diyabetin kontrolünde çok önemlidir (Özata ve Yöner, 2006; Pek, 11 Eylül 2016).

Öneriler

Beslenme programı diyabetli bireyin ihtiyacı olan günlük ana ve ara öğün zamanlarını içermelidir. Ana ve ara öğünlerin düzenli olması, gün boyunca kan glikoz düzeyinin kontrol altına alınmasını sağlayacaktır. Günlük besinlerin üç ana (sabah, öğle, akşam) ve üç ara (kuşluk, ikindi, yatmadan önce) öğün olarak alınması önerilmektedir. Günlük enerjinin %10-20'si proteinlerden, %50-60'ı karbonhidratlardan, %30'u yağlardan sağlanmalı, enerjinin doymuş yağ asidinden gelen oranı %10'un altında, çoklu doymamış yağ asidi %7-8, tekli doymamış yağ asidi %10-15 olmalıdır. Günlük alınan kolesterol 200 mg/gün'den az olmalıdır. Diyabetik ilaçların etkisi en yüksek olduğu zaman yiyeceklerle alınan glikoz kan dolaşımında olmalıdır. İlaçların dozu ve tipi her diyabetli bireyin beslenme programındaki ana ve ara öğünlerin nasıl planlanacağını tayin eder. Önerilen ilaçlar değiştirildiğinde, diyetisyenle görüşülerek gerekiyorsa öğün planı da değiştirilir. Genel kural olarak diyabetleri için ilaç alan bireylerin, uyanık oldukları zamanlarda yemek yemedikleri süre 5 saatten daha uzun olmamalıdır. Ayrıca; diyetle alınan sodyum miktarının azaltılmasının, sebze ve meyve miktarının artırılmasının, yağı azaltılmış süt ürünleri kullanılmasının, kullanılan alkol miktarının azaltılmasının da

olumlu etkileri olduğu kanıtlarla desteklenmiştir (Pek, 11 Eylül 2016; Terkeş ve Bektaş, 2014).

Fiziksel Egzersiz

Diyabetli bireyler için aktivite ve egzersiz, bakım planının, beslenme programının ve ilaç tedavisinin önemli bölümünü oluşturmaktadır. Fiziksel aktivite/egzersiz; diyabetlinin kan şekeri seviyesini dengede tutmada, HbA1c değerini normal seviyede tutmada ve diyabete bağlı ileri dönem komplikasyonlarının görülme riskini azaltmada etkilidir (Pek, 12 Eylül 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı, Diyabetli Bireyler için Eğitimci Rehberi-2014, 12 Eylül 2016).

Ayrıca; kan yağı düzeylerinin iyileşmesi, kardiyak risk faktörlerinin minimuma indirilmesi, vücut yağlarının azalması, kilo verme ve sağlığın geliştirilmesi ve psikolojik iyilik halinin artması gibi etkileri de vardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Diyabetli Bireyler için Eğitimci Rehberi-2014, 12 Eylül 2016; Terkeş ve Bektaş, 2014).

Diyabet açısından yüksek riskli bireylere hafif kilo kaybı sağlayacak ve fiziksel aktiviteyi artıracak şekilde düzenlenmiş yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir. Bu yüzden diyabetik hastalara haftada en az 3 gün, günde en az 20-30 dakika süreli yürüyüş yapması bu sürecin ilk adımı olarak tavsiye edilmelidir. Ayrıca; Tip 2 diyabetlilere önerilen anlamlı ve faydalı egzersiz ise haftada 3-4 kez yapılan 30-60 dk süren başlangıcında bir ısınma periyodu bitişinde de bir soğuma periyodu olan bir egzersiz programıdır. Egzersizin çok aç karına veya yemekten hemen sonra yapılması da sakıncalıdır. Akşam yemeğinden 1 saat sonra yapılacak egzersiz, hem postprandial glukoz hem de ertesi sabah AKŞ düzeylerini düşürmede etkili olacağı için özellikle tip 2 diyabetli hastalarda etkili olmaktadır (Terkeş ve Bektaş, 2014; Tanrıverdi ve ark., 2013; Malek, 2010; Eroğlu ve Barışık, 2012).

İlaç Tedavisi (OAD-İnsülin)

Tip 2 diyabetli bireylerde ideal tedavi diyet ve egzersizle kan şekeri kontrolünün sağlanmasıdır. Fakat bu önlemler çoğu zaman yetersiz kalır ve birey oral antidiyabetik ilaç veya insülin kullanımına ihtiyaç duyar (Akın, 2013).

Oral Antidiyabetik İlaçlar

Tip 2 DM’de tıbbi beslenme tedavisi ve yaşam tarzı değişikliği ile plazma glukozu ayarlanamazsa tedaviye oral antidiyabetikler eklenir (Ayvaz ve Kan, 2010).

Oral antidiyabetik ilaçlar (OAD) Tip 2 diyabetiklerde ağızdan alınarak kullanılan, insülin salgılama yeteneği henüz tükenmemiş; pankreastan sekresyonunu ve/veya hedef hücrelere etkisini düzenleyen veya glikozun bağırsaktan emilimini yavaşlatan ilaçlardır (Orhan, 2012; Özcan, 15 Eylül 2016).

Oral antidiyabetik (OAD) ilaçların kullanımıyla; kan şekeri kontrolü sürekliliğinin sağlanması, yan etkilerin en az olması, kullanılan ilaçlar arasında olumsuz etkileşimin olmaması, insülin direncinin azaltılması, diyabet komplikasyonlarının ortaya çıkışının veya ilerlemesinin önlenmesi, pankreasın beta hücre fonksiyonlarının korunması hedeflenir. Ayrıca oral antihiperglisemik ajanlar, tek başına, ya da kombinasyon şeklinde olabileceği gibi, insülinlerle kombine olarak ta kullanılabilmektedir (Özcan, 15 Eylül 2016; Çakır, 11 Eylül 2016).

Oral antidiyabetik ilaçlar, 4 gruptur. Etkinliklerini karaciğer, kas, yağ dokusu ve bağırsaklar üzerinden göstermektedir (Dinççağ, 2011).

İnsülin salgısını artıranlar;

Sülfonilüreler: İnsülin sekresyonunu artırır.

Glinidler (Meglitinidler/hızlı etkili insülin sekreteogları): Yemek zamanı insülin sekresyonunu artırır.

İnsüline duyarlılığı artıranlar;

Biguanidler (Metformin): Karaciğer glukoz üretimini azaltır. Daha belirgin olarak açlık, kısmen de tokluk kan şekerini düşürür.

Tiazolidindionlar (Glitazonlar): PPAR- γ (Peroksizom Proliferator-Aktive Reseptör- γ) agonistleridir. PPAR aktivasyonu ile insüline cevap veren genlerin transkripsiyonunu düzenlerler. Bu gruptaki ilaçlar özellikle iskelet kasında olmak üzere periferik dokuların insülin duyarlılığını artırarak etkili olurlar.

Glikoz emilimini azaltanlar;

Alfa-glikozidaz inhibitörleri: İnce bağırsakta α -glukozidaz enzimlerini inhibe ederek karbonhidrat emilimlerini geciktirirler. Akarboz, miglitol ve vogliboz bu grupta yer alan ilaçlardır. Ülkemizde bulunan glikozidaz inhibitörü, akarbozdur.

İnkretin bazlı tedaviler;

Gliptinler: Glukagon-like peptid-1 reseptör agonistleri (GLP-1RA) ve dipeptidil Peptidaz-4 inhibitörleri (DPP-4).

Glukagon like polipeptid-1 (GLP-1): Gıda ile alınan karbonhidratlara cevap olarak ince barsak K ve L hücrelerinden salgılanırlar. Pankreastan insülin salgısını arttırlar, gastrik boşalmayı yavaşlatırlar, T2DM'de artmış olan postprandial glukagon salgısını baskırlar ve merkezi sinir sistemi üzerine olan etkileriyle gıda alımını azaltırlar.

Dipeptidil Peptidaz-4 inhibitörleri (DPP-4): T2 DM'nin tedavisinde ülkemizde özellikle metformin, sülfonilüre (SÜ) ve tiazolidindionlar ile tedaviye iyi yanıt vermeyen hastalarda 2. veya 3.kombinasyon ajanı olarak tedavide yer alırlar (Malek, 2010; Ayvaz ve Kan, 2010; Özcan, 15 Eylül 2016).

İnsülin Tedavisi

İnsülin, pankreasta Langerhans adacıklarındaki beta hücrelerinden salgılanan bir hormondur. Temel etkisi kan şekerini düşürmektir. Yeterli glisemik kontrol tek başına oral ajanlarla sağlanamadığında en yaygın kullanılan insülinidir. Tip 2 diyabet ilerleyen bir hastalık olduğu için zamanla ortaya çıkan beta hücre fonksiyonu kaybıyla beraber, iyi glisemik kontrol elde etmek için genellikle insüline ihtiyaç duyulmaktadır ve HbA1c'si %6.5'tan büyük olan oral tedavideki tüm hastalarda kullanımı önerilmektedir (Özcan, 13 Eylül 2016; Type 2 Diabetes, Practical Targets and Treatments, 16 Eylül 2016).

Etki sürelerine göre insülin tipleri, Tablo 2.3.'de görülmektedir. Günümüzde kısa etkili insülinler ve orta etkili insülinler, yaygın olarak kullanılmaktadır. Son yıllarda bir insülin analogu olan çok kısa etkili-lispro-insülin üretilmiş ve kullanıma girmiştir. Uzun etkili insülinler, metabolik kontrolü sağlamada başarılı

olamadıklarından Dünyada ve ülkemizde kullanımı artık tercih edilmemektedir (Özcan, 13 Eylül 2016).

İnsülin Tedavisinin Amaçları

1. Normoglisemiyi sağlamak,
2. Hastanın yakınmalarını gidermek,
3. Akut ve kronik komplikasyonları önlemek,
4. Komplikasyonları önlemek, en azından geciktirmek,
5. Büyüme ve gelişmenin normal seyretmesini sağlamak,
6. Gebelikte anne ve fetüse ilişkin sorunları gidermek,
7. Enfeksiyonların oluşumunu önlemek,
8. Yaşam kalitesini artırmaktır (Tekir, 2011).

Tablo 2.3. İnsülin tipleri ve etki profilleri (Dinççağ, 2011).

İnsülin Tipi	Jenerik adı	Piyasa Adı	Etki başlangıcı	Pik Etki	Etki Süresi
Kısa etkili (Human regüler)	Kristalize insan insülin	Actrapid HM Humulin R	30-60 dakika	2-4 saat	5-8 saat
Hızlı etkili (Prandiyal analog)	Glulisin insülin Lipro insülin Aspart insülin	Solostar Apidra Humalog Prefill, Luxura Novapapid Flexpen	15 dakika	30-90 dakika	3-5 saat
Orta etkili (Human NPH)	NPH insan insülin	Humulin N, Prefill, Luxura, Insulatard HM, Novapen	1-3 saat	8 saat	12-16 saat
Uzun etkili* (Bazal analog)	Glargin insülin Detemir insülin	Lantus solostar Levemir, Flexpen	1 saat	Piksiz	20-26 saat
Hazır karışım Human (Regüler+ NPH)	%30 kristalize+%70 NPH insan insülin	Humulin M 70/30 Mixtard HM 30	30-60 dakika	Değişken	10-16 saat
Hazır karışım Analog (Lispro+ NPL)	%25 insülin lispro + %75 insülin lispro Protamin %50 insülin lispro + %50 insülin lispro Protamin	Humalog mix 25 Kwikpen Humalog mix 25 Kwikpen	10-15 dakika	Değişken	10-16 saat
Hazır karışım Analog (Aspart+NPA)	%30 insülin aspart + %70 insülin aspart Protamin	Novomix 30 Flexpen	10-15 dakika	Değişken	10-16 saat

* Uzun etkili (bazal) analog insülinler Eşdeğer etkili değildir. Bazal insülin olarak glargin kullanıldığında insülin gereksinimi detemire göre %10-15 daha azdır. Buna mukabil detemir insülinin günden güne varasyonu ve kilo aldırıcı etkisi glargine göre (0,5-1 Kg) biraz daha azdır. Düşük dozlarda detemir insülinin etki süresi kısalmış, bu nedenle özellikle tip 1 diyabetlilerde, bazal insülin gereksinimi < 0,35 IU/kg/gün ise ikinci bir doz gerekebilir.

2.7. Diyabetli Bireyin Eğitimi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); eğitimin diyabet tedavisinin köşetaşı ve diyabetlinin toplumla bütünleşmesi için de hayati bir öneme sahip olduğunu vurgulamıştır. Diyabetli birey yaşam süresini uzatmak ve yaşantısı boyunca sağlıklı kalmak istiyorsa yaşamının sonuna kadar bazı kurallara uymak ve bunu sağlayabilmek için de alışkanlıklarında değişiklik yapmak zorundadır. Bu durum diyabetli bireyler için büyük ve önemli bir sorundur. Bu nedenle diyabetlilerin hastalıkları ve gereksinimleri konularında eğitime ihtiyaçları vardır (Bayraktar, 2008; Işık, 2004).

Diyabet eğitimi; insülinin keşfinden itibaren 1920'li yıllarda Dr. Elliott P. Joslin ile başlayan, 1960'lara kadar pek az sayıda merkezde sistematik olarak daha çok doktor hasta ilişkisi içinde bilgi verme anlayışının hakim olduğu eğitim yapısında devam etmiştir. Eğitim 1970'li yıllarda ise ders verir biçimde, yönetimin hekime odaklandığı bir yöntemle kullanılmıştır. Diyabet tedavisinde geleneksel diyabet eğitiminin hastaların ihtiyacını karşılayamadığı 1980'li yıllardan sonra bilinen bir gerçek olmuştur. Zaman içinde diyabet eğitimi gelişme göstermiş, hasta eğitiminin sadece doktor ya da hemşirenin sorumluluğu olmadığı, tüm sağlık profesyonellerinin sorumlu olduğu görüşü kabul edilmiştir (Arda Sürücü, 2014; Akgüç, 2013).

Ayrıca; diyabetli bireye ve onların bakımlarından sorumlu olan aile bireylerine hastalığın bakımı ve yönetimini öğretmek de diyabet tedavi planının önemli bir parçası haline gelmiştir. Diyabetlinin eğitimi, kendi kendine bakma gücünü kullanmasına yardımcı olmaktadır. Bu yüzden eğitim, diyabetli birey ve ailesi için bakım ve izlemi kolaylaştıracak, devamlılığını sağlayacak bilgi, tutum ve becerilerin tümünü içermelidir. Ayrıca eğitim hastaya özel, onun benimseyip uygulayabileceği şekilde düzenlenmeli, güncel ve sürekli olmalıdır (Işık, 2004; Bayrak ve Çolak, 2012).

Diyabet eğitiminde amaç; hastanın diyabete uyumunu kolaylaştırmak, hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlamak, metabolik ve biyokimyasal kontrolü sağlamak, kan basıncını normal sınırlar içinde tutmak ve korumak, ideal vücut ağırlığına ulaşmak ve sağlıklı bir egzersiz programı oluşturmak, diyabetin neden

olduğu komplikasyonların gelişimini önlemek ve komplikasyonların yol açtığı hastalık veya ölümleri engellemektir. Ayrıca tedavi giderlerini azaltmak ve hastanın yeni teknolojiyi kullanabilir olmasını sağlamak amacıyla bilgi ve deneyimini artırmak, verilen eğitimin hastalığın yönetimini gerçekleştirmede uygun öz-bakım aktivitelerine dönüştürmek gibi bir çok önemli faydaları bulunmaktadır. Eğitimin bir diğer amacı da prediyabetik bireylerde Tip 2 diyabetin meydana gelmesini önlemek veya ortaya çıkışını geciktirmektir (Bayrak ve Çolak, 2012; Işık, 2004; Ustaalioğlu, 2015).

Diyabetin en iyi tedavisi, gelişiminin önlenmesidir. Diyabet geliştiği takdirde ise, tedavinin amaçları ve öncelikleri bireye göre belirlenmelidir. Bu yüzden diyabet tanısını takiben hastalar, bir diyabet merkezine sevk edilmeli ve glisemi kontrolü sağlandıktan sonra hekim, hemşire ve beslenme uzmanının vereceği eğitim programlarına dahil edilmelidir ve bu eğitim düzenli aralıklarla tekrarlanmalıdır (Işık, 2004; Eroğlu ve Barışık, 2012).

Eğitim, diyabetli ve eğitimci arasında karşılıklı etkileşim ve işbirlikçi ilişkilere dayalı olmalıdır. Diyabetlinin eğitim gereksinimleri belirlenmelidir. Bu nedenle bazı özellikler tanılanmalı ve sürekli olmalıdır. Tıbbi öyküsü, sosyokültürel seviyesi, sağlık inançları ve tutumları, diyabet bilgisi, öz bakımbecerileri, öğrenme isteği, hazır oluşluğu, bilişsel engelleri, fiziksel engelleri, gelir durumu göz önünde bulundurulmalı ve eğitim hastanın anlayabileceği bir şekilde verilmelidir (Olgun, 2012; Bayraktar, 2008).

Diyabetik hastanın eğitimi sırasında verilmesi gereken bilgiler ise;

1. Genel bilgiler: Diyabetin tanımı, fizyopatolojisi, epidemiyolojisi ve sınıflandırılması,
2. Tedavi yöntemleri: Diyet, egzersiz, oral antidiyabetikler ve insülin kullanımı,
3. Hiperglisemi ve hipogliseminin tanımı, önlenmesi ve tedavisi,
4. Akut ve kronik komplikasyonlar hakkında bilgi verilmesi, bunların önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonu,

5. Deri, dişler ve ayak hijyeni hakkında bilgi,
6. Düzenli kontrolün önemi, sigara, alkol ve diğer ilaçlar,
7. Kan şekerini kendi kendine takip etme,
8. Karşılaşılabilecekleri psikolojik sorunlar,
9. Sağlık ve davranış değişikliklerini iyi yönde geliştirebilmek için kişisel stratejiler,
10. Gebelik planlayan hastaların gebelik öncesi önlemlerini, gestasyonel diyabetin ne olduğunu ve gebelik sırasında diyabet tedavisinin nasıl yapıldığını içermelidir (Bayraktar, 2008; Bayrak ve Çolak, 2012).

Eğitimde Diyabet Hemşiresinin Rolü

İlk kez 1914 yılında Elliott Joslin, diyabet eğitimi ve tedavisinde eğitim hemşirelerinin önemli bir rolü olduğunu bildirmiştir. Ayrıca diyabet ve diyabet eğitimi konusunda uzman olmanın hemşireler için yeni bir kariyer sunduğu vurgulamıştır (Bayrak ve Çolak, 2012).

Diyabetli hasta eğitimi, diyabet eğitim hemşiresiyle hasta arasındaki ilişki sırasında öğretme ve öğrenme sürecidir (Yaman ve Şahin, 2015).

Diyabetli bireye ve onların ailelerine diyabetin bakımı ve yönetimini öğretmek diyabet tedavi planının diğer bir önemli parçasıdır. Bu yüzden diyabet eğitimi ve danışmanlığı diyabet hemşiresinin ana görevlerindedir (Akın, 2011).

Özellikle diyabet hastalarının hastalıklarına uyumunda, bireylerin kendi tedavilerini yönetmesinde, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma ve gelecekteki komplikasyonları önlemede hemşirenin önemli rolü vardır. Hemşire DM'li hastaların karşılaşıacağı olası sorunları bilmeli ve buna yönelik planlar yapabilmelidir (Baykal ve Kapucu, 2015).

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) ve Amerikan Diyabet Eğitimi Birliği (American Association of Educator-AADE)

diyabet hemşiresi görev tanımını yaparken '*Diyabet hemşiresi; diyabetlinin diyabet bakımını ve eğitim gereksinimlerini değerlendirmek, hemşirelik tanularını geliştirmek, hemşirelik bakım ve eğitimini uygulamak ve değerlendirmek için diyabetli bireyler, aileleri, gruplar ve toplumlar için çalışır*' ifadesini kullanmaktadırlar (Akgüç, 2013; Kayacan, 2012).

1989 yılında, Saint Vincent Deklerasyonu'nda (SVD); diyabet hemşiresinin diyabet eğitimindeki görev ve sorumlulukları belirlenmiştir:

Buna göre diyabet hemşiresi;

- Eğitim programı içeriğini hazırlar ve eğitim materyallerini geliştirir,
- Grup eğitimi ve bireysel eğitim için programları organize eder, uygular, değerlendirir,
- Birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilişki içinde ve hastaları evlerinde ziyaret ederek eğitim ve bakım programlarını toplum sağlığı programlarına adapte eder,
- Diyabetliler ile ilişkisi olan bireyler için (öğretmenler, sağlık ocağı hemşireleri gibi) eğitim programları geliştirir,
- Okullarda diyabetle ilgili her düzeyde eğitim programlarının geliştirilmesinde rol alır,
- Hastanede ve toplumda diyabetli bireyler için hizmetleri koordine eder,
- Bölgesel diyabet merkezlerindeki sağlık bakım elemanlarına kaynak ve danışman olur,
- Diğer meslek üyeleri ile ilişkiyi sağlar (çocuk hastalıkları uzmanları, kadın doğum uzmanları, eğitimciler gibi),
- Araştırmaya dayanan klinik uygulamalarda aktif görev alır. Diyabet hemşiresi planlanan araştırmalara katılmak ve/veya bakımın etkinliğini değerlendiren araştırmaları başlatmak zorundadır (Akgüç, 2013).

2.8. Yaşam Kalitesi

1948'de WHO, yeni bir perspektiften sağlığın yeni tanımını yaparken, sağlığı sadece rahatsızlığın, bedensel ve zihinsel güçsüzlüğün olmaması olarak değil ayrıca fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır (Tahmiscioğlu, 2008).

Bu çok boyutlu sağlık tanımında, sağlık hizmetlerinde hastalıkların sıklığı ve şiddeti gibi özelliklerin yanı sıra, sağlıkla ilişkili iyilik halinin de belirlenmesi öngörülmekte, başka bir ifadeyle sağlığın ölçülmesinde yeni bir kavram olarak çağdaş anlamda yaşam kalitesinden bahsedilmektedir (Yılmaz, 2014).

Son yıllarda yaşam kalitesi kavramıyla sağlık alanında sıkça karşılaşılmaktadır. Özellikle yaşam kalitesi kronik hastalıklarda önem kazanmaktadır. Kaliteli yaşamın ne olduğu yıllarca filozofların tartışma konusu olmuştur. Yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike, sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır (Küçük, 2008; Koltarla, 2008).

Yaşam kalitesi tüm sağlık girişimlerinin temel amacını yansıtan önemli bir sağlık göstergesidir. Yaşam kalitesi fiziksel ve sosyal fonksiyon olarak ölçülebilmekte ve fiziksel, zihinsel iyi olma durumu olarak algılanmaktadır (Rubin ve Peyrot, 1999).

Yaşam kalitesinin temelinde, fiziksel sağlık, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel etkenler ve kişisel inançlar yer almaktadır. Bireyin yaşadığı yeri, amaçlarını, beklentilerini, standartlarını ve ilgilerini içermektedir (Öztürk, 2014).

Yaşam kalitesi göstergeleri objektif ve subjektif olarak iki bölümde incelenmektedir. Yaşam kalitesi ölçümünde bunların birlikte kullanımı önerilmektedir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri, bireyin günlük yaşam aktivitelerini (GYA) ve özbakımını yerine getirebilmesi ve kişinin bu durumdan doyum bulması ile ilgilenmektedir. Bu objektif göstergeler; fiziksel iyilik hali, fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları ve sağlık durumu ile ilgili konuları içermektedir. Subjektif göstergeler ise, temelde psikolojik iyilik halini yansıtmaktadır. Sosyal ve bireysel iyilik hali, maddi iyilik hali ve duygusal iyilik hali, yaşam doyumunu, psikolojik etki ile

ilgili konuları içermektedir (Bayram, 2010; Dilek, 2008; Kuzeyli Yıldırım ve Fadiloğlu, 2005).

Kısacası objektif göstergeler, işlevsel normları ve yaşam biçimini yansıtırken, subjektif göstergeler, kişinin yaşamı hakkındaki duygularını, beklentilerini, önceki tecrübelerin ve mevcut şartların algısını kapsamaktadır (Kaya Çelebi, 2009).

2.8.1. Diyabet ve Yaşam Kalitesi

Günümüzde kronik hastalıkların artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşam kalitesi kavramının önemi vurgulanmaktadır. Çünkü kronik hastalıklara bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar bireylerin bağımsızlıklarını azaltmakta, uzun süreli bakım gereksinimleri sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinlikleri kısıtlamaktadır (Yılmaz, 2014).

Diyabet, sağlıktaki etkisi göz önüne alındığında toplumdaki en önemli kronik hastalıklardan biri olmaktadır. Kronik bir hastalık olan DM temelde endokrin sisteme ait bir hastalık olmakla birlikte uygulanan tedavi protokolleri ve komplikasyonların oluşturduğu problemler, tedavi, medikal geçmiş, glisemik kontrol ve psikolojik durumları diyabetik hastaların yaşam kalitesini, iş yaşamını, kişiler arası ilişkilerini, fiziksel ve sosyal iyi hallerini, olumsuz yönde etkilemekte ve yaşam süresinin kısılmasına yol açmaktadır. Bu nedenle diyabetik bireylerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önem kazanmıştır (Wandell, 2005; Çıtıl ve ark., 2010b; Akbudak, 2011; Wexler ve ark., 2006; Yılmaz, 2014).

Diyabetik hastalardaki yaşam kalitesini belirlemeye yönelik yapılan araştırmaların çoğunda, DM süresi arttıkça yaşam kalitesinde düşüş gösterilmiştir. Komplikasyonların bulunması, yeterli metabolik kontrolün sağlanamayışı, başka kronik hastalığın varlığı, daha önce psikiyatrik hastalık geçirmiş olmasının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (Özdemir ve Hocaoğlu, 2009; Gülseren ve ark., 2001).

Özellikle diyabetin yüksek riskli bazı makro ve mikrovasküler komplikasyonları mortaliteye neden olmaktadır. Diyabetik komplikasyonlar, aynı yaştaki non-diyabetik bireylerden yaklaşık olarak iki kat daha fazla ölüm oranına

sebepe olmaktadır. Ayrıca diyabetik komplikasyonlara sahip olan bireylerin, komplikasyonları olmayan diyabetik bireylerden daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir (Kiadaliri ve ark., 2013).

Rubin ve Peyrot çalışmalarında; diyabetli bireylerde yaşam kalitesiyle bağlantılı bazı demografik değişkenler genel nüfusla da benzerlik göstermekte olup özellikle erkeklerin kadınlardan daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları, ilerleyen yaşın işlevsellikte ve refah seviyesinde azalmaya sebep olduğunu, ayrıca daha iyi eğitim ve geliri olanların daha düşük eğitim ve geliri olanlara göre daha iyi yaşam kalitesine sahip olduklarını belirtmişlerdir. Saatcioğlu ve ark. yaptığı çalışmada da kadınların erkeklerden daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını ve bu durumun da genellikle kadınların daha ciddi anksiyete ve depresyon yaşadıklarından dolayı olduğunu tespit etmişlerdir (Rubin ve Peyrot, 1999; Saatcioğlu ve ark., 2008).

Yine Kiadaliri ve ark. (2013), İran'da diyabetli bireyler üzerinde son 10 yılda yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırarak yapmış oldukları araştırmada; bireylerin ve ailelerinin ekonomik durumu (gelir, eğitim ve meslek) daha iyi bir yaşam kalitesiyle bağlantılı olduğu belirtilmiştir. Evli olmayan diyabetik bireylerle karşılaştırıldığında ise evli olan diyabetli hastaların yaşam kalitesi daha iyi olduğu, sigara içen diyabetli bireyler ve içmeyenler karşılaştırıldığında ise sigara içenlerin daha kötü bir yaşam kalitesine sahip oldukları ortaya çıkmıştır. İranda yapılan bu çalışmaların sonucunda iyi bir beslenme tedavisi altında olanların ilaç ya da insülin tedavisi altında olanlara göre daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğu görülmüştür.

Ayrıca Wandell (2005)'in de yapmış olduğu çalışmada artmış yaşam kalitesinin düzenli bakım, bakımın sürekliliği, diyabet hemşiresine yapılan ziyaretler ve diyabet eğitimindeki memnuniyetle bağlantılı olduğu bulunmuştur. Yapılan klinik ve eğitimsel müdahale çalışmaları, hastaların sağlık durumlarında iyileşme ve kendi hastalıklarını kontrol etme yetisinde artma ve yaşam kalitesinde iyileşme ile sonuçlanmaktadır (Wandell, 2005; Rubin ve Peyrot, 1999).

Küresel bir sağlık problemi olan diyabet için, geniş kapsamlı kontrol programlarının güçlendirilmesi, desteklenmesi, özellikle komplikasyonların önlenmesi hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi açısından oldukça önemli olmaktadır (Bayram, 2010).

2.9. Tedaviye Uyum

Birçok hastalık için tedavi başarısı, hastaların beslenme alışkanlığı, egzersiz yapma, sigarayı bırakma, alkolü terk etme gibi davranış değişikliklerine bağlıdır ve hastaların tıbbi tavsiyelere uyumu oldukça zordur. Uyum tüm uygulamalarda önemli bir sorundur. Hastaların %50'sinden fazlası tam uyum sağlayamamakta ve üçte biri verilen ilaçları kullanmamaktadır. Sağlık hizmetlerine rahatça ulaşabilse de pek çok hasta yeterli bakım alamamakta bazen de tedaviyi erkenden bırakmaktadırlar (Arslan, 2011).

Tedaviye uyumu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tedaviye uyumu etkileyen faktörleri beş ana başlık altında incelemiştir. Bunlar; sosyodemografik özellikler, hastalık ile ilgili faktörler, tedavi ile ilgili özellikler, kişisel inanışlar ve davranışlarla ilgili özellikler, ekonomik faktörlerdir (Badur, 2009; Taşkaya, 2014).

Tedaviye uyumu etkileyen faktörler

Demografik özellikler: Yaş, ırk, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, sağlık bilgisi.

Hastalık: Hastalık tipi, süresi ve şiddeti, komplikasyon varlığı, hastaneyi kullanma sıklığı, sağlık bakım sunucularından memnuniyet, bakımın kalitesi.

Tedavi: İlacın dozu, ilacın tipi, başka ilaç varlığı, ilaç temini, tedavinin gerektirdiği diyet, yan etki varlığı.

Davranış: Doktor-hasta etkileşimi, hastanın bilgi düzeyi, kavrama durumu, ve hastalığı ve tedavisi ile ilgili inanışları, bakım sunanın bilgi düzeyi ve inanışları.

Ekonomik özellikler: Ekonomik durum, sağlık sigortası ve sigorta tipi, tedavi ve ilaç fiyatları, hastanın geliri (Badur, 2009).

Tedaviye uyumu etkileyen hastayla ilgili faktörler; hastanın sağlıkla ilgili inanışları, tedavinin yararına inanması, olumsuz aile dinamikleri (birbirine aşırı düşkünlük dahil), ileri yaş, madde kullanımı, ilaç kullanım aralığı (doz sıklığı), tedavi için gerekli değişime hazır olma durumu, okur yazarlık, bilgi, güven ve

yeterlilik düzeyi, iletişim becerileri ile sağlık ekibiyle beraber çalışabilme durumudur. Ayrıca; ilaç yan etkilerinden hoşlanmama, ilaç kullanmama isteği, iyi olduğunu düşünme, kooperasyon kurma güçlüğü yaratan bir kişiliğe sahip olma, önerileri anlayabilecek kapasitede olmama, tedavi önerilerini hatırlama güçlüğü yaşama, motivasyon eksikliği, yetersizlik hissi, uygun çevrenin olmaması da tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkileyen durumlar arasındadır (Arslan, 2011).

Diyabetli bireylerde tedaviye uyumsuzluk yaygın olarak görülen bir durumdur. Diyabet gibi kronik hastalıklarda tedaviye uyum sorunu özellikle tedavinin başarısını engellemekle birlikte, hastalık sürecinin olumsuz yönde ilerlemesine, başka hastalıkların ve ölümlerin gelişmesine, hastalık maliyetlerinin artmasına ve buna bağlı olarak da mesleki ve ailesel sorunlar oluşmasına ve sonuç olarak da hastanın yaşam kalitesi düşmesine neden olmaktadır (Taşkaya, 2014; Dikeç ve Kutlu, 2015).

Bu nedenle tedaviye uyumun önemi, uyumsuzluğun olumsuz sonuçlarının çalışmalarla belirtilmesi ile giderek artmaktadır. Yapılan araştırmalarla morbidite, mortalite ve sağlık harcamaları ile tedaviye uyum oranları arasındaki ilişki belirtilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde bir yılda yaklaşık olarak 125.000 hastanın tedaviye uyumsuzluk sonucu gelişen problemlerden dolayı yaşamını yitirdiği tahmin edilmektedir (Badur, 2009; Herriman ve Cerretani, 2007).

Tedaviye uyum göstermeme, DM'da metabolik dengesizliklerin önemli bir nedeni olarak tanımlanmaktadır. Tip 2 diyabetli bireylerde, metabolik kontrolü sağlamak için, bireylerin istek ve motivasyona sahip olması önem taşımaktadır. Hastaların kan glukoz düzeyini istenen seviyeye getirmek ve sürdürmek için, günlük yaşam aktiviteleriyle ilişkili olan medikal uygulamalara, diyet ve egzersizi içeren tedavi programına uyum göstermeleri gerekmektedir (Işık, 2004; Kartal ve ark., 2008).

Yapılan bir çalışmada; diyabet tedavisinin temeli olan sağlıklı beslenme ve diyetle uyumun hastaya kazandırılması ile diyabetin metabolik kontrolünün daha kolay sağlanabileceği bildirilmiştir (Kara ve Çınar, 2011; Kartal ve ark., 2008).

Hepke ve arkadaşlarının yaptığı retrospektif bir çalışmada, oral diyabetik ilaç tedavisine uyum ile maliyet arasındaki ilişki incelenmiş ve çalışma sonucunda, tedaviye uyumun artması ile acil servise müracaat ve hastaneye yatış oranlarının azaldığı, tıbbi bakım masraflarının da azaldığı tespit edilmiştir (Hepke ve ark., 2004).

Bu yüzden diyabetli bireylerden beslenme ve egzersiz alışkanlıklarında değişiklik yapmaları, ilaçlarını ve gerekiyorsa insülinlerini zamanında ve doğru dozda uygulamaları, düzenli aralıklarla tıbbi kontrol ve bakımdan geçmeleri istenir. Ancak; yaşam boyu sürececek bir hastalığa sahip olmak, hem bireyi hem de aileyi ruhsal ve sosyal yönden etkileyebilmekte ve eğitim sırasında planlananların uygulanmasını da engelleyebilmektedir (Gökdoğan ve Akıncı, 2001).

Beslenme, egzersiz ve tedavi protokollerine uyumunun sağlanması hem diyabetli bireylerin yaşam kalitelerini iyileştirecek hem de kısa dönemde tedavi başarısını arttırırken, uzun dönemde yaşam süresini de etkileyecek komplikasyonlardan koruyacaktır (Kara ve Çınar, 2011).

2.10. Diyabet ve Ailesel Destek

Diyabet sürekli ve zorunlu yaşam biçimi değişikliklerine sebep olan, istenmeyen sonuçlarına bağlı olarak yaşam kalitesini etkileyebilen ve diyabetli birey ile birlikte ailesini de etkileyen kronik bir hastalıktır (Sofulu, 2015).

Diyabet fizyopatolojik süreçlerle insan organizmasında değişiklikler oluştururken, diyabetlinin ruhsal denge ve uyumunda da birtakım değişimler olmaktadır. Diyabet fiziksel bir hastalık olmanın yanı sıra psikolojik ve psikososyal boyutları olan bir durumdur ve diyabetli fiziksel, duygusal, ruhsal, sosyal ve cinsellikle ilgili bir dizi sorun ve çatışmayla karşı karşıyadır. Özellikle endişe, depresyon, stres ve sosyal destek kaybı diyabet üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmakta ve diyabeti şiddetlendirebilmektedir. Diyabetlinin yaşadığı bu sorunlar aileye de yansımaktadır. Bazı diyabetli bireyler ve aileleri arasında bu durum çatışmalara kadar gidebilmektedir. Diyabetlilerin yaşadığı bu olumsuz durumlar, bireylerin diyabet kontrolünü de olumsuz yönde etkilemektedir (Buzlu, 4 Kasım 2016; Sofulu, 2015).

Bu yüzden kronik hastalığı olan bireyin bozulan dengesini yeniden kurabilmesi, sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümlenebilmesi için sağlıklı bir bireyden daha fazla desteklenmeye, kabullenilmeye, anlaşılmaya gereksinimi vardır. Diyabetin de kronik bir hastalık olması nedeniyle hastanın sosyal çevresinin desteğini alması hastalığın komplikasyonlarının önlenmesi adına önemli hale gelmektedir. Bireye sağlanan sosyal desteğin en önemli parçasını aile oluşturmaktadır. Aile ilişkilerinin olumlu, ilgili olması bireye; özsaygı, kendine güven, iyimserlik, umutlu olma, mücadele isteği ve yetenek gibi özellikler kazandırmaktadır. Bireyin aile desteği algısı, aile üyelerinin düşünce, hissetme ve davranışlarıyla gelişmektedir. Diyabetik bireylerde aile desteğinin var olması günden güne bireyin öz bakımının artmasına, morbiditenin azaltmasına ve diyabetli hastaların ve belki de ailelerinin yaşam kalitesinin artmasına önemli katkıları olmaktadır (Baykal, 2013; Sofulu ve Ünsal Avdal, 2016).

Özellikle yaşlı, düşkün, organ kaybı gelişmiş hastaların diyabet yönetimi, yakınlarının ilgi ve eğitimini gerektirir. Öğünlerin planlanmasından, ilaçların zamanında ve dozunda alınmasından, insülin enjeksiyonlarının yapılmasından, kan glukozunun kontrol edilmesinden öncelikle aile bireyleri sorumlu olmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 10 Eylül 2016). Sayiner'in yapmış olduğu bir çalışmada da hastadan çok hasta yakınına hastalık hakkında eğitmenin tedaviye uyumu artırmak için daha etkili bir yöntem olduğu tespit edilmiştir (Sayiner, 2014). Kronik hastalığı olan bireylerde hastalığın gelişimi, ilerlemesi ve komplikasyonlarını önlenmesi ve bakımını sürdürebilmesinde ailesinden alacağı destek bireyin mücadelesinde son derece önemli bir etken olmaktadır (Baykal, 2013).

Bu nedenle diyabetli bireylerin tedavisinin başarılı olabilmesinde ailenin önemi büyük olduğu için aile bireylerinin de diyabetli birey ile birlikte tedavi planına uymaları ve hastanın eğitimi için yapılan etkinliklere katılmaları ve diyabet bakımına katılmaya teşvik edilmeleri gerekmektedir (Ersoy ve ark., 4 Kasım 2016; Sofulu ve Ünsal Avdal, 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı, Diyabetli Bireyler için Eğitimci Rehberi-2014, 12 Eylül 2016).

Ayrıca aile desteği olmazsa ya da ailenin anlayış göstermediği durumlarda, hastanın tedaviye uyum ve katılımını sürdürmesi de güçleşmektedir. Bu duruma

uyum sağlayıp aile düzeninde ve işleyişinde diyabete yer açmak, yani eğitimde bahsedilen konularda tüm aile bireylerinin zen göstermesi uyum sürecinin önemli bir parçası olmaktadır (Ersoy ve ark., 4 Kasım 2016; Sofulu ve nsal Avdal, 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı, Diyabetli Bireyler icin Eğitimci Rehberi-2014, 12 Eylül 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada diyabetli bireylerde aile desteği ile yaşam kalitesi ve tedaviye uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma, diyabetli bireylerde aile desteği ile yaşam kalitesi ve tedaviye uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı araştırma olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Aşamaları

- 1. Aşama:** Diyabetli hastalardan araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların belirlenmesi, bu hastalara değerlendirme formlarının doldurulması
- 2. Aşama:** Hasta dosyalarından laboratuvar bulgularına ilişkin verilerin alınması,
- 3. Aşama:** Toplanan tüm verilerin birleştirilmesi ve değerlendirilmesi,
- 4. Aşama:** Araştırmanın yazılması.

3.4. Araştırmanın Hipotezleri

H01: Diyabetli bireylerde aile desteği ile yaşam kalitesi arasında ilişki vardır.

H1: Diyabetli bireylerde aile desteği ile yaşam kalitesi arasında ilişki yoktur.

H02: Diyabetli bireylerde aile desteği ile tedaviye uyum arasında ilişki vardır.

H2: Diyabetli bireylerde aile desteği ile tedaviye uyum arasında ilişki yoktur

3.5. Araştırma Soruları

1. Diyabetli bireylerde aile desteği ile yaşam kalitesi arasında ilişki var mı?
2. Diyabetli bireylerde aile desteği ile tedaviye uyum arasında ilişki varmı?

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Tip 2 diyabetli bireylerin aile desteği

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence, çalışma durumu, yaşanılan yer, aile tipi, diyabet tipi, tanı süresi, tedavi şekli, başka bir hastalık olma durumu, diyabet komplikasyon öyküsü, sigara ve alkol kullanma durumu, tedavi şekli, alternatif tedavi durumu, kan şekeri kontrolü, ayak bakımı, eğitim alma durumu, metabolik sonuç kriterleri, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumdur.

3.7. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 30 Kasım 2015–30 Eylül 2016 tarihleri arasında Balıkesir Devlet Hastanesi Dahiliye ve Endokrinoloji Servisleri, Dahiliye ve Endokrin Poliklinikleri, Diyabet ve Obezite Eğitim Birimi'nde yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Evreni ve rneklemi

Araştırmanın evrenini, 30 Kasım 2015–30 Eylül 2016 tarihleri arasında Balıkesir Devlet Hastanesi Dahiliye ve Endokrinoloji Servislerinde yatan, Dahiliye ve Endokrin Poliklinikleri, Diyabet ve Obezite Eğitim Birimi'nde ayaktan tedavi gören diyabetli bireyler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 260 diyabetli birey oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri ise, en az 6 aydır Diyabetes Mellitus tanısına sahip olmak, acil tedavi gerektirmemek, iletişim kurmayı engelleyecek

işitme, konuşma gibi duyuşsal kayıpları ile bilinç ve psikiyatrik problemi olmamak, çalışmaya katılmaya istekli olmaktır.

3.9. Verilerin Toplanması

Çalışma, Balıkesir İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden izin alındıktan sonra Balıkesir Devlet Hastanesinde 30 Kasım-30 Eylül 2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

Çalışmaya katılan bireyler, çalışma hakkında bilgilendirilmiş olup onam formu doldurulmuştur. Verileri toplamada yüz yüze görüşme tekniği kullanılmış ve tıbbi kayıtlardan yararlanılmıştır. Veri toplama formları olarak; Anket Formu, Hensarling'in Aile desteği ölçeği, Diyabete Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Yaşam Kalitesi Endeksi Diabet Version-III) kullanılmıştır. Ölçeklerin uygulanabilmesi için geçerlik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılarından izin alınmıştır.

Anket Formu; Sosyo-demografik özellikler formu (yaş, cinsiyet, medeni durum eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, aile tipi), diyabet ve diyabette tedaviye uyumla ilgili form (diyabet tipi, tanı süresi, tedavi şekli, başka bir hastalık olma durumu, diyabet komplikasyon öyküsü, sigara ve alkol kullanma durumu, tedaviye uyum durumu, tedavi şekillerine uyum durumu, kendi kendine izlem, ayak bakımı, diyabet ile ilgili eğitim alma durumu, tedavi ve bakımında aile desteği), metabolik kontrol formu (HbA1c, Total kolesterol, LDL, HDL, Trigliserid, Kan Basıncı, Boy, Kilo ve Beden Kütle İndeksi) olmak üzere 3 bölümden oluşmakta ve toplam 64 soruyu içermektedir.

Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği (HDFSS); özellikle tip 2 diyabetli yetişkinlerin algılanan aile desteğini ölçen bir araç olarak geçerli ve güvenilir bir test olarak önerilebilir Psikometrik test; güvenilirliği (örn. iç tutarlılık), içerik geçerliliğini ve yapısal geçerliliği ölçümlemeye odaklanmıştır. 24 maddelik HDFSS'in içerik Geçerliliği Endeksi (CVI) 1.00 olmuştur.

HDFSS, geçerli ve güvenilir ölçüm sağladığı saptanan 'Diyabet Aile Desteği Ölçeği' 2009 yılında, Tip 2 diyabetik yetişkin bireylerde aile destek düzeyini ölçmek

adına Janice Hensarling tarafından oluşturulmuş ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliği de Akın (2011) tarafından yapılmıştır.

HDFSS, 0.52'lik madde-madde korelasyon ortalaması, 0.49 ile 0.87 arasında madde-toplam puan korelasyonları ve Cronbach'ın 0.96'lık alfası ile iç tutarlılığı destekleyen ölçümler göstermiştir.

İç tutarlılık doğruluğu, orthogonal (dikey) varimaks rotasyonu ile ana bileşenler analizi (PCA) kullanılarak, “Diyabet Aile Desteği”nin 4 alt boyut tespit edilmiştir: (a) Empatik destek, (b) teşvik, (c) kolaylaştırıcı destek, (d) paylaşımcı destek. Pearson r 'si (Pearson korelasyonu), ortaya çıkan faktörler arasındaki ilişkileri incelemiştir. Bu faktörler, bir kavramın (Diyabet Aile Desteği) boyutları için beklenen aralıkta (50-79 arası) olmuştur (Hensarling, 2009; Akın, 2011).

Her bir alt boyutu temsil eden maddeler aşağıda belirtildiği gibidir:

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

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

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

Paylaşımcı destek: 1 ve 2.maddeler

Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Ölçekteki her soru 5 seçenek üzerinden değerlendirilmektedir. Bireylerden bu beş seçenektan kendilerine en uygun olanı seçmeleri istenmektedir. Bu seçenekler “Asla”, “Hemen Hemen Hiç”, “Bazen”, “Çoğu Zaman”, “Her Zaman” şeklinde sıralanmaktadır (Hensarling, 2009; Akın, 2011).

Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği için mümkün olan en düşük puan sıfır (0), mümkün olan en yüksek toplam puan ise doksanaltıdır. Aile desteğinin işlemsel tanımı “toplam Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği puanı ile algılanan aile desteğinin ölçülmesi” dir. Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı, mümkün olan en yüksek puan 96'ya ne kadar yakınsa, bireyin algılanan aile desteğinin o kadar yüksek olması beklenir (Hensarling, 2009; Akın, 2011).

Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği Diyabet Versiyonu;Bu araştırmada kullanılan, yaşam kalitesi indeksi diyabet versiyonu hastalığa özgündür

ve diğer diyabet çalışmalarında kullanılan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğine göre daha doğru sonuçlar vereceği düşünülmektedir (Bayram, 2010).

Tip 2 diyabetli hastaların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla 34'er soruluk 2 bölümden oluşan 'Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği Diyabet Versiyonu' kullanılmıştır. Geçerli ve güvenilir ölçüm sağladığı saptanan 'Diyabet için Yaşam Kalitesi Ölçeği' 1985 yılında, Ferrans ve Powers tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği de Özer ve Efe (2006) tarafından, diyabetli bireylere uygulanarak yapılmıştır. Ölçeğin Özer ve Efe tarafından Türkiye'de yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında indeksin total Cronbach's alfa 0.97 olarak bulunmuştur. Bu ölçek, 34'er soruluk bireyin memnuniyet ve önemlilik durumlarını belirten 2 bölümden oluşmaktadır. Her bir sorunun 6 cevap seçeneği vardır. Sorular gruplandığında sağlık ve fonksiyonel durum, sosyal ve ekonomik durum, fizyolojik ve manevi durum ve aile durumu olarak 4 gruba ayrılmaktadır (Özer ve Efe, 2006; Bayram, 2010).

Sağlık ve fonksiyonel durum bileşenini 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 12., 17., 18., 19., 26., 27. sorular,

Sosyal ve ekonomik durum bileşenini 14., 16., 20., 21., 22., 23., 24., 25. sorular,

Fizyolojik ve manevi durum bileşenini 28., 29., 30., 31., 32., 33., 34. sorular,

Aile durumu bileşenini 9., 10., 11., 13., 15. sorular oluşturmaktadır.

Ölçek pozitif olarak puanlanmıştır. Toplam her bir bölüm için 0-30 arası puan elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe bireylerin yaşam kaliteleri de artmaktadır (Özer ve Efe, 2006; Bayram, 2010).

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 20 paket programı ile değerlendirilmiştir.

Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's' den yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği, $p > 0,05$ olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılımdan geldikleri belirtilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi nedeniyle Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H Testlerinden yararlanılmıştır.

Kruskal Wallis-H Testinde anlamlı farklılıkların görölmesi durumunda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir. Nominal değişkenlerin grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Ki-Kare analizi uygulanmıştır. 2x2 tablolarda gözelerdeki beklenen değerlerin yeterli hacme sahip olmaması durumlarında Fisher's Exact Test kullanılmış olup RxC tablolarda ise Monte Carlo Simölasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare analizi uygulanmıştır. (Monte Carlo: Gözelerdeki beklenen değerin %20'si 5 den küçük olduğu için Monte Carlo Simölasyonu yardımı ile ki kare analizi yapılmıştır.)

Normal dağılımdan gelmeyen değişkenler arasındaki ilişkiler incelenirken Spearman's Korelasyon Katsayısından yararlanılmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir ilişkinin olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamızda araştırma grubunu oluşturan 260 Tip 2 diyabetli bireyden elde edilen bulgular bu bölümde 5 ana başlık altında incelenmiştir. Bulgular başlığı altında yer alan ilk bölümde örneklem grubunun sosyo-demografik özellikleri, diyabetle ve diyabette tedaviye uyumla ilgili özellikler, metabolik kontrol değerleri; ikinci bölümde Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği ile ilgili sonuçlar; üçüncü bölümde Ferrans ve Powers'ın Diyabete Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ile ilgili sonuçlar; dördüncü bölümde diyabette tedaviye uyumla ilgili özelliklerin karşılaştırılmasına ait sonuçlar; beşinci bölümde ise Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği ile Ferrans ve Powers'ın Diyabete Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği arasındaki ilişkiye bağlı sonuçlar incelenmiştir.

4.1. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Diyabette ve Diyabette Tedaviye Uyumla İlgili Özelliklerine Ait Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan Tip 2 diyabetli 260 bireyin sosyo-demografik (cinsiyet, yaş grupları, medeni durumu, eğitim durumu, meslek grubu, sağlık güvencesi, gelir durumu, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı ve aile tipi) bulguları Tablo 4.1.'de, hastalığa ilişkin bulguları (kaç yıldan beri diyabet hastası olduğu, DM tipi, başka bir kronik hastalığın varlığı, ailede DM öyküsü, DM tedavi şekli, başka tedavi yöntemi ve çeşidi, komplikasyon (akut ve kronik) varlığı, sağlık kuruluşuna gitme, gitmiyorsa nedeni ve sigara ve alkol kullanımı) Tablo 4.2.'de, diyabette tedaviye uyum ile ilgili bulgular (tedaviye uyum durumu, tedavi şekillerine uyum durumu, kendi kendine izlem, ayak bakımı, diyabet ile ilgili eğitim alma durumu, tedavi ve bakımında aile desteği Tablo 4.3.'de, metabolik kontrol sonuçları ise (HbA1c, total kolesterol, LDL, HDL, trigliserid, kan basıncı, boy, kilo ve BKİ) Tablo 4.4.'de verilmiştir.

Çalışmaya katılan diyabetli bireylerin %79,23'ünü kadınlar ve %20,77'sini erkekler oluşturmaktadır. Yaş grupları incelendiğinde, 56-65 yaş grubunda yer alanlar %40,77 ile ilk sırada yer almaktadır. Çalışmaya katılan diyabetli bireylerin

%81,15'i evlidir. Bireylerin eğitim durumlarında ilköğretim %69,23'lük bir oranla eğitim gruplarının ilk sırasında yer almaktadır. Çalışmada yer alanların mesleki durumları incelendiğinde, %71,54'ü ev hanımı, %22,69'u emeklidir. Bireylerin %99,62'sinin sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir. Aylık gelir durumları incelendiğinde geliri giderine eşit olanlar %75,77 ile ilk sırada yer almaktadır. Yaşadıkları yer dağılımı incelendiğinde, şehir merkezinde yaşadığını ifade edenlerin oranı %57,69 iken, bu oran köyde %30,77, ilçede %11,54'dir. Diyabetli bireylerin %58,46'sını eşiyile birlikte yaşamaktadır. Bireylerin %54,23'ü geniş aile yapısına, %45,77'sinin ise çekirdek aile yapısına sahip olduğu görülmektedir. Tüm veriler Tablo 4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri.

		n	%
Cinsiyet	Kadın	206	79,23
	Erkek	54	20,77
Yaş Grubu	45 yaş ve altı	9	3,46
	46-55 yaş	65	25
	56-65 yaş	106	40,77
	66 yaş ve üzeri	80	30,77
Medeni Durumu	Evli	211	81,15
	Dul	42	16,15
	Bekar	3	1,15
	Boşanmış	4	1,54
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	33	12,69
	Okur-yazar	13	5
	İlköğretim	180	69,23
	Ortaöğretim	16	6,15
	Üniversite	7	2,69
	Lise/Önlisans	11	4,23
Meslek Durumu	Ev hanımı	186	71,54
	Emekli	59	22,69
	Diğer	15	5,76
Sağlık Güvencesi	SGK	259	99,62
	Yok	1	0,38
Aylık Gelir	Gelir giderden az	50	19,23
	Gelir gidere eşit	197	75,77
	Gelir giderden fazla	13	5

Tablo 4.1. (devam)

		n	%
Yaşadığı Yer	Köy	80	30,77
	İlçe	30	11,54
	Şehir	150	57,69
Kiminle Yaşıyorsunuz	Yalnız	33	12,69
	Eşi	152	58,46
	Eşi ve çocukları	54	20,76
	Çocukları	15	5,76
	Diğer	6	2,3
Aile Tipi	Çekirdek aile	119	45,77
	Geniş aile	141	54,23

Çalışma grubundaki bireylerin kaç ay ya da yıldır DM'li olduğu değerlendirildiğinde; 5-9 yıl arası %22,31, 5 yıldan az ve 20> yılın üzerinde %21,92, 10-14 yıl arası %17,31, 15-19 yıl arası %16,54 olarak tespit edilmiştir.

Diyabetli bireylerin %70'inin başka bir kronik hastalığı mevcuttur. %39,67 oranla hipertansiyon en yüksek orana sahiptir. Ailede DM öyküsü olup olmadığına bakıldığında, birinci derece akrabalarda var yanıtın verenlerin oranı %63,46, hayır, yok yanıtın verenlerin oranı %30,38 ve ikinci derece akrabalarda var diyenlerin oranı %4,62'dir.

DM tedavi şeklinde, bireylerin %54,23'ünün OAD, %27,31'inin İnsülin ve hap ve %18,46'sının İnsülin kullandığı görülmüştür. Tedavi şekli olarak başka yöntem kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda %1,54'lük oranla tamamının tarçını tercih ettiği belirlenmiştir.

Bireylerin %23,08'inde diyabet ile ilgili komplikasyon oluşmuşken, %76,92'sinde komplikasyon oluşmamıştır. Akut komplikasyonları değerlendirildiğinde, hipoglisemi %19,23, hiperglisemi %76,92, hipoglisemi ve hiperglisemi %3,85 şeklinde dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Kronik komplikasyon varlığı değerlendirildiğinde, evet yanıtını verenler %58,08 iken, hayır yanıtını verenler %41,92'dir.

Çalışmaya katılan bireylerin %81,92'si sigara kullanmadığını ifade ederken %11,15'i sigara kullandığını, %6,92'si ise sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Sigara

bırakanların %55,58'i 2-9 yıl önce, %22,33'ü 10-20 yıl önce ve %11,12'si 0-1 yıl önce %11,12'si 20-36 yıl önce bıraktıklarını belirtmişlerdir. %99,62'si alkol kullanmadığını ifade ederken %0,38'i alkol kullandığını belirtmiştir.

Çalışma grubundaki bireylerin sağlık kuruluşuna %30,0 ayda bir kez, %15 2 ayda bir kez, %38,85 3 ayda bir kez gitmektedir. Sağlık kuruluşuna hiç gitmeyenlerin oranı ise, %1,15'dir. Sağlık kuruluşuna gitmeme nedenleri içerisinde, hastalığını takip edememe %22,22, hastalığın önemli ve ciddi boyutta olmadığını düşünüyor olmak %16,67, yoğunluk, kontrole gitmeyi unutmak, halsizlik ve vaktinin olmaması ise %11,11, korku, yeni tanı olması ve ulaşım sorunları ise %5,56 olarak yer almaktadır. Tüm veriler Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin diyabet ile ilgili özelliklerinin dağılımı.

		n	%
Hastalık Süresi	<5	57	21,92
	5-9	58	22,31
	10-14	45	17,31
	15-19	43	16,54
	20>	57	21,92
Başka Kronik Hastalık	Evet	182	70
	Yok	78	30
Diyabet Dışındaki Hastalıklar	Kalp-Damar Hastalıkları (KKH, Kalp Yetmezliği, Ritm bozukluğu, Damar Tıkanıklığı vs)	8	4,34
	Solunum yolu hastalıkları (Astm, Kronik Bronşit vs)	9	4,89
	Böbrek Hastalıkları (Böbrek yetmezliği vs)	2	1,09
	Trioid Hastalıkları (Hipotiroidi, Hipertiroidi vs)	6	3,26
	Hipertansiyon	73	39,67
	Nörolojik hastalıklar (Alzheimer, Epilepsi, Parkinson vs)	1	0,54
	KKH, Astm, Hipertansiyon	2	1,09
	Kalp- Damar Hastalıkları, Hipertansiyon	21	11,40
	KKH, Böbrek Yetmezliği	1	0,54
	KKH, Böbrek Yetmezliği, Hipertansiyon	2	1,09
	Solunum Yolu Hastalıkları, Hipertansiyon	21	11,41
	Trioid Hastalıkları, Hipertansiyon	12	6,52
	Solunum yolu Hastalıkları, Böbrek Yetmezliği, Hipertansiyon	2	1,09
	Solunum Yolu Hastalıkları, Hipertansiyon, Kalp-Damar Hastalıkları	4	2,17
	Solunum Yolu Hastalıkları, Hipertansiyon, GUT	1	0,54
	Romatizmal Hastalıklar (Romatizma, Gut, Romatoid Artrit vs)	3	1,63
	Böbrek yetmezliği, Hipertansiyon	9	4,89
	Astm, Kronik Bronşit, Hipertiroidi	1	0,54
	Hipertansiyon, Romatizmal Hastalıklar	2	1,08
	Kanser	1	0,54
Astm, Kronik Bronşit, Rektum Ca, Parkinson	1	0,54	
Hipotriodi, Hipertansiyon, Kalp	1	0,54	
Kalp, Epilepsi	1	0,54	
Aile Diyabet Öyküsü n=(184)	Hayır, Yok	79	30,38
	Birinci Derece Akrabalarda Var	165	63,46
	İkinci Derece Akrabalarda Var	12	4,62
	Eşinin Ailesi	4	1,54

Tablo 4.2. (devam)

		n	%
Diyabet Tedavi Şekli	OAD	141	54,23
	İnsülin	48	18,46
	İnsülin ve OAD	71	27,31
Tedavi için Başka Yöntem Kullanma	Evet	5	1,92
	Hayır	255	98,08
Başka Yöntem Çeşidi	Tarçın	5	100
	Toplam	5	100
Hastalığa Bağlı Komplikasyon	Var	60	23,08
	Yok	200	76,92
Akut Komplikasyonlar n=(52)	Hipoglisemi	10	19,23
	Hiperглиsemi	40	76,92
	Hipoglisemi, Hiperглиsemi	2	3,85
Hastalığa Bağlı Kronik Komplikasyonlar	Evet	151	58,08
	Hayır	109	41,92
Sigara	Evet	29	11,15
	Hayır	213	81,92
	Bıraktım	18	6,92
Sigarayı Bıraktığı Süre (n=18)	0-1 yıl önce bırakmış	2	11,12
	2 -9 yıl önce bırakmış	10	55,58
	10-20 yıl önce bırakmış	4	22,23
	30-36 yıl önce bırakmış	2	11,12
Alkol Alma Durumu	Evet	1	0,38
	Hayır	259	99,62
Sağlık Kuruluşuna Gitme Sıklığı	Ayda 1 kez	78	30
	2 ayda 1 kez	39	15
	3 ayda 1 kez	101	38,85
	6 ayda 1 kez	17	6,54
	Yılda 1 kez	11	4,23
	4 ayda 1 kez	11	4,23
	Hiç gitmemiş	3	1,15
Düzenli Olarak Sağlık Kuruluşuna Gidilmeme Nedeni (n=18)	Ulaşım sorunları	1	5,56
	Hastalığınızın önemli ve ciddi boyutta olmadığını düşünüyor olmak	3	16,67
	Yoğunluk	4	11,11
	Kontrole gitmeyi unutmak	2	11,11
	Takipsizlik	4	22,22
	Halsizlikten	2	11,11
	Korkuyor olmak	1	5,56
	Vakitsizlik	2	11,11
Yeni tanı	1	5,56	

Çalışmaya katılan diyabetli bireylerin, %95,77'si önerilen tedaviyi düzenli uyguladıklarını, %4,23'ü ise düzenli uygulamadıklarını belirtmiştir. %36,36'sı unuttukları, %18,18'i alışamadıkları için, %9,09'u kafalarının karışık olmasından, %9,09'u canı istemediğinden tedaviyi düzenli uygulayamadıklarını belirtmişlerdir. Diyabet tedavisinin sürekli olduğunu bilenler %94,62, emin olmayanlar ise %5,38'dir. Bireylerden tedaviyi kabullenenler %95,38 iken kabullenmeyenler %4,62'dir. Tedaviyi kabul etmeyenlerin tamamı ise hastalığa alışamadım yanıtını vermişlerdir. Diyabetli bireylerin %15,79'u insülin ile ilgili, %52,63'ü hap ile ilgili, %15,79'u diyet ile ilgili, %15,79'u egzersiz ile ilgili kısımlarda zorlandıklarını belirtmişlerdir.

Kan şekeri takibini yapan bireyler %93,08 iken, yapmayanlar %6,92'dir. Kan şekeri takibini yapanlar içerisinde, her gün kan şekeri kontrolü yapanlar %38,33 olarak en yüksek orana sahiptir. Şeker ölçüm cihazı olanların oranı ise %89,23'dür. Tıbbi beslenme tedavisini düzenli uyguladığını belirtenler %22,69, arada uyguluyorum ama düzenli değil diyenler %48,85, hiç uygulamadığını belirtenler %22,31'dir. Tıbbi beslenme tedavisinin uygulanmama sebebi olarak bireylerin %66,67'si tıbbi beslenme tedavisinin uygulamasının zor olduğunu yanıtını vermişlerdir. Bireylerin %88,85'i öğün saatlerinin düzenli olduğunu belirtmişlerdir. Diyabetli bireylerden diyetisyenle görüşme gerçekleştirenler %68,85'lik bir orana sahipken, görüşmeyenler, %31,15'lik orana sahiptir. Bireylerin %12,85'i diyetisyen tavsiyesine tamamen uyuyorum, %41,90'ı çoğunlukla uyuyorum, %35,20'si bazen uyuyorum ve %10,06'sı hiçbir zaman uymuyorum yanıtlarını vermişlerdir.

Çalışmaya katılan bireylerin %98,46'sı beslenmenin önemli olduğu yanıtı vermişlerdir. Beslenmede nelere dikkat edildiği değerlendirildiğinde, karbonhidratsız beslenenler %48,83, biliyorum ama dikkat etmiyorum ya da unutuyorum diyenler %19,77, diyetisyen listesine uyuyorum diyenler %13,18, şeker ve tuz kullanmıyorum diyenler %11,24'dir.

Çalışmaya katılanların %28,84'ü düzenli egzersiz yaparken, %58,85'i egzersiz yapmamakta, %12,31'i bazen egzersiz yapmaktadır. Düzenli egzersiz türleri içerisinde, yürüyüş %98,06, kol, bacak egzersizleri %0,97, bisiklet binme %0,97 oranlarıyla yer almaktadır. Bireylerin %10,00'nu halsizlik, %27,33'ü hastalık

nedeniyle, %23,33'ü yaşlılık nedeniyle, %8,67'si köyde yaşadıklarından dolayı düzenli egzersiz yapamadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan diyabetli bireylerin %94,23'ü ilaçları düzenli kullanıyorum yanıtını vermişlerdir. İlaçları düzenli kullanmama nedenleri olarak, unutuyorum cevabını verenler %53,85, alışamadım diye cevap verenler %30,77, hapın yan etkilerinden dolayı düzenli kullanmıyorum ve üzüntüden içemedim diye cevap verenler %7,69 dir. Çalışmaya katılan bireylerin %96,92'si ilacın adını ve dozunu doğru tanımakta, %88,85'i ilaçlarını zamanında alınmasında başka birisinin hiçbir zaman hatırlatmasına gerek duymamaktadır. Diyabetli bireylerin %72,69'u, hiçbir zaman ilaçlarını içmeyi unutmadıklarını, %94,62'sini kendini iyi hissettiğinde, %95,77 de kötü hissettiğinde bile ilaçlarını hiçbir zaman almayı bırakmadığını ifade etmişlerdir. %99,62 hiçbir zaman başka bireylerin ilaçlarını almadıklarını, %85,77 dikkatsizlik sonucu bile hiçbir zaman almamazlık yapmadıklarını, %99,62'si de doktora sormadan ilaçların dozunu değiştirmediklerini, bireylerin %89,23'ü de evden ayrıldıklarında da her zaman ilaçlarını yanına aldıklarını belirtmişlerdir.

Diyabet tedavisi ve bakımı ile ilgili bireylere bilgileri sorulduğunda %48,46, orta derecede, %31,53 yetersiz, %16,92 yeterli %3,08 çok az yeterli bilgisi olduğu yanıtını vermişlerdir.

Bireylerin %23,46'sı ayak bakımına dikkat ettiğini, %76,54'ü dikkat etmediğini belirtmiştir. Ayaklarını %22,31'i her gün, %18,85'i ayda 1 kez, %17,31'i aklına geldikçe, %14,23'ü doktora gideceği zaman, %9,62'si 2-3 günde bir, %7,31'i banyoya girdikçe, %3,08'ü haftada bir kez, kontrol ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca %0,77'si yeni tanı konulduğundan dolayı ayaklarını kontrol etmediklerini, %6,54'ü ise ayaklarına hiç bakmadıklarını ifade etmişlerdir. Bireylerin %99,62'si ayaklarını yıkadıklarını % 0,38'si yıkamadıklarını ve bireylerin %91,12'si her gün, %4,63'ü banyoya girdikçe, %2,32'si gün aşırı, %1,93'ü aklına geldikçe ayaklarını yıkadıklarını belirtmişlerdir. Bireylerin %72,31'i ayaklarını yıkadıktan sonra özellikle parmak aralarını iyice kuruladığını %27,69'u ise kurulamadığını ifade etmişlerdir.

Ayak bacak egzersizi yapmayanların oranı %83,85 iken, yapanların oranı %16,15'dir. % 65,85 her gün %19,51'i ayaklarına geldikçe, %4,88'i ayda bir ayak

bacak egzersizi yaptıklarını belirtmişlerdir. %69,62'si ayaklarını sıcak ve soğuktan korurken %30,38'si korumadığını ifade etmiştir. Tırnaklarını keserken dikkat edenlerin oranı %93,08 iken, etmeyenlerin oranı % 6,92'dir. Bireylerin yara kontrolünü yapanların oranı %43,85 iken, yapmayanların oranı %56,15'dir. Bireylerin Temiz, yünlü-pamuklu-dikişsiz ve yumuşak çorap giyerim maddesine evet yanıtı verenlerin oranı %86,54 iken, hayır yanıtı verenlerin oranı %13,46'dır. Bireylerden ayaklarına uygun çorap giyenler %84,23 iken giymeyenler %15,77'dir. Ayak bakımını yaparken keskin aletler kullanmayanların oranı %95,00 iken, kullananların oranı %5,0'dır. Ayakkabılarını giymeden önce kontrol edenler %23,85 iken, kontrol etmeyenler %76,15'dir. Çoraplarını her gün değiştirenler %86,15 iken, değiştirmeyenler %13,85'dir. %66,54'ü ayağı tam kavrayan, genişliği, boyu, yüksekliği uygun ayakkabı giyerken, %33,46'sı giymemekte; %62,31'i derisi sertleşmemiş ve içyüzü pürüzsüz ayakkabılar giyerken %37,69'u giymemektedir.

Daha önce diyabete ilişkin eğitimi alanların oranı %88,08, almayanların oranı %11,92'dir. Diyabete ilişkin eğitimini hemşireden aldığını bildirenler %61,57 oranla ilk sırada yer alırken doktordan aldığını bildirenler %35,37 ve doktor ve hemşireden aldıklarını bildirenler ise %3,06 oranlarındadır.

Diyabette tedavi ve bakımınızla ilgili aile desteğini olanların oranı %82,69 iken, olmayanların oranı %17,31'dir. %93,85'i için diyabette tedavi ve bakımında aile desteği önemli iken, %6,15'i için önemli değildir. Çalışmaya katılan bireylerin diyabette tedavi ve bakımında aile desteğini önemli olarak görmelerinin nedenini %23,24'ü ilaçlarına ve tedaviye uymalarını sağlıyor olmaları, %22,82'i iyi olacağını düşündürmeleri ve %18,26'ı psikolojik destek sağlamaları olarak. İfade etmişlerdir. Diyabetli bireylerin %52,71'i kendilerine en çok eşlerinin destek verdiklerini bildirmişlerdir. %66,67 ailelerinde bir kaç kişinin diyabetli olduğunu cevabını vermişlerdir. Tüm bu veriler Tablo 4.3'de gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Diyabetli bireylerin tedaviye uyumla ilgili özelliklerinin dağılımı.

		n	%
Tedavinin Düzenli Uygulanması	Evet	249	95,77
	Hayır	11	4,23
Tedavinin Düzenli Uygulanmama Nedeni (n=11)	Unutuyorum	4	36,36
	Kafam karışık	1	9,09
	Canım istemiyor	1	9,09
	Ahşamadım	2	18,18
	Cevapsız	3	27,28
Tedavi Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	246	94,62
	Emin değilim	14	5,38
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	248	95,38
	Hayır	12	4,62
Kabullenilmiyorsa Nedeni	Hastalığa ahşamadım	8	100
Tedavinin Hangi Bölümünde Zorlandı (n=19)	İnsülin ile ilgili	3	15,79
	Hap ile ilgili	10	52,63
	Diyet ile ilgili	3	15,79
	Egzersiz ile ilgili	3	15,79
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	242	93,08
	Hayır	18	6,92
Kan Şekerini Ölçme Sıklığı	Her gün	92	38,33
	2-3 günde bir	57	23,75
	Haftada bir	26	10,83
	Ayda bir	1	0,42
	İhtiyaç duydukça	64	26,67
Şeker Ölçüm Cihazı Kullanma Durumu	Evet	232	89,23
	Hayır	28	10,77
Tıbbi Beslenme Tedavi Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	59	22,69
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	127	48,85
	Hiç uygulamıyorum	58	22,31
	Aklıma geldikçe	16	6,15
Tıbbi Beslenme Tedavisini Uygulamama Nedeni (n=45)	Hastalığım ilaç ve insülinle kontrol altında olduğundan diyete gerek duymadım	9	20
	Uygulaması zor	30	66,67
	Ekonomik problemler	1	2,22
	Doymuyorum	4	8,89
	Unutuyorum	1	2,22

Tablo 4.3. (devam)

		n	%
Öğün Saatlerin Düzenli Olma Durumu	Evet	231	88,85
	Hayır	29	11,15
Diyetisyenle Görüşme Durumu	Evet	179	68,85
	Hayır	81	31,15
Diyetisyen Tavsiyesine Uyma Durumu n=(179)	Tamamen uyuyorum	23	12,85
	Çoğunlukla uyuyorum	75	41,9
	Bazen uyuyorum	63	35,20
	Hiçbir zaman uymuyorum	18	10,06
Beslenmenin Önemli olması	Evet	256	98,46
	Hayır	4	1,54
Beslenme Türü (n=258)	Karbonhidratsız(şeker+un)	126	48,83
	Yağsız	1	0,39
	Şekersiz, tuzsuz	29	11,24
	Karbonhidratsız(şeker+un), yağsız	6	2,33
	Karbonhidratsız(şeker+un), yağsız, Tuzsuz	4	1,55
	Dikkat etmeme, unutma	51	19,77
	Diyetisyen listesi	34	13,18
	Kendine göre diyet yapıyor	7	2,71
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	75	28,84
	Hayır	153	58,85
	Bazen yapıyorum	32	12,31
Düzenli Egzersiz Türü (n=103)	Yürüyüş	101	98,06
	Kol, bacak egzersizleri	1	0,97
	Bisiklet	1	0,97
Düzenli Egzersiz Yapmama Nedeni (n=150)	Halsizlik	15	10
	Diyabetik ve Ampute ayak nedeniyle	4	2,66
	Önemsememek-İhtiyaç Duymamak	7	4,66
	Hastalıklar (Kanser, Böbrek Yetmezliği, Bel Fıtığı, Kalp Hastalığı, Bacak Ağrısı	41	27,33
	Kaza Yapmış Olması	1	0,67
	Yaşlılık	35	23,33
	Müsait Olmaması	30	20
	Unutkanlık	2	1,33
	Ameliyat Olması	1	0,67
	Köyde Olması	13	8,67
Zor Geliyor Olması	1	0,67	

Tablo 4.3. (devam)

		n	%
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	245	94,23
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	14	5,38
	Bırakmış	1	0,38
Düzenli Kullanmama Nedeni (n=13)	Hapın yan etkilerinden dolayı düzenli kullanmıyorum	1	7,69
	Unutuyorum	7	53,85
	Üzüntüden içemedim	1	7,69
	Alışamadım	4	30,77
İlacın Adının ve Dozunun Doğru Tanınması	Evet	252	96,92
	Hayır	8	3,08
İlaç Kullanımının Başka Biri Tarafından Hatırlatması Durumu	Her zaman	7	2,69
	Çoğu zaman	5	1,92
	Hiçbir zaman	231	88,85
	Bazen	16	6,15
	Ara sıra	1	0,38
İlacı Almamaya Karar Verilme Durumu	Her zaman	1	0,38
	Çoğu zaman	2	0,77
	Hiçbir zaman	252	96,92
	Bazen	5	1,92
İlacı İçmeyi Unutma Durumu	Çoğu zaman	5	1,92
	Hiçbir zaman	189	72,69
	Bazen	60	23,08
	Ara sıra	6	2,31
İlacı İyi Hissettiğinde Bırakılma Durumu	Çoğu zaman	1	0,38
	Hiçbir zaman	246	94,62
	Bazen	12	4,62
	Ara sıra	1	0,38
İlacı Kötü Hissettiğinde Bırakma Durumu	Her zaman	1	0,38
	Çoğu zaman	2	0,77
	Hiçbir zaman	249	95,77
	Bazen	8	3,08
Başka Diyabetik Bireylerin İlaçlarını alma Durumu	Hiçbir zaman	259	99,62
	Bazen	1	0,38
Dikkatsizlik Sonucu İlaç Alınmaması Durumu	Çoğu zaman	1	0,38
	Hiçbir zaman	223	85,77
	Bazen	35	13,46
	Ara sıra	1	0,38

Tablo 4.3. (devam)

		n	%
Doktora Sormadan İlacın Dozunun Değiştirilmesi Durumu	Hiçbir zaman	259	99,62
	Bazen	1	0,38
Evden Ayrıldığında İlaçların Yanına Alınması Durumu	Her zaman	232	89,23
	Çoğu zaman	20	7,69
	Hiçbir zaman	6	2,31
	Bazen	2	0,77
Diyabet Bilgi Düzeyi	Yeterli	44	16,92
	Yetersiz	82	31,53
	Orta derecede	126	48,46
	Çok az	8	3,08
Ayak Bakımına Dikkat Edilmesi Durumu	Evet	61	23,46
	Hayır	199	76,54
Ayakların Kontrol Sıklığı	Aklıma geldikçe	45	17,31
	Her gün	58	22,31
	Banyoya girdikçe	19	7,31
	Haftada birkez	8	3,08
	Ayda 1 kez	49	18,85
	Doktora gideceğim zaman	37	14,23
	Yeni tanı olduğundan daha başlamamış	2	0,77
	2-3 günde bir	25	9,62
Bakmıyorum	17	6,54	
Ayakların Yıkama Durumu	Evet	259	99,62
	Hayır	1	0,38
Ayakların Yıkama Sıklığı (n=259)	Gün aşırı	6	2,32
	Aklıma geldikçe	5	1,93
	Her gün	236	91,12
	Banyoya girdikçe	12	4,63
Ayak Parmaklarını Kurulama Durumu	Evet	188	72,31
	Hayır	72	27,69
Ayak bacak Egzersizi Yapma Durumu	Evet	42	16,15
	Hayır	218	83,85
Ayak bacak Egzersizi Yapma Sıklığı (n=41)	Aklıma geldikçe	8	19,51
	Her gün	27	65,85
	Ayda bir	2	4,88
	15 günde bir	2	4,88
	2-3 günde	2	4,88
Ayakların Sıcak ve Soğuktan Korunma	Evet	79	30,38
	Hayır	181	69,62

Tablo 4.3. (devam)

		n	%
Tırnak Kesmeye Özen Gösterme Durumu	Evet	242	93,08
	Hayır	18	6,92
Yara Kontrolü Yapma Durumu	Evet	114	43,85
	Hayır	146	56,15
Yumuşak Çorap Giyme Durumu	Evet	225	86,54
	Hayır	35	13,46
Ayağa Uygun Çorap Giyme Durumu	Evet	219	84,23
	Hayır	41	15,77
Ayak Bakımında Keskin Alet Kullanmama Durumu	Evet	247	95
	Hayır	13	5
Ayakkabı Giymeden Önce Kontrol edilme Durumu	Evet	62	23,85
	Hayır	198	76,15
Çoraplarını Her gün Değiştirme Durumu	Evet	224	86,15
	Hayır	36	13,85
Uygun Ayakkabı Giyme Durumu	Evet	173	66,54
	Hayır	87	33,46
Derisi Sertleşmemiş ve İç yüzü Pürüzsüz Ayakkabılar Giyilmesi Durumu	Evet	162	62,31
	Hayır	98	37,69
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma durumu	Aldım	229	88,08
	Almadım	31	11,92
Aldıysa Kimden Aldığı (n=229)	Hemşire	141	61,57
	Doktor	81	35,37
	Doktor ve hemşire	7	3,06
Diyabette Tedavi ve Bakımı ile ilgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	215	82,69
	Hayır	45	17,31
Diyabette Tedavi ve Bakımda Aile Desteğinin Önemli Olma Durumu	Evet	244	93,85
	Hayır	16	6,15

Tablo 4.3. (devam)

	n	%	
Diyabette Tedavi ve Bakımda Aile Desteğinin Önemli Olmasının Nedeni (n=241)	İlaçlarıma ve tedaviye uymamı sağlıyor	56	23,24
	Psikolojik destek sağlıyor	44	18,26
	İlaçlarımı unutuyorum hatırlatıyorlar	10	4,15
	Tüm bakımı ailem yapıyor	7	2,90
	Tedavi ve bakımı eşi düzenli takip ediyor	27	11,2
	Ailemde var karşılıklı destek oluyoruz	3	1,24
	İyi olacağımı düşünüyör	55	22,82
	Manevi	7	2,90
	Hastalığı kabullenmemi sağlıyor	13	5,39
	Dr'a gitmem konusunda destek veriyor	1	0,41
	Hastalıkla bahşetmemi sağlıyorlar	7	2,90
	Tedaviye uymamı sağlıyorlar	6	2,49
	İyileşmemi sağlıyorlar	1	0,41
	Oğlum dr beni takip eder	1	0,41
	Çocuklarım tedavimde beni takip eder	3	1,24
Diyabet Bakımında En Çok Destek Veren Kişi (n=258)	Annem	1	0,39
	Babam	2	0,78
	Eşim	136	52,71
	Çocuklarım	69	26,74
	Hiç kimse	45	17,44
	Eşim ve çocuklarım	5	1,94
Ailede Diyabetli Birey Durumu (n=258)	Hiç biri	83	32,17
	Bir kaç	172	66,67
	Hepsi	3	1,16

Çalışmaya katılan diyabetlilerin metabolik kontrol düzeyleri Tablo 4.4.'de görülmektedir. HbA1c ortalaması $8,57 \pm 2,11$, total kolesterol ortalaması $206,55 \pm 48,62$ mg/dL, LDL Kolestrol ortalaması $107,16 \pm 40,87$ mg/dL, HDL Kolesterol ortalaması $52,53 \pm 20,47$ mg/dL, Triglicerid ortalaması $191,39 \pm 82,55$ mg/dL, Kan basıncı sistolik/diastolik ortalaması ($129,88 \pm 16,31/78,08 \pm 14,39$), boy ortalaması $161,05 \pm 13,33$ cm, kilo ortalaması $77,39 \pm 16,26$ kg Beden Kütle İndeksi ortalaması ise $29,39 \pm 5,65$ kg/m² dir.

Tablo 4.4. Metabolik kontrol form değerlerine ilişkin dağılım tablosu.

	n	Mean±Ss	Min	Max
Diyabet bakımında aile desteğinin 0 ile 10 arasında puanlandırılması	258	5,15±2,79	0	10
HbA1c	159	8,57±2,11	6	16,9
Total Kolesterol	149	206,55±48,62	100	391
LDL	150	107,16±40,87	11	239,4
HDL	149	52,53±20,47	8	154
Trigliserid	149	191,39±82,55	57	426
Sistolik	260	129,88±16,31	90	200
Diastolik	260	78,08±14,39	50	110
Boyunuz	260	161,05±13,33	55	187
Kilo	260	77,39±16,26	6	163
Beden Kütle İndeksi	260	29,38±5,65	4	50

4.2. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması Sonucu Elde Edilen Bulgular

Çalışma grubuna katılan Tip 2 diyabetli bireylerin Diyabet Aile Desteği Ölçeği toplam puan, alt boyutlar puan ortalamalarına ilişkin dağılım tablosu değerlendirildiğinde; empatik destek puanı 20,77 ±10,72 ortalamaya sahiptir, puanın en yüksek değeri 36 ve en düşük değeri 0'dır. Teşvik puanı, 10,79 ±6,7 ortalamaya sahiptir, puanın en yüksek değeri 28 ve en düşük değeri 0'dır. Kolaylaştırıcı destek puanı 12,03 ±6,43 ortalamaya sahiptir, puanın en yüksek değeri 24 ve en düşük değeri 0'dır. Paylaşımçı destek puanı 4,58 ±2,46 ortalamaya sahiptir, puanın en yüksek değeri 8 ve en düşük değeri 0'dır. Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ise 48,18 ±25,42 ortalamaya sahiptir. Puanın en yüksek değeri 96 ve en düşük değeri 0'dır (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği toplam, alt boyutlar puan dağılımı.

	n	Mean±Ss	Min	Max
Empatik Destek Puanı	260	20,77±10,72	0	36
Teşvik Puanı	260	10,79±6,70	0	28
Kolaylaştırıcı Destek Puanı	260	12,03±6,43	0	24
Paylaşımıcı Destek Puanı	260	4,58±2,46	0	8
Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puan	260	48,18±25,42	0	96

4.2.1. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan 260 diyabetli bireyin Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının sosyo-demografik özelliklerle karşılaştırılması sonucu elde edilen veriler bu bölümde ele alınacak ve istatistiksel verileri Tablo 4.6., 4.7., 4.8., 4.9., 4.10., 4.11.'de gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan 260 diyabetli bireyin cinsiyete göre Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puan bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadın cinsiyetinin ölçek toplam puan ortalaması 46,37, erkek cinsiyetin ölçek toplam puan ortalaması 55,07 olup kadınların Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı erkeklere göre anlamlı derecede düşüktür. Teşvik ve paylaşımıcı destek puanı bakımından da cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadın cinsiyetinin teşvik puan ortalaması 10,30, erkek cinsiyetin teşvik puan ortalaması 12,67'dir. Kadın cinsiyetinin paylaşımıcı destek puanı ortalaması 4,41, erkek cinsiyetinin paylaşımıcı destek puanı ortalaması 5,24'dür. Kadınların teşvik ve paylaşımıcı destek puanı ortalaması erkeklere göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.6.)

Araştırmaya katılan 260 diyabetli bireyin Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının yaş ile arasındaki ilişki incelendiğinde Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları bakımından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.7.).

Araştırmaya katılan 260 diyabetli bireyin Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanının eğitim ile arasındaki ilişki incelendiğinde Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ancak alt boyut olan paylaşımcı destek puanı bakımı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Ortaöğretim mezunu olanların paylaşımcı destek puanı ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Post Hock çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir. (Tablo 4.8.).

Araştırmaya katılan 260 diyabetli bireyin Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının gelir durumu ile arasındaki ilişki incelendiğinde Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanları ve alt boyutları bakımından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.9.).

Araştırmaya katılan 260 diyabetli bireyin Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının yaşadığı yer ile arasındaki ilişki incelendiğinde ise Hensarling'in diyabet aile destek Ölçeği toplam puanları ve alt boyutları bakımından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.10.).

Araştırmaya katılan 260 diyabetli bireyin Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve aile tipleri ile arasındaki ilişki incelendiğinde ise Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ancak alt boyut olan paylaşımcı destek puanı bakımı ile aile tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Çekirdek ailesi olanların paylaşımcı destek puanı geniş ailesi olanlara göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.11.).

Tablo 4.6. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının cinsiyet ile karşılaştırılması.

		Cinsiyet						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Empatik Destek Puanı	Kadın	206	20,08	10,76	0	36	126,26	-1,783	0,075
	Erkek	54	23,41	10,24	0	36	146,68		
Teşvik Puanı	Kadın	206	10,30	6,60	0	28	125,4	-2,143	0,032
	Erkek	54	12,67	6,81	0	28	149,95		
Kolaylaştırıcı Destek Puanı	Kadın	206	11,58	6,42	0	24	125,87	-1,947	0,052
	Erkek	54	13,76	6,21	0	24	148,17		
Paylaşımçı Destek Puanı	Kadın	206	4,41	2,50	0	8	125,79	-2,011	0,044
	Erkek	54	5,24	2,21	0	8	148,46		
Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puan	Kadın	206	46,37	25,40	0	96	125,68	-2,022	0,043
	Erkek	54	55,07	24,51	0	96	148,9		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.7. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının yaş grupları ile karşılaştırılması.

		Yaşınız Grup						H*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Empatik Destek Puanı	45 yaş ve altı	9	24,00	9,47	3	35	154,67	1,803	0,614
	46-55 yaş	65	19,78	11,08	0	36	122,78		
	56-65 yaş	106	20,72	10,99	0	36	130,54		
	66 yaş ve üzeri	80	21,29	10,25	0	36	134,01		
Teşvik Puanı	45 yaş ve altı	9	11,67	4,56	5	21	141,89	4,897	0,18
	46-55 yaş	65	9,37	6,14	0	24	112,85		
	56-65 yaş	106	11,13	7,09	0	28	137,05		
	66 yaş ve üzeri	80	11,39	6,73	0	28	134,88		
Kolaylaştırıcı Destek Puanı	45 yaş ve altı	9	14,00	5,34	2	20	163,83	4,114	0,249
	46-55 yaş	65	11,15	6,34	0	24	117,37		
	56-65 yaş	106	11,99	6,50	0	24	132,49		
	66 yaş ve üzeri	80	12,58	6,53	0	24	134,79		
Paylaşımçı Destek Puanı	45 yaş ve altı	9	5,44	2,07	1	8	155,89	2,814	0,421
	46-55 yaş	65	4,28	2,55	0	8	120,01		
	56-65 yaş	106	4,57	2,51	0	8	130,69		
	66 yaş ve üzeri	80	4,76	2,36	0	8	135,92		
Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puan	45 yaş ve altı	9	55,11	20,78	11	83	157,00	3,685	0,297
	46-55 yaş	65	44,58	25,34	0	92	116,86		
	56-65 yaş	106	48,41	26,19	0	96	133,25		
	66 yaş ve üzeri	80	50,01	24,97	0	96	134,96		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.8. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının eğitim durumu ile karşılaştırılması.

		Eğitim Durumu						H*	P
		n	Mean	Ss	Min	Max	Sıra Ort		
Empatik Destek Puanı	Okur-yazar değil	33	21,94	9,97	0	36	139,29	10,376	0,065
	Okur-yazar	13	18,62	12,23	0	36	113,00		
	İlköğretim	180	21,32	10,58	0	36	133,89		
	Ortaöğretim	16	15,06	10,22	0	31	90,44		
	Üniversite	7	26,71	6,05	18	36	174,43		
	Lise/Önlisans	11	15,45	13,12	0	36	99,68		
Teşvik Puanı	Okur-yazar değil	33	12,64	7,88	0	28	145,88	6,963	0,223
	Okur-yazar	13	10,62	7,97	0	24	128,15		
	İlköğretim	180	10,81	6,34	0	27	131,01		
	Ortaöğretim	16	7,75	5,40	0	17	103,81		
	Üniversite	7	13,71	6,55	9	28	163,00		
	Lise/Önlisans	11	7,73	7,48	0	24	96,95		
Kolaylaştırıcı Destek Puanı	Okur-yazar değil	33	12,79	6,78	0	24	135,91	4,562	0,472
	Okur-yazar	13	11,69	7,73	0	24	127,50		
	İlköğretim	180	12,22	6,26	0	24	132,61		
	Ortaöğretim	16	9,50	5,69	0	18	102,81		
	Üniversite	7	14,57	4,65	10	24	157,43		
	Lise/Önlisans	11	9,09	7,85	0	23	106,41		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.8. (devam)

		Eğitim Durumu						H*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Paylaşımçı Destek Puanı	Okur-yazar değil	33	4,61	2,32	0	8	129,82	11,931	0,036
	Okur-yazar	13	4,15	2,85	0	8	117,27		
	İlköğretim	180	4,81	2,40	0	8	137,53		
	Ortaöğretim	16	2,88	2,39	0	6	80,41		
	Üniversite	7	5,43	1,90	3	8	144,43		
	Lise/Önlisans	11	3,36	2,91	0	8	97,18		
							4-3**		
Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puan	Okur-yazar değil	33	51,97	25,92	0	96	139,61	8,66	0,123
	Okur-yazar	13	45,08	30,27	0	92	119,62		
	İlköğretim	180	49,15	24,75	0	95	133,33		
	Ortaöğretim	16	35,19	22,49	0	69	91,84		
	Üniversite	7	60,43	17,58	41	96	168,57		
	Lise/Önlisans	11	35,64	30,89	0	91	101,73		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hock çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir.

Tablo 4.9. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının aylık gelir durumu ile karşılaştırılması.

		Aylık Gelir						H*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Empatik Destek Puanı	Gelir giderden az	50	22,52	10,19	0	36	142,76	3,337	0,189
	Gelir gidere eşit	197	20,16	10,72	0	36	125,86		
	Gelir giderden fazla	13	23,38	12,37	0	36	153,65		
Teşvik Puanı	Gelir giderden az	50	11,06	6,25	0	28	133,83	3,684	0,159
	Gelir gidere eşit	197	10,48	6,59	0	28	127,20		
	Gelir giderden fazla	13	14,46	9,08	0	28	167,69		
Kolaylaştırıcı Destek Puanı	Gelir giderden az	50	12,08	5,87	0	24	131,61	2,596	0,273
	Gelir gidere eşit	197	11,86	6,48	0	24	128,10		
	Gelir giderden fazla	13	14,38	7,76	0	24	162,58		
Paylaşımçı Destek Puanı	Gelir giderden az	50	5,12	2,35	0	8	149,18	5,321	0,07
	Gelir gidere eşit	197	4,41	2,46	0	8	124,53		
	Gelir giderden fazla	13	5,15	2,76	0	8	149,08		
Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puan	Gelir giderden az	50	50,78	23,69	0	96	140,07	3,496	0,174
	Gelir gidere eşit	197	46,91	25,39	0	96	126,12		
	Gelir giderden fazla	13	57,38	31,30	0	96	160,08		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.10. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının yaşadığı yer ile karşılaştırılması.

		Yaşadığı Yer						H*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Empatik Destek Puanı	Köy	80	22,74	9,77	0	36	143,03	3,293	0,193
	İlçe	30	20,93	10,33	0	36	128,07		
	Şehir	150	19,69	11,18	0	36	124,31		
Teşvik Puanı	Köy	80	11,26	6,02	0	28	132,95	0,376	0,829
	İlçe	30	11,77	7,07	0	28	135,68		
	Şehir	150	10,34	6,96	0	28	128,16		
Kolaylaştırıcı Destek Puanı	Köy	80	12,66	6,04	0	24	133,63	0,203	0,903
	İlçe	30	12,47	5,62	0	24	128,67		
	Şehir	150	11,61	6,78	0	24	129,20		
Paylaşımçı Destek Puanı	Köy	80	5,06	2,14	0	8	143,78	4,157	0,125
	İlçe	30	4,73	2,49	0	8	132,47		
	Şehir	150	4,30	2,59	0	8	123,02		
Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puan	Köy	80	51,72	22,93	0	96	139,01	1,52	0,468
	İlçe	30	49,90	24,37	0	96	129,18		
	Şehir	150	45,94	26,77	0	96	126,23		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.11. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının aile tipleri ile karşılaştırılması.

		Aile Tipi						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Empatik Destek Puanı	Çekirdek aile	119	19,50	11,72	0	36	121,91	-1,699	0,089
	Geniş aile	141	21,85	9,70	0	36	137,75		
Teşvik Puanı	Çekirdek aile	119	10,29	7,19	0	28	124,30	-1,226	0,22
	Geniş aile	141	11,21	6,25	0	28	135,73		
Kolaylaştırıcı Destek Puanı	Çekirdek aile	119	11,25	6,86	0	24	122,62	-1,558	0,119
	Geniş aile	141	12,69	5,99	0	24	137,15		
Paylaşımçı Destek Puanı	Çekirdek aile	119	4,23	2,66	0	8	119,50	-2,21	0,027
	Geniş aile	141	4,89	2,24	0	8	139,79		
Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puan	Çekirdek aile	119	45,27	27,69	0	96	121,99	-1,678	0,093
	Geniş aile	141	50,63	23,15	0	96	137,68		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir

4.2.2. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Hastalığa İlişkin Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan 260 bireyin Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının hastalığa ilişkin değişkenlere göre karşılaştırılması sonucu elde edilen veriler bu bölümde ele alınacak ve istatistiksel verileri Tablo 4.12., 4.13., 4.14., 4.15., 4.16.'da gösterilmiştir.

Çalışma grubuna katılan 260 diyabetli bireyin Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarının hastalık süresi ile arasındaki ilişki incelendiğinde Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları bakımından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hastalık süresi 15-19 yıl arasında olanların Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.12.).

Çalışma grubuna katılan 260 diyabetli bireyin Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının başka bir kronik hastalık olma durumu ile arasındaki ilişki incelendiğinde Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanları ve alt boyutları bakımından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.13.).

Çalışma grubuna katılan 260 diyabetli bireyin Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve komplikasyon olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Komplikasyon olmayanların Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı komplikasyon olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği alt boyut puanları olan empatik destek ve paylaşımcı destek puanları bakımından da komplikasyon olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Komplikasyon olmayanların empati destek ve paylaşımcı destek puanı komplikasyon olanlara göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.14.).

Çalışma grubuna katılan 260 diyabetli bireyin Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının kronik komplikasyon olma durumu ile arasındaki ilişki incelendiğinde ise Hensarling'in Diyabet Aile Destek

Ölçeği toplam puanları ve alt boyutları bakımından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.15.).

Çalışma grubuna katılan 260 diyabetli bireyin Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının sigara içme ile arasındaki ilişki incelendiğinde ise Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanları ve alt boyutları bakımından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.16.).

Tablo 4.12. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının hastalık süresi ile karşılaştırılması.

		Kaç Aydır/Yıldır Diyabet Hastasıdır?						H*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Empatik Destek Puanı	<5	57	19,98	10,11	0	36	121,56	3,686	0,45
	5-9	58	19,84	11,08	0	36	123,15		
	10-14	45	20,62	10,91	0	36	130,44		
	15-19	43	22,79	10,48	0	36	147,34		
	20>	57	21,11	11,11	0	36	134,26		
Teşvik Puanı	<5	57	9,28	5,14	0	21	110,61	8,151	0,086
	5-9	58	10,28	6,76	0	28	123,93		
	10-14	45	10,71	6,42	0	24	132,92		
	15-19	43	12,44	7,50	0	28	147,59		
	20>	57	11,63	7,39	0	28	142,26		
Kolaylaştırıcı Destek Puanı	<5	57	11,21	5,79	0	24	116,34	9,103	0,059
	5-9	58	11,07	6,55	0	24	117,10		
	10-14	45	12,20	6,47	0	24	132,52		
	15-19	43	13,79	6,31	0	24	154,92		
	20>	57	12,37	6,87	0	24	138,27		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.12. (devam)

		Kaç Aydır/Yıldır Diyabet Hastasıyız?							
		n	Mean	Ss	Min	Max	Sıra Ort.	H*	P
Paylaşımçı Destek Puanı	<5	57	4,44	2,35	0	8	123,61	3,567	0,468
	5-9	58	4,28	2,50	0	8	121,08		
	10-14	45	4,58	2,47	0	8	128,98		
	15-19	43	5,00	2,48	0	8	144,70		
	20>	57	4,74	2,54	0	8	137,47		
Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puan	<5	57	44,91	22,63	0	85	116,65	6,881	0,142
	5-9	58	45,47	26,06	0	96	120,66		
	10-14	45	48,11	25,53	0	92	130,41		
	15-19	43	54,02	25,65	0	96	151,12		
	20>	57	49,84	27,07	0	96	138,89		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.13. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının başka kronik hastalık olma durumu ile karşılaştırılması.

		Başka Kronik						Z*	P
		n	Mean	Ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Empatik Destek Puanı	Evet	182	20,20	11,00	0	36	126,89	-1,187	0,235
	Yok	78	22,10	9,98	0	36	138,92		
Teşvik Puanı	Evet	182	10,64	6,91	0	27	128,24	-0,741	0,458
	Yok	78	11,14	6,19	0	28	135,76		
Kolaylaştırıcı Destek Puanı	Evet	182	11,63	6,58	0	24	125,56	-1,624	0,104
	Yok	78	12,96	6,01	0	24	142,03		
Paylaşımçı Destek Puanı	Evet	182	4,43	2,47	0	8	125,42	-1,697	0,09
	Yok	78	4,95	2,41	0	8	142,36		
Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puan	Evet	182	46,90	26,09	0	95	126,84	-1,20	0,23
	Yok	78	51,15	23,69	0	96	139,04		

* Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.14. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının komplikasyon olma durumu ile karşılaştırılması.

		Komplikasyon						Z*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Empatik Destek Puanı	Var	60	23	11,99	0	36	152,90	-2,641	0,008
	Yok	200	20,10	10,24	0	36	123,78		
Teşvik Puanı	Var	60	12,37	8,05	0	28	143,72	-1,558	0,119
	Yok	200	10,32	6,18	0	28	126,54		
Kolaylaştırıcı Destek Puanı	Var	60	12,88	7,11	0	24	143,88	-1,577	0,115
	Yok	200	11,78	6,21	0	24	126,49		
Paylaşımçı Destek Puanı	Var	60	5,05	2,74	0	8	149,82	-2,313	0,021
	Yok	200	4,44	2,36	0	8	124,71		
Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puan	Var	60	53,30	29,00	0	96	150,59	-2,362	0,018
	Yok	200	46,64	24,11	0	96	124,47		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.15. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının kronik komplikasyon olma durumu ile karşılaştırılması.

		Kronik Komp. Var Mı						Z*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Empatik Destek Puanı	Evet	151	21,07	10,46	0	36	132,87	-0,6	0,549
	Hayır	109	20,37	11,10	0	36	127,22		
Teşvik Puanı	Evet	151	11,09	6,61	0	27	135,02	-1,145	0,252
	Hayır	109	10,38	6,83	0	28	124,24		
Kolaylaştırıcı destek Puanı	Evet	151	12,21	6,37	0	24	132,98	-0,627	0,53
	Hayır	109	11,79	6,53	0	24	127,07		
Paylaşımçı destek Puanı	Evet	151	4,69	2,39	0	8	133,29	-0,718	0,473
	Hayır	109	4,44	2,56	0	8	126,63		
Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puan	Evet	151	49,05	24,94	0	94	133,59	-0,78	0,436
	Hayır	109	46,97	26,14	0	96	126,22		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.16. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının sigara içme durumu ile karşılaştırılması.

		Sigara						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Empatik destek puanı	Evet	29	19,97	12,03	0	36	127,90	0,259	0,879
	Hayır	213	20,86	10,79	0	36	131,50		
	Bıraktım	18	21,06	7,65	0	36	122,89		
Teşvik puanı	Evet	29	10,31	6,41	0	24	131,90	0,753	0,686
	Hayır	213	10,91	6,89	0	28	131,56		
	Bıraktım	18	10,17	4,69	0	21	115,72		
Kolaylaştırıcı destek puanı	Evet	29	11,90	6,81	0	22	136,21	0,231	0,891
	Hayır	213	12,04	6,53	0	24	130,08		
	Bıraktım	18	12,17	4,63	0	20	126,33		
Paylaşımçı destek puanı	Evet	29	4,41	2,61	0	8	124,33	0,36	0,835
	Hayır	213	4,57	2,50	0	8	130,76		
	Bıraktım	18	5,00	1,64	0	8	137,33		
Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puan	Evet	29	46,59	27,14	0	85	132,43	0,355	0,838
	Hayır	213	48,38	25,83	0	96	131,09		
	Bıraktım	18	48,39	17,64	0	83	120,44		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

4.2.3. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan 260 bireyin Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının tedaviye uyuma ilişkin değişkenlere göre karşılaştırılması sonucu elde edilen veriler bu bölümde ele alınacak ve istatistiksel veriler Tablo 4.17., 4.18., 4.19., 4.20., 4.21.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.17.'de görüldüğü üzere çalışma kapsamına alınan Tip 2 diyabetlilerin empatik destek puanı ile tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, tedavinin sürekli olduğunu bilme, ayak bakımına dikkat etme, ayak-bacak egzersizleri yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma, diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteğinin önemli olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Tıbbi beslenme tedavisini hiç uygulamayanların empatik destek puanı düzenli uygulayanlara ve arada (düzensiz) uygulayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Tedavinin sürekli olduğundan emin olmayanların empatik destek puanı tedavinin sürekli olduğunu bilenlere göre anlamlı derecede düşüktür. Diyabet hastası olması nedeniyle ayak bakımına dikkat etmeyenlerin empatik destek puanı dikkat edenlere göre anlamlı derecede düşüktür. Ayak-bacak egzersizleri yapmayanların empatik destek puanı yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Daha önce diyabete ilişkin eğitim almayanların empatik destek puanı eğitim alanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği almayanların empatik destek puanı aile desteği alanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteğinin önemli olmadığını düşünenlerin empatik destek puanı aile desteğinin önemli olduğunu düşünenlere göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.18.'de görüldüğü üzere çalışma kapsamına alınan Tip 2 diyabetlilerin teşvik puanı ile tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, tedavinin sürekli olduğunu bilme, kan şekeri takibini yapma, ayak bakımına dikkat etme, ayak-bacak egzersizleri yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma, diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteğinin önemli olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Tıbbi beslenme tedavisini hiç uygulamayanların, teşvik puanı düzenli uygulayanlara ve arada (düzensiz) uygulayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Tedavinin sürekli

olduğundan emin olmayanların teşvik puanı, tedavinin sürekli olduğunu bilenlere göre anlamlı derecede düşüktür. Kan şekeri takibini yapmayanların teşvik puanı, kan şekeri takibini yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Diyabet hastası olması nedeniyle ayak bakımına dikkat etmeyenlerin teşvik puanı, dikkat edenlere göre anlamlı derecede düşüktür. Ayak-bacak egzersizleri yapmayanların teşvik puanı, yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Daha önce diyabete ilişkin eğitim almayanların teşvik puanı, eğitim alanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği almadığını belirtenlerin teşvik puanı, aile desteği alanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteğinin önemli olmadığını düşünenlerin teşvik puanı, aile desteğinin önemli olduğunu düşünenlere göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.19.'da görüldüğü üzere çalışma kapsamına alınan Tip 2 diyabetlilerin kolaylaştırıcı destek puanı ile tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, ayak bakımına dikkat etme, ayak-bacak egzersizleri yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği alma ve tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteğinin önemli olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Tıbbi beslenme tedavisini hiç uygulamayanların kolaylaştırıcı destek puanı düzenli uygulayanlara ve arada (düzensiz) uygulayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Diyabet hastası olduğu için özellikle ayak bakımına dikkat etmeyenlerin kolaylaştırıcı destek puanı dikkat edenlere göre anlamlı derecede düşüktür. Ayak-bacak egzersizleri yapmayanların kolaylaştırıcı destek puanı yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Daha önce diyabete ilişkin eğitim almayanların kolaylaştırıcı destek puanı eğitim alanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği almayanların kolaylaştırıcı destek puanı aile desteği alanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteğinin önemli olmadığını düşünenlerin kolaylaştırıcı destek puanı aile desteğinin önemli olduğunu düşünenlere göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.20.'de görüldüğü üzere çalışma kapsamına alınan Tip 2 diyabetlilerin paylaşımcı destek puanı ile kan şekeri takibini yapma, ayak-bacak egzersizleri yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma, diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteğinin önemli olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Kan

şekeri takibini yapmayanların paylaşımcı destek puanı kan şekeri takibini yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Ayak-bacak egzersizleri yapmayanların paylaşımcı destek puanı yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Daha önce diyabete ilişkin eğitim almayanların paylaşımcı destek puanı eğitim alanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği almayanların paylaşımcı destek puanı aile desteği alanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteğinin önemli olmadığını düşünenlerin paylaşımcı destek puanı aile desteğinin önemli olduğunu düşünenlere göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.21.'de görüldüğü üzere çalışma kapsamına alınan Tip 2 diyabetlilerin Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ile tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, tedavinin sürekli olduğunu bilme, ayak bakımına dikkat etme, ayak-bacak egzersizleri yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma, diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteğinin önemli olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Tıbbi beslenme tedavisini hiç uygulamayanların Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı düzenli uygulayanlara ve arada (düzensiz) uygulayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Tedavinin sürekli olduğundan emin olmayanların Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı tedavinin sürekli olduğunu bilenlere göre anlamlı derecede düşüktür. Ayak bakımına dikkat etmeyenlerin Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı dikkat edenlere göre anlamlı derecede düşüktür. Ayak-bacak egzersizleri yapmayanların Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Daha önce diyabete ilişkin eğitim almayanların Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı eğitim alanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği almayanların Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı aile desteği alanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteğinin önemli olmadığını düşünenlerin Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı aile desteğinin önemli olduğunu düşünenlere göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.17. Empatik destek puanı bakımından tedaviye uyuma ilişkin değişkenler ile karşılaştırılması.

		Empatik destek puanı						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama durumu	Evet düzenli uyguluyorum	59	21,54	11,81	0	36	141,50	8,236	0,041
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	127	22,06	10,01	0	36	137,63		
	Hiç uygulamıyorum	58	17,50	11,52	0	36	109,58		
	Aklıma geldikçe	16	19,56	6,20	0	28	109,22		
								3-2 3-1**	
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	23	25,09	10,69	0	36	110,91	4,555	0,207
	Çoğunlukla uyuyorum	75	19,72	10,83	0	36	85,24		
	Bazen uyuyorum	63	21,94	8,84	0	36	89,32		
	Hiçbir zaman uymuyorum	18	19,94	12,90	0	36	85,50		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	75	20,32	11,45	0	36	129,57	2,348	0,309
	Hayır	153	21,33	10,62	0	36	134,72		
	Bazen yapıyorum	32	19,19	9,46	0	36	112,48		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hoc çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir.

Tablo 4.17. Devam

		Empatik destek puanı						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	249	20,84	10,64	0	36	131,20	-0,714	0,476
	Hayır	11	19,36	12,78	0	36	114,73		
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	246	21,07	10,57	0	36	132,73	-2,014	0,044
	Emin değilim	14	15,64	12,38	0	36	91,29		
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	248	20,88	10,69	0	36	131,53	-1,012	0,312
	Hayır	12	18,67	11,45	0	36	109,13		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	242	21,01	10,59	0	36	132,14	-1,291	0,197
	Hayır	18	17,61	12,20	0	36	108,50		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	245	20,91	10,61	0	36	131,73	1,154	0,283
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	15	18,53	12,54	0	36	110,33		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	61	22,61	12,23	0	36	150,44	-2,377	0,017
	Hayır	199	20,21	10,18	0	36	124,39		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.17. Devam

		Empatik destek puanı						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	42	25,10	10,32	0	36	165,51	-3,308	0,001
	Hayır	218	19,94	10,61	0	36	123,75		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	229	21,60	10,44	0	36	136,43	-3,47	0,001
	Almadım	31	14,65	10,93	0	36	86,68		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	215	24,58	6,92	0	36	151,76	-10,004	0,001
	Hayır	45	2,58	5,80	0	25	28,91		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	244	21,91	9,80	0	36	136,64	-5,16	0,001
	Hayır	16	3,37	9,03	0	36	33,88		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.18. Teşvik puanı bakımından tedaviye uyuma ilişkin değişkenler ile karşılaştırılması.

		Teşvik puanı						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	59	11,22	7,46	0	28	136,26	8,125	0,043
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	127	11,57	6,44	0	27	139,48		
	Hiç uygulamıyorum	58	8,78	6,69	0	28	106,73		
	Aklıma geldikçe	16	10,25	4,34	0	21	124,13		
								3-2**	
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	23	13,52	7,87	0	28	106,96	3,221	0,359
	Çoğunlukla uyuyorum	75	10,44	6,41	0	27	85,73		
	Bazen uyuyorum	63	11,84	6,29	0	26	90,54		
	Hiçbir zaman uymuyorum	18	10,17	7,08	0	23	84,25		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	75	10,44	7,10	0	28	128,80	0,195	0,907
	Hayır	153	11,11	6,78	0	28	132,13		
	Bazen yapıyorum	32	10,06	5,29	0	26	126,67		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hock çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir.

Tablo 4.18. (devam)

		Teşvik puanı						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	249	10,78	6,66	0	28	130,53	-0,029	0,977
	Hayır	11	10,91	7,80	0	28	129,86		
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	246	10,93	6,62	0	28	132,77	-2,05	0,04
	Emin değilim	14	8,29	7,72	0	28	90,57		
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	248	10,85	6,67	0	28	131,57	-1,051	0,293
	Hayır	12	9,58	7,42	0	28	108,29		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	242	10,97	6,63	0	28	133,06	-2,018	0,044
	Hayır	18	8,39	7,37	0	28	96,11		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	245	10,81	6,66	0	28	131,28	0,46	0,498
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	15	10,40	7,55	0	28	117,77		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	61	13,51	8,42	0	28	162,37	-3,797	0,001
	Hayır	199	9,95	5,85	0	28	120,73		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.18. (devam)

		Teşvik puanı						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	42	13,43	7,23	0	28	159,73	-2,761	0,006
	Hayır	218	10,28	6,48	0	28	124,87		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	229	11,20	6,60	0	28	135,86	-3,134	0,002
	Almadım	31	7,74	6,74	0	28	90,92		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	215	12,82	5,43	1	28	152,75	-10,465	0,001
	Hayır	45	1,07	1,95	0	7	24,21		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	244	11,35	6,36	0	28	136,66	-5,18	0,001
	Hayır	16	2,19	5,98	0	24	36,50		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.19. Kolaylaştırıcı destek puanı bakımından tedaviye uyuma ilişkin değişkenler ile karşılaştırılması

		Kolaylaştırıcı destek puanı						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	59	12,73	7,25	0	24	143,77	11,242	0,01
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	127	12,76	6,04	0	24	137,95		
	Hiç uygulamıyorum	58	9,86	6,52	0	24	102,71		
	Aklıma geldikçe	16	11,50	4,24	0	19	123,16		
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	23	15,26	6,83	0	24	113,87	6,858	0,077
	Çoğunlukla uyuyorum	75	11,71	6,51	0	24	83,80		
	Bazen uyuyorum	63	13,05	5,20	0	24	91,75		
	Hiçbir zaman uymuyorum	18	11,00	7,56	0	24	79,19		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	75	12,29	6,97	0	24	138,86	1,489	0,475
	Hayır	153	12,05	6,37	0	24	128,17		
	Bazen yapıyorum	32	11,34	5,46	0	24	122,05		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hoc çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir.

Tablo 4.19. (devam)

		Kolaylaştırıcı destek puanı							
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.	Z*	p
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	249	12,06	6,39	0	24	131,08	-0,598	0,55
	Hayır	11	11,45	7,57	0	24	117,27		
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	246	12,16	6,36	0	24	132,60	-1,894	0,058
	Emin değilim	14	9,71	7,45	0	24	93,61		
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	248	12,08	6,42	0	24	131,56	-1,041	0,298
	Hayır	12	11,00	6,84	0	24	108,50		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	242	12,21	6,41	0	24	132,86	-1,86	0,063
	Hayır	18	9,67	6,35	0	24	98,81		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	245	12,08	6,40	0	24	131,61	0,939	0,332
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	15	11,20	7,07	0	24	112,30		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	61	13,79	7,82	0	24	157,08	-3,167	0,002
	Hayır	199	11,49	5,86	0	24	122,35		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.19. (devam)

		Kolaylaştırıcı destek puanı							
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.	Z*	P
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	42	14,57	6,38	0	24	163,58	-3,125	0,002
	Hayır	218	11,54	6,34	0	24	124,13		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	229	12,54	6,28	0	24	136,78	-3,676	0,001
	Almadım	31	8,29	6,40	0	24	84,08		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	215	14,24	4,46	1	24	152,31	-10,261	0,001
	Hayır	45	1,47	2,95	0	13	26,28		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	244	12,64	5,99	0	24	136,50	-5,044	0,001
	Hayır	16	2,81	6,06	0	24	38,97		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.20. Paylaşımıcı destek puanı bakımından tedaviye uyuma ilişkin değişkenler ile karşılaştırılması.

		Paylaşımıcı destek puanı						H*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	59	4,56	2,74	0	8	132,59	6,277	0,099
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	127	4,91	2,31	0	8	139,72		
	Hiç uygulamıyorum	58	3,91	2,60	0	8	111,72		
	Aklıma geldikçe	16	4,50	1,55	0	6	117,69		
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	23	5,22	2,66	0	8	102,74	2,645	0,45
	Çoğunlukla uyuyorum	75	4,43	2,47	0	8	85,68		
	Bazen uyuyorum	63	4,94	2,15	0	8	92,83		
	Hiçbir zaman uymuyorum	18	4,28	2,76	0	8	81,83		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	75	4,37	2,64	0	8	125,71	2,481	0,289
	Hayır	153	4,76	2,44	0	8	135,98		
	Bazen yapıyorum	32	4,25	2,13	0	8	115,52		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.20. (devam)

		Paylaşımçı destek puanı						Z*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	249	4,59	2,44	0	8	130,55	-0,05	0,96
	Hayır	11	4,55	2,94	0	8	129,41		
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	246	4,63	2,44	0	8	131,95	-1,324	0,185
	Emin değilim	14	3,79	2,72	0	8	105,11		
	Toplam	260	4,58	2,46	0	8			
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	248	4,59	2,46	0	8	130,76	-0,262	0,793
	Hayır	12	4,42	2,68	0	8	125,04		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	242	4,66	2,45	0	8	133,00	-2,007	0,045
	Hayır	18	3,56	2,43	0	8	96,83		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	245	4,60	2,43	0	8	130,85	0,096	0,756
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	15	4,33	3,02	0	8	124,77		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	61	4,84	2,81	0	8	142,15	-1,41	0,159
	Hayır	199	4,51	2,35	0	8	126,93		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.20. (devam)

		Paylaşımçı destek puanı							
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.	Z*	P
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	42	5,57	2,40	0	8	163,64	-3,18	0,001
	Hayır	218	4,39	2,43	0	8	124,11		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	229	4,76	2,42	0	8	135,89	-3,201	0,001
	Almadım	31	3,32	2,4	0	8	90,71		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	215	5,48	1,59	0	8	152,76	-10,635	0,001
	Hayır	45	0,29	0,73	0	3	24,17		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	244	4,84	2,27	0	8	136,64	-5,238	0,001
	Hayır	16	0,69	2,02	0	8	36,94		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.21. Hensarling'in diyabet aile destek çizelgesi toplam puanı bakımından tedaviye uyuma ilişkin değişkenler ile karşılaştırılması.

		Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puan						H*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	59	50,05	28,38	0	96	141,08	8,637	0,035
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	127	51,31	23,84	0	95	138,15		
	Hiç uygulamıyorum	58	40,05	26,51	0	96	107,84		
	Aklıma geldikçe	16	45,81	15,53	0	74	112,91		
								3-2 3-1**	
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	23	59,09	26,98	0	96	110,91	4,498	0,212
	Çoğunlukla uyuyorum	75	46,29	25,40	0	92	85,8		
	Bazen uyuyorum	63	51,76	21,48	0	91	89,04		
	Hiçbir zaman uymuyorum	18	45,39	29,77	0	91	84,14		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	75	47,43	27,34	0	96	130,8	0,832	0,66
	Hayır	153	49,24	25,3	0	96	132,68		
	Bazen yapıyorum	32	44,84	21,43	0	92	119,38		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hock çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir.

Tablo 4.21. (devam)

		Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puan						Z*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	249	48,26	25,25	0	96	131,20	-0,716	0,474
	Hayır	11	46,27	30,40	0	96	114,64		
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	246	48,79	25,10	0	96	132,87	-2,128	0,033
	Emin değilim	14	37,43	29,54	0	96	88,93		
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	248	48,4	25,36	0	96	131,74	-1,208	0,227
	Hayır	12	43,67	27,50	0	96	104,92		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	242	48,84	25,22	0	96	132,57	-1,631	0,103
	Hayır	18	39,22	27,23	0	96	102,64		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	245	48,40	25,20	0	96	131,85	1,373	0,241
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	15	44,47	29,53	0	96	108,43		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	61	54,74	30,58	0	96	157,12	-3,163	0,002
	Hayır	199	46,17	23,34	0	96	122,34		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	42	58,67	25,39	0	96	165,76	-3,322	0,001
	Hayır	218	46,16	24,98	0	96	123,71		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	229	50,10	24,82	0	96	136,58	-3,547	0,001
	Almadım	31	34,00	25,74	0	96	85,58		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	215	57,13	17,13	3	96	152,62	-10,375	0,001
	Hayır	45	5,40	10,65	0	44	24,83		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	244	50,74	23,45	0	96	136,54	-5,065	0,001
	Hayır	16	9,06	22,68	0	92	38,34		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

4.2.4. Diyabet Aile Destek Ölçeği Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Metabolik Sonuç Kriterleri ve Diyabet Aile Destek Puanı İle Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan 260 bireyin Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının Metabolik Sonuç Kriterleri ile karşılaştırılması sonucu elde edilen veriler bu bölümde ele alınacak ve istatistiksel veriler Tablo 4.22.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.22.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan 260 Tip 2 diyabetli bireyin HbA1c değerleri ile Hensarling' in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Empatik destek için bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,222$). HbA1c değerleri arttıkça empatik destek puanı da artmaktadır. Teşvik puanı için bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,158$). HbA1c değerleri arttıkça teşvik puanı da artmaktadır. Kolaylaştırıcı destek puanı için bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,162$). HbA1c değerleri arttıkça kolaylaştırıcı destek puanı da artmaktadır. Paylaşımçı destek puanı için bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,215$). HbA1c değerleri arttıkça paylaşımçı destek puanı da artmaktadır Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı için bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,201$). HbA1c değerleri arttıkça Hensarling' in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı da artmaktadır.

Tablo 4.22.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan 260 Tip 2 diyabetli bireyin beden kütle indeksi değerleri ile Hensarling' in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan teşvik ve kolaylaştırıcı destek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Hensarling' in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı için bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r = -0,141$). Beden kütle indeksi değerleri arttıkça Hensarling' in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı azalmaktadır. Teşvik puanı için bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r = -0,178$). Beden kütle indeksi değerleri arttıkça teşvik puanı azalmaktadır. Kolaylaştırıcı destek puanı için bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=0,152$). Beden kütle indeksi değerleri arttıkça kolaylaştırıcı destek puanı azalmaktadır.

Tablo 4.22. Diyabet aile destek ölçeği puanı ve alt boyut puanlarının metabolik sonuç kriterleri ile karşılaştırılması.

		Hba1c	Total kolesterol	LDL	HDL	Trigliserid	Kan Basıncı	Boy	Kilo	Beden kütle indeksi
Empatik destek puanı	r	,222**	0,049	0,126	-0,078	-0,102	-0,032	0,047	-,127*	-0,101
	p	0,005	0,552	0,123	0,345	0,217	0,605	0,455	0,04	0,104
	n	159	149	150	149	149	260	260	260	260
Teşvik puanı	r	,158*	0,03	0,088	-0,02	-0,067	-0,017	,128*	-,155*	-,178**
	p	0,046	0,72	0,283	0,812	0,417	0,783	0,039	0,013	0,004
	n	159	149	150	149	149	260	260	260	260
Kolaylaştırıcı destek puanı	r	,162*	-0,014	0,111	-0,066	-0,079	-0,036	0,092	-,149*	-,152*
	p	0,042	0,868	0,177	0,427	0,337	0,561	0,139	0,016	0,014
	n	159	149	150	149	149	260	260	260	260
Paylaşımçı destek puanı	r	,215**	0,075	0,129	-0,047	-0,068	-0,034	0,052	-0,105	-0,079
	p	0,007	0,366	0,116	0,571	0,408	0,583	0,40	0,091	0,206
	n	159	149	150	149	149	260	260	260	260
Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puan	r	,201*	0,012	0,112	-0,064	-0,108	-0,031	0,084	-,149*	-,141*
	p	0,011	0,885	0,173	0,438	0,192	0,624	0,178	0,016	0,023
	n	159	149	150	149	149	260	260	260	260

Pearson Korelasyon *p<0,05, **p<0,01

4.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması Sonucu Elde Edilen Bulgular

Çalışma grubuna katılan Tip 2 diyabetli bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamalarına ilişkin dağılımı incelendiğinde Sağlık ve Fonksiyonel Durum başlıkları ve puanlanması 20,70 \pm 4,35 ortalamaya sahiptir; puanın en yüksek değeri 30 ve en düşük değeri 8,31'dir. Sosyal ve Ekonomik Durum puanı 16,34 \pm 3,24 ortalamaya sahiptir; puanın en yüksek değeri 26,50 ve en düşük değeri 8,25'dir. Fizyolojik ve Manevi Durum puanı 22,34 \pm 4,07 ortalamaya sahiptir; puanın en yüksek değeri 30 ve en düşük değeri 8,14'dür. Aile Durumu puanı 25,96 \pm 3,66 ortalamaya sahiptir; puanın en yüksek değeri 30 ve en düşük değeri 15'dir. Yaşam kalitesi puanı 20,92 \pm 3,45 ortalamaya sahiptir; puanın en yüksek değeri 28,68 ve en düşük değeri 10,88'dir (Tablo 4.23.).

Tablo 4.23. Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin puan ortalaması, alt boyut puan ortalamaları dağılımı.

	n	Mean \pm ss	Min	Max
Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları ve Puanlanması	260	20,70 \pm 4,35	8,31	30
Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı	260	16,34 \pm 3,24	8,25	26,50
Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı	260	22,34 \pm 4,07	8,14	30
Aile Durumu Puanı	260	25,96 \pm 3,66	15	30
Yaşam kalitesi puanı	260	20,92 \pm 3,45	10,88	28,68

4.3.1. Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Sosyo-Demografik Özellikler ile Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan 260 bireyin Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının sosyo-demografik özelliklerle karşılaştırılması sonucu elde edilen veriler bu bölümde ele alınacak ve istatistiksel verileri Tablo 4.24., 4.25., 4.26., 4.27., 4.28., 4.29.'da gösterilmiştir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan 260 Tip 2 diyabetli bireyin cinsiyet durumuna göre, Yaşam Kalitesi toplam puanı ve Yaşam Kalitesi alt bileşenleri ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.24.).

Araştırmaya katılan 260 Tip 2 diyabetli bireyin Yaşam Kalitesi puanı ve Yaşam Kalitesi alt bileşenleri ortalama puanları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). 66 yaş ve üzerinde olanların sağlık ve fonksiyonel durum puanı 45 yaş ve altında, 46-55 yaş arasında ve 56-65 yaş arasında olanlara göre; 56-65 yaş arasında olanların sağlık ve fonksiyonel durum puanı ise 45 yaş ve altında ve 46-55 yaş arasında olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. 66 yaş ve üzerinde olanların sosyal ve ekonomik durum puanı 45 yaş ve altında, 46-55 yaş arasında ve 56-65 yaş arasında olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. 66 yaş ve üzerinde olanların fizyolojik ve manevi durum puanı 45 yaş ve altında, 46-55 yaş arasında ve 56-65 yaş arasında olanlara göre; 56-65 yaş arasında olanların fizyolojik ve manevi durum puanı ise 46-55 yaş arasında olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. 66 yaş ve üzerinde olanların aile durumu puanı 45 yaş ve altında, 46-55 yaş arasında ve 56-65 yaş arasında olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. 66 yaş ve üzerinde olanların Yaşam Kalitesi toplam puanı 45 yaş ve altında, 46-55 yaş arasında ve 56-65 yaş arasında olanlara göre; 56-65 yaş arasında olanların Yaşam Kalitesi toplam puanı ise 45 yaş ve altında ve 46-55 yaş arasında olanlara göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.25.).

Araştırmaya katılan 260 Tip 2 diyabetli bireyin Yaşam kalitesi toplam puanı ve Yaşam Kalitesi alt bileşenleri ortalama puanları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Okuryazar olmayanların sağlık ve fonksiyonel durum puanı ilköğretim, ortaöğretim, lise/önlisans ve üniversite mezunu olanlara göre; okur-yazar olanların sağlık ve fonksiyonel durum puanı ise lise/önlisans mezunu olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Okuryazar olmayanların sosyal ve ekonomik durum puanı ilköğretim, üniversite ve lise/önlisans mezunu olanlara göre; okuryazar ve ilköğretim mezunu olanların sosyal ve ekonomik durum puanı ise üniversite ve lise/önlisans mezunu olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Okuryazar olmayanların ve okuryazar olanların fizyolojik ve manevi durum puanı ortaöğretim ve üniversite ve lise/önlisans mezunu olanlara göre; ilköğretim mezunu olanların fizyolojik ve manevi durum puanı ise üniversite mezunu olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Okuryazar olmayanların aile durumu puanı üniversite mezunu olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Okuryazar olmayanların Yaşam Kalitesi toplam puanı ilköğretim, ortaöğretim, üniversite ve lise/önlisans mezunu olanlara göre; Okuryazar olanların

Yaşam Kalitesi toplam puanı üniversite ve lise/önlisans mezunu olanlara göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.26.).

Araştırmaya katılan 260 Tip 2 diyabetli bireyin Yaşam Kalitesi toplam puanı ve Yaşam Kalitesi alt bileşenleri ortalama puanları ile aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Geliri giderinden az olanların sağlık ve fonksiyonel durum puanı geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanlara göre; geliri giderine eşit olanların sağlık ve fonksiyonel durum puanı ise geliri giderinden fazla olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Geliri giderinden az olanların sosyal ve ekonomik durum puanı geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanlara göre; geliri giderine eşit olanların sosyal ve ekonomik durum puanı ise geliri giderinden fazla olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Geliri giderinden az olanların fizyolojik ve manevi durum puanı geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanlara göre; geliri giderine eşit olanların fizyolojik ve manevi durum puanı ise geliri giderinden fazla olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Geliri giderinden az olanların aile durumu puanı geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanlara göre; geliri giderine eşit olanların aile durumu puanı ise geliri giderinden fazla olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Geliri giderinden az olanların Yaşam Kalitesi toplam puanı geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanlara göre; geliri giderine eşit olanların Yaşam Kalitesi toplam puanı ise geliri giderinden fazla olanlara göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.27.).

Araştırmaya katılan 260 Tip 2 diyabetli bireyin Yaşam Kalitesi toplam puanı ve Yaşam Kalitesi alt bileşenleri ortalama puanları ile yaşanan yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Köyde yaşayanların sağlık ve fonksiyonel durum puanı şehirde yaşayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Köyde ve ilçede yaşayanların sosyal ve ekonomik durum puanı şehirde yaşayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Köyde yaşayanların fizyolojik ve manevi durum puanı şehirde yaşayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Köyde ve ilçede yaşayanların aile durumu puanı şehirde yaşayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Köyde ve ilçede yaşayanların Yaşam Kalitesi toplam puanı şehirde yaşayanlara göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.28.).

Araştırmaya katılan 260 Tip 2 diyabetli bireyin Yaşam Kalitesi toplam puanı ve Yaşam Kalitesi alt boyutları olan sağlık ve fonksiyonel, sosyal ve ekonomik, fizyolojik ve manevi durum puanları ile aile tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) Geniş ailesi olanların Yaşam Kalitesi toplam puanı ve Yaşam Kalitesi alt boyutları olan sağlık ve fonksiyonel, sosyal ve ekonomik, fizyolojik ve manevi durum puanlarının çekirdek ailesi olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Ancak Yaşam Kalitesi alt boyut puanı olan aile durumu ile aile tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte çekirdek ailesi olanların aile durum puanının geniş ailesi olanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.29.).

Tablo 4.24. Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının cinsiyet ile karşılaştırılması.

		Cinsiyet							Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.			
Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları ve Puanlanması	Kadın	206	20,83	4,45	8,31	30	133,26	-1,155	0,248	
	Erkek	54	20,22	3,94	12,08	28,08	119,98			
Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı	Kadın	206	16,32	3,24	8,25	26,5	131,21	-0,297	0,767	
	Erkek	54	16,42	3,27	11	25,88	127,80			
Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı	Kadın	206	22,38	4,10	10,86	30	130,73	-0,095	0,925	
	Erkek	54	22,20	3,99	8,14	28,43	129,64			
Aile Durumu Puanı	Kadın	206	25,80	3,71	15	30	127,32	-1,34	0,18	
	Erkek	54	26,56	3,46	16,80	30	142,63			
Yaşam kalitesi puanı	Kadın	206	20,95	3,58	10,88	28,68	131,77	-0,533	0,594	
	Erkek	54	20,81	2,90	15,62	27,74	125,65			

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.25. Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının yaş grupları ile karşılaştırılması.

		Yaşınız Grup						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları ve Puanlanması	45 yaş ve altı	9	26,23	3,04	19,15	29,08	222,50	87,034	0,001
	46-55 yaş	65	23,81	3,71	10,54	30	186,59		
	56-65 yaş	106	20,45	3,70	11	28,15	126,97		
	66 yaş ve üzeri	80	17,89	3,49	8,31	26,69	79,25		
								4-3 4-2 4-1 3-2 3-1**	
Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı	45 yaş ve altı	9	18,70	3,11	12,75	23,38	185,61	37,763	0,001
	46-55 yaş	65	17,75	3,15	10,38	25,88	164,27		
	56-65 yaş	106	16,50	3,07	9,88	26,50	133,25		
	66 yaş ve üzeri	80	14,73	2,83	8,25	22,50	93,21		
								4-3 4-2 4-1**	
Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı	45 yaş ve altı	9	25,92	2,82	21,86	29,57	195,89	43,533	0,001
	46-55 yaş	65	24,41	3,62	15,71	30	166,76		
	56-65 yaş	106	22,38	3,77	12,14	30	132,17		
	66 yaş ve üzeri	80	20,21	3,81	8,14	28	91,48		
								4-3 4-2 4-1 3-2**	
Aile Durumu Puanı	45 yaş ve altı	9	28,76	2,49	22,60	30	197,78	35,202	0,001
	46-55 yaş	65	27,17	3,58	16,80	30	159,35		
	56-65 yaş	106	26,17	3,5	15	30	133,85		
	66 yaş ve üzeri	80	24,37	3,47	15	30	95,04		
								4-3 4-2 4-1**	

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hock çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir.

Tablo 4.25. (devam)

		Yaşınız Grup						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Yaşam kalitesi puanı	45 yaş ve altı	9	24,92	2,73	18,85	27,88	214,61	73,426	0,001
	46-55 yaş	65	23,14	3,15	12,97	28,68	179,58		
	56-65 yaş	106	20,89	2,98	13,94	27,12	130,52		
	66 yaş ve üzeri	80	18,71	2,74	10,88	24,32	81,13		
								4-3 4-2 4-1 3-2 3-1**	

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hock çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir.

Tablo 4.26. Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının eğitim durumları ile karşılaştırılması.

		Eğitim Durumu						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları ve Puanlanması	Okur-yazar değil	33	18,37	3,46	11,54	24,69	87,27	28,396	0,001
	Okur-yazar	13	18,04	5,29	11	28,69	90,08		
	İlköğretim	180	20,82	4,31	8,31	30	132,57		
	Ortaöğretim	16	22,67	2,68	19	27,92	166,13		
	Üniversite	7	23,95	4,43	16,38	29,08	185,21		
	Lise/Önlisans	11	23,91	3,27	17,54	28,08	187,41		
Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı	Okur-yazar değil	33	14,23	2,93	8,75	19,5	84,27	47,628	0,001
	Okur-yazar	13	14,67	2,59	10,38	19,25	88,77		
	İlköğretim	180	16,29	2,86	8,25	23	130,49		
	Ortaöğretim	16	17,05	2,78	11,13	21,13	150,69		
	Üniversite	7	22,72	3,84	15,63	26,5	230,79		
	Lise/Önlisans	11	20,38	2,14	17,75	25,88	225,45		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hoc çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir.

Tablo 4.26. (devam)

		Eğitim Durumu						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı	Okur-yazar değil	33	20,42	3,49	13,43	25,57	92,17	36,431	0,001
	Okur-yazar	13	19,62	5,09	13,14	28	85,77		
	İlköğretim	180	22,32	3,96	8,14	30	129,51		
	Ortaöğretim	16	25,02	2,96	18,29	30	183,03		
	Üniversite	7	27,37	2,36	23,29	30	224,50		
	Lise/Önlisans	11	24,69	2,38	20,43	28,43	178,41		
Aile Durumu Puanı	Okur-yazar değil	33	24,33	3,39	16	30	93,59	17,185	0,004
	Okur-yazar	13	24,82	4,83	15	30	114,54		
	İlköğretim	180	26,10	3,58	15	30	133,14		
	Ortaöğretim	16	26,17	3,65	18	30	134,88		
	Üniversite	7	28,51	3,51	20,6	30	195,93		
	Lise/Önlisans	11	27,84	2,50	22	30	168,86		
Yaşam kalitesi puanı	Okur-yazar değil	33	18,74	2,82	13,24	23,50	83,48	38,448	0,001
	Okur-yazar	13	18,74	3,95	13,71	26,44	88,58		
	İlköğretim	180	20,98	3,28	10,88	28,68	131,48		
	Ortaöğretim	16	22,52	2,49	18,82	27,29	167,19		
	Üniversite	7	25,27	3,42	18,79	28,47	214,50		
	Lise/Önlisans	11	23,97	2,38	19,56	27,74	198,27		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hock çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir.

Tablo 4.27. Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının aylık gelir durumu ile karşılaştırılması

		Aylık Gelir						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları ve Puanlanması	Gelir giderden az	50	19,19	4,09	11	27,08	103,26	16,209	0,001
	Gelir gidere eşit	197	20,84	4,30	8,31	30	133,20		
	Gelir giderden fazla	13	24,39	3,64	16,31	29,85	194,42		
								1-2 1-3 2-3**	
Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı	Gelir giderden az	50	14,77	3,03	9,13	21,38	94,75	27,122	0,001
	Gelir gidere eşit	197	16,48	3,03	8,25	26,50	134,18		
	Gelir giderden fazla	13	20,32	3,46	12,63	25,88	212,19		
								1-2 1-3 2-3**	
Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı	Gelir giderden az	50	19,89	3,50	13,14	28,43	81,97	42,737	0,001
	Gelir gidere eşit	197	22,61	3,85	8,14	30	136,57		
	Gelir giderden fazla	13	27,75	2,79	22,43	30	225,19		
								1-2 1-3 2-3**	
Aile Durumu Puanı	Gelir giderden az	50	24,60	3,77	15	30	101,96	18,404	0,001
	Gelir gidere eşit	197	26,11	3,58	16	30	133,24		
	Gelir giderden fazla	13	28,88	2,16	24	30	198,77		
								1-2 1-3 2-3**	
Yaşam Kalitesi Puanı	Gelir giderden az	50	19,18	3,07	13,24	25,62	91,26	30,87	0,001
	Gelir gidere eşit	197	21,09	3,31	10,88	28,62	134,85		
	Gelir giderden fazla	13	24,99	2,79	18,15	28,68	215,46		
								1-2 1-3 2-3**	

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hoc çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir.

Tablo 4.28. Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının yaşanılan yerler ile karşılaştırılması

		Yaşadığı Yer						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları ve Puanlanması	Köy	80	19,26	4,43	8,31	28,69	105,09	18,365	0,001
	İlçe	30	19,74	3,45	13,23	25,23	113,28		
	Şehir	150	21,66	4,24	9,46	30	147,49		
								1-3**	
Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı	Köy	80	15,16	3,00	9,13	21,88	103,09	21,63	0,001
	İlçe	30	15,53	2,80	8,75	22,5	111,28		
	Şehir	150	17,14	3,24	8,25	26,50	148,96		
								1-3 2-3**	
Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı	Köy	80	20,71	4,38	8,14	29,71	101,89	22,259	0,001
	İlçe	30	21,55	3,24	13,43	26,43	113,77		
	Şehir	150	23,37	3,74	13,14	30	149,11		
								1-3**	
Aile Durumu Puanı	Köy	80	25,37	3,50	17,6	30	116,09	12,263	0,002
	İlçe	30	24,45	4,07	15	30	101,75		
	Şehir	150	26,57	3,55	15	30	143,94		
								2-3 1-3**	
Yaşam kalitesi puanı	Köy	80	19,57	3,31	10,88	26,44	100,16	26,793	0,001
	İlçe	30	19,95	2,64	13,65	24,76	108,57		
	Şehir	150	21,83	3,39	11,65	28,68	151,07		
								1-3 2-3**	

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hoc çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir.

Tablo 4.29. Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının aile tipleri ile karşılaştırılması

		Aile Tipi						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları ve Puanlanması	Çekirdek Aile	119	21,79	4,52	10,54	30	149,39	-3,721	0,001
	Geniş Aile	141	19,78	3,99	8,31	29,85	114,56		
Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı	Çekirdek Aile	119	17,15	3,43	9,88	26,50	147,24	-3,297	0,001
	Geniş Aile	141	15,66	2,92	8,25	23	116,38		
Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı	Çekirdek Aile	119	23,37	4,34	8,14	30	149,66	-3,774	0,001
	Geniş Aile	141	21,48	3,63	10,86	30	114,33		
Aile Durumu Puanı	Çekirdek Aile	119	26,22	3,66	16	30	136,83	-1,255	0,209
	Geniş Aile	141	25,73	3,66	15	30	125,16		
Yaşam Kalitesi Puanı	Çekirdek Aile	119	21,83	3,61	12,97	28,62	149	-3,643	0,001
	Geniş Aile	141	20,15	3,12	10,88	28,68	114,89		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

4.3.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Hastalığa İlişkin Değişkenler İle Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan 260 bireyin Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının hastalığa ilişkin değişkenler ile karşılaştırılması sonucu elde edilen veriler bu bölümde ele alınacak ve istatistiksel verileri Tablo 4.30., 4.31., 4.32., 4.33., 4.34.'de gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan 260 Tip 2 diyabetli bireyin Yaşam Kalitesi toplam puanı ve Yaşam Kalitesi alt boyutları olan sağlık ve fonksiyonel ve aile durum puanları ile hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Hastalık süresi 20 yıl üzerinde olanların sağlık ve fonksiyonel durum puanı hastalık süresi 5-9 yıl arasında olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Hastalık süresi 20 yıl üzerinde olanların aile durumu puanı diğer tüm hastalık sürelerine göre anlamlı derecede düşüktür. Hastalık süresi kısa olanların aile durumu puanı daha yüksektir. Hastalık süresi 20 yıl üzerinde olanların Yaşam Kalitesi toplam puanı hastalık süresi 5 yıldan küçük, 5-9 yıl arasında ve 10-14 yıl arasında olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Ancak sosyal ve ekonomik durum ve fizyolojik ve manevi durum puanları bakımından hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hastalık süresi 10-14 yıl arasında olanların sosyal ve ekonomik durum puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hastalık süresi 5-9 yıl arasında olanların fizyolojik ve manevi durum puanının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.30.).

Araştırmaya katılan 260 Tip 2 diyabetli bireyin Yaşam Kalitesi toplam puanı ve Yaşam Kalitesi alt boyut puanları bakımından başka kronik hastalık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Başka kronik hastalığı olanların sağlık ve fonksiyonel durum puanı başka kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Başka kronik hastalığı olanların sosyal ve ekonomik durum puanı, başka kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Başka kronik hastalığı olanların fizyolojik ve manevi durum puanı, başka kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Başka kronik hastalığı olanların aile durumu puanı, başka kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı

derecede düşüktür. Başka kronik hastalığı olanların Yaşam Kalitesi toplam puanı başka kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.31.).

Araştırmaya katılan Tip 2 diyabetli bireylerin Yaşam Kalitesi toplam puanı ve Yaşam Kalitesi alt boyutu olan sağlık ve fonksiyonel puanları bakımından komplikasyon olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Komplikasyon olanların Yaşam Kalitesi toplam puanı komplikasyon olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Komplikasyon olanların sağlık ve fonksiyonel puanı komplikasyon olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.32.).

Araştırmaya katılan Tip 2 diyabetli bireylerin Yaşam Kalitesi toplam puanı ve Yaşam Kalitesi alt boyutları olan sağlık ve fonksiyonel ve aile durumu puanları ile kronik komplikasyon olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Kronik komplikasyon olanların Yaşam Kalitesi toplam puanı kronik komplikasyon olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Kronik komplikasyon olanların sağlık ve fonksiyonel puanı, kronik komplikasyon olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Kronik komplikasyon olanların aile durumu puanı, kronik komplikasyon olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.33.).

Araştırmaya katılan Tip 2 diyabetli bireylerin Yaşam Kalitesi toplam puanı ve Yaşam Kalitesi alt boyutları olan sağlık ve fonksiyonel, fizyolojik ve manevi durumu puanları ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sigara içmeyenlerin Yaşam Kalitesi toplam puanı sigara içenlere göre anlamlı derecede düşüktür. Sigara içmeyenlerin sağlık ve fonksiyonel puanı sigara içenlere göre anlamlı derecede düşüktür. Sigara içmeyenlerin fizyolojik ve manevi durum puanı, sigara içenlere göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.34.).

Tablo 4.30. Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının hastalık süresi ile karşılaştırılması.

		Kaç Aydır/Yıldır Diyabet Hastasıyız?						H*		p	
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.				
Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları ve Puanlanması	<5	57	20,98	4,62	11,54	29,08	136,57	11,011	0,026		
	5-9	58	21,49	4,47	10,54	28,69	145,07				
	10-14	45	21,42	4,50	11	30	142,69				
	15-19	43	20,56	4,04	12,15	29,85	125,13				
	20>	57	19,16	3,75	8,31	28,31	104,04				
								5-2**			
Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı	<5	57	16,39	2,83	10,13	25,88	128,99	7,642	0,106		
	5-9	58	16,62	3,32	9,38	22,75	139,19				
	10-14	45	16,79	3,52	8,75	25,88	140,28				
	15-19	43	16,74	2,70	12,13	23	140,85				
	20>	57	15,36	3,59	8,25	26,50	107,64				
Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı	<5	57	22,08	4,37	8,14	30	125,85	9,057	0,06		
	5-9	58	23,09	4,09	15,14	30	144,97				
	10-14	45	22,92	4,28	13,14	30	144,03				
	15-19	43	22,58	3,64	15	30	133,05				
	20>	57	21,22	3,75	10,86	29,57	107,82				

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hock çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir

Tablo 4.30. (devam)

		Kaç Aydır/Yıldır Diyabet Hastasıdır?							
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.	H*	p
Aile Durumu Puanı	<5	57	26,32	3,69	16,80	30	139,62	10,646	0,031
	5-9	58	26,23	3,94	15	30	139,67		
	10-14	45	26,3	3,75	15	30	138,42		
	15-19	43	26,32	3,35	16	30	135,40		
	20>	57	24,77	3,36	16,80	30	102,10		
								5-4 5-3 5-2 5-1**	
Yaşam kalitesi puanı	<5	57	21,02	3,50	13,56	28,47	132,04	10,365	0,035
	5-9	58	21,48	3,62	12,97	27,32	143,04		
	10-14	45	21,51	3,70	13,65	28,62	144,30		
	15-19	43	21,08	2,87	14,71	28,68	132,49		
	20>	57	19,66	3,19	10,88	27,88	103,81		
								5-1 5-2 5-3 **	

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hock çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir

Tablo 4.31. Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının başka kronik hastalık olma durumu ile karşılaştırılması.

		Başka Kronik						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları ve Puanlanması	Evet	182	19,96	4,18	8,31	29,85	117,76	-4,174	0,001
	Yok	78	22,42	4,27	10,54	30	160,23		
Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı	Evet	182	15,97	3,12	8,25	26,5	122,62	-2,582	0,01
	Yok	78	17,21	3,37	10,38	25,88	148,89		
Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı	Evet	182	21,87	3,89	10,86	30	121,48	-2,955	0,003
	Yok	78	23,45	4,30	8,14	30	151,54		
Aile Durumu Puanı	Evet	182	25,41	3,73	15	30	118,75	-3,873	0,001
	Yok	78	27,23	3,17	17,80	30	157,92		
Yaşam kalitesi puanı	Evet	182	20,36	3,33	10,88	28,68	118,43	-3,953	0,001
	Yok	78	22,23	3,39	12,97	28,62	158,66		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.32. Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının komplikasyon olma durumu ile karşılaştırılması.

		Komplikasyon						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları ve Puanlanması	Var	60	19,27	5,01	8,31	29,85	110,42	-2,359	0,018
	Yok	200	21,13	4,04	10,54	30	136,53		
Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı	Var	60	15,74	3,44	8,25	26,50	117,05	-1,58	0,114
	Yok	200	16,52	3,17	8,75	25,88	134,54		
Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı	Var	60	21,54	4,46	10,86	30	114,66	-1,861	0,063
	Yok	200	22,58	3,93	8,14	30	135,25		
Aile Durumu Puanı	Var	60	25,75	3,24	17,80	30	121,56	-1,057	0,291
	Yok	200	26,02	3,79	15	30	133,18		
Yaşam kalitesi puanı	Var	60	20,00	3,75	10,88	28,68	112,62	-2,10	0,036
	Yok	200	21,20	3,31	12,97	28,62	135,87		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.33. Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının kronik komplikasyon olma durumu ile karşılaştırılması.

		Kronik Komp. Var Mı						Mann Whitney U Testi	
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.	Z*	p
Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları ve Puanlanması	Evet	151	19,90	4,35	8,31	29,85	117,49	-3,284	0,001
	Hayır	109	21,81	4,11	10,54	30	148,52		
Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı	Evet	151	16,30	3,14	8,25	26,50	130,71	-0,053	0,957
	Hayır	109	16,40	3,40	8,75	25,88	130,21		
Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı	Evet	151	22,07	3,87	10,86	30	125,00	-1,388	0,165
	Hayır	109	22,73	4,33	8,14	30	138,12		
Aile Durumu Puanı	Evet	151	25,55	3,67	15	30	121,05	-2,399	0,016
	Hayır	109	26,52	3,59	15	30	143,59		
Yaşam kalitesi puanı	Evet	151	20,48	3,34	10,88	28,68	121,33	-2,315	0,021
	Hayır	109	21,53	3,51	12,97	28,62	143,21		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.34. Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının sigara içme durumu ile karşılaştırılması.

		Sigara						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları ve Puanlanması	Evet	29	22,92	4,30	14,08	30	164,93	7,356	0,025
	Hayır	213	20,37	4,30	8,31	29,08	125,15		
	Bıraktım	18	21,09	4,16	14,38	29,85	138,36		
								2-1**	
Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı	Evet	29	17,17	3,81	10,50	25,88	144,55	2,341	0,31
	Hayır	213	16,17	3,14	8,25	26,50	127,16		
	Bıraktım	18	17,03	3,40	11,13	23	147,39		
								2-1**	
Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı	Evet	29	24,56	3,62	17,71	30	168,33	8,522	0,014
	Hayır	213	22,01	4,09	8,14	30	125,02		
	Bıraktım	18	22,69	3,59	15,29	30	134,42		
								2-1**	
Aile Durumu Puanı	Evet	29	26,89	3,82	16,8	30	155,47	4,33	0,115
	Hayır	213	25,79	3,63	15	30	126,18		
	Bıraktım	18	26,42	3,69	17,60	30	141,39		
								2-1**	
Yaşam kalitesi puanı	Evet	29	22,61	3,63	16,68	28,62	161,98	6,407	0,041
	Hayır	213	20,65	3,39	10,88	28,47	125,36		
	Bıraktım	18	21,37	3,14	15,62	28,68	140,64		
								2-1**	

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hoc çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir

4.3.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan 260 bireyin Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlere göre karşılaştırılması sonucu elde edilen veriler bu bölümde ele alınacak ve istatistiksel verileri Tablo 4.35., 4.36., 4.37., 4.38., 4.39.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.35.'de görüldüğü üzere çalışma kapsamına alınan Tip 2 diyabetlilerin sağlık ve fonksiyonel durum başlıkları puanları bakımından düzenli egzersiz yapma, tedavinin sürekli olduğunu bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Düzenli egzersiz yapmayanların sağlık ve fonksiyonel durum başlıkları puanı düzenli egzersiz yapanlara ve bazen egzersiz yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Tedavinin sürekli olduğundan emin olmayanların sağlık ve fonksiyonel durum başlıkları ve puanı tedavinin sürekli olduğunu bilenlere göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.36.'da görüldüğü üzere çalışma kapsamına alınan Tip 2 diyabetlilerin sosyal ve ekonomik durum puanları bakımından düzenli egzersiz yapma ve kan şekeri takibini yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Düzenli egzersiz yapmayanların sosyal ve ekonomik durum puanı bazen düzenli egzersiz yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Kan şekeri takibini yapmayanların sosyal ve ekonomik durum puanı kan şekeri takibini yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.37.'de görüldüğü üzere çalışma kapsamına alınan Tip 2 diyabetlilerin fizyolojik ve manevi durum puanları bakımından düzenli egzersiz yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Düzenli egzersiz yapmayanların fizyolojik ve manevi durum puanı düzenli egzersiz yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.38.'de görüldüğü üzere çalışma kapsamına alınan Tip 2 diyabetlilerin aile durumu puanları ile düzenli egzersiz yapma ve diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Düzenli egzersiz yapmayanların aile durumu puanı bazen

düzenli egzersiz yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği almayanların aile durumu puanı aile desteği alanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.39.'da görüldüğü üzere çalışma kapsamına alınan Tip 2 diyabetlilerin Yaşam Kalitesi toplam puanları bakımından düzenli egzersiz yapma ve kan şekeri takibini yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Düzenli egzersiz yapmayanların Yaşam Kalitesi toplam puanı düzenli egzersiz yapanlara ve bazen egzersiz yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Kan şekeri takibini yapmayanların Yaşam Kalitesi toplam puanı kan şekeri takibini yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.35. Sağlık ve fonksiyonel durum başlıkları puanı bakımından tedaviye uyuma ilişkin değişkenler arasındaki farklılığa ilişkin sonuçlar.

		Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları Puanı						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	59	20,77	4,24	11,54	29,85	132,03	3,318	0,345
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	127	21,06	4,45	8,31	30	137,30		
	Hiç uygulamıyorum	58	19,99	4,05	11,54	28,69	116,32		
	Aklıma geldikçe	16	20,19	5,02	10,54	28,31	122,28		
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	23	21,96	4,09	12,15	27,92	102,87	4,643	0,2
	Çoğunlukla uyuyorum	75	21,46	4,10	11,77	30	94,99		
	Bazen uyuyorum	63	20,60	4,47	9,46	29,08	83,81		
	Hiçbir zaman uymuyorum	18	19,58	5,16	8,31	28,08	74,42		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	75	22,15	3,82	13,23	30	155,47	22,043	0,001
	Hayır	153	19,69	4,41	8,31	29,85	112,22		
	Bazen yapıyorum	32	22,14	3,92	11,54	27,92	159,41		
								2-1 2-3**	

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hoc çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir.

Tablo 4.35. (devam)

		Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları Puanı						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	249	20,75	4,29	8,31	30	131,35	-0,867	0,386
	Hayır	11	19,50	5,68	10,54	29,08	111,27		
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	246	20,84	4,30	8,31	30	132,81	-2,075	0,038
	Emin değilim	14	18,22	4,59	10,54	26	89,93		
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	248	20,81	4,32	8,31	30	132,35	-1,80	0,072
	Hayır	12	18,48	4,58	10,54	26	92,33		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	242	20,82	4,36	8,31	30	132,67	-1,709	0,087
	Hayır	18	19,10	3,94	11,54	26	101,28		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	245	20,78	4,29	8,31	30	131,84	1,346	0,246
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	15	19,43	5,27	10,54	29,08	108,63		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	61	21,04	4,69	8,31	29,85	139,60	-1,08	0,28
	Hayır	199	20,60	4,25	10,54	30	127,71		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

4.35. (devam)

		Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları Puanı						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	42	21,26	4,11	11,54	27,92	140,82	-0,971	0,331
	Hayır	218	20,59	4,39	8,31	30	128,51		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	229	20,88	4,27	8,31	29,85	133,61	-1,811	0,07
	Almadım	31	19,34	4,75	10,54	30	107,55		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	215	20,76	4,44	8,31	30	131,32	-0,384	0,701
	Hayır	45	20,41	3,89	10,54	27,92	126,59		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	244	20,62	4,36	8,31	30	129,30	-1,009	0,313
	Hayır	16	21,94	4,01	14,08	28,69	148,88		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.36. Sosyal ve ekonomik durum puanı bakımından tedaviye uyuma ilişkin değişkenler arasındaki farklılığa ilişkin sonuçlar.

		Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	59	16,76	3,09	10,50	25,88	139,65	3,659	0,301
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	127	16,44	3,22	8,25	25,88	133,91		
	Hiç uygulamıyorum	58	15,75	3,37	9,13	26,50	115,00		
	Aklıma geldikçe	16	16,16	3,51	10,38	23,38	125,91		
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	23	16,91	3,04	12,88	25,88	90,28	5,153	0,161
	Çoğunlukla uyuyorum	75	17,16	2,76	11,13	23,38	98,58		
	Bazen uyuyorum	63	16,49	3,29	8,25	25,88	85,28		
	Hiçbir zaman uymuyorum	18	15,5	4,28	9,13	26,50	70,42		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	75	16,89	3,24	8,75	25,88	143,15	10,783	0,005
	Hayır	153	15,84	3,22	8,25	26,5	118,31		
	Bazen yapıyorum	32	17,47	2,96	11,88	25,88	159,13		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hock çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir

Tablo 4.36. (devam)

		Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	249	16,37	3,27	8,25	26,5	131,08	-0,59	0,555
	Hayır	11	15,83	2,75	10,38	21,38	117,41		
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	246	16,37	3,26	8,25	26,50	131,19	-0,619	0,536
	Emin değilim	14	15,87	2,97	10,38	21,88	118,39		
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	248	16,35	3,26	8,25	26,50	130,69	-0,181	0,857
	Hayır	12	16,12	3,03	10,38	21,38	126,67		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	242	16,47	3,23	8,25	26,50	133,6	-2,44	0,015
	Hayır	18	14,62	2,98	9,38	21,88	88,78		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	245	16,39	3,28	8,25	26,50	131,68	1,038	0,308
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	15	15,63	2,49	10,38	21,38	111,3		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	61	16,83	3,77	8,25	26,50	140,14	-1,145	0,252
	Hayır	199	16,19	3,06	8,75	24,63	127,55		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.36. (devam)

		Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	42	16,65	3,41	11	26,50	134,24	-0,352	0,725
	Hayır	218	16,28	3,22	8,25	25,88	129,78		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	229	16,39	3,24	8,25	26,50	131,39	-0,517	0,605
	Almadım	31	16,02	3,32	9,38	22,50	123,95		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	215	16,31	3,32	8,25	26,50	129,62	-0,411	0,681
	Hayır	45	16,49	2,87	9,88	21,88	134,69		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	244	16,28	3,25	8,25	26,50	128,81	-1,412	0,158
	Hayır	16	17,32	3,17	9,88	21,88	156,22		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.37. Fizyolojik ve manevi durum puanı bakımından tedaviye uyuma ilişkin değişkenler arasındaki farklılığa ilişkin sonuçlar.

		Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	59	22,10	4,12	12,14	30	124,32	2,65	0,449
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	127	22,68	4,02	10,86	30	136,88		
	Hiç uygulamıyorum	58	21,80	3,82	13,57	28,86	120,22		
	Aklıma geldikçe	16	22,53	5,26	8,14	29,57	139,94		
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	23	23,19	4,07	15,71	30	93,43	1,303	0,728
	Çoğunlukla uyuyorum	75	23,05	3,82	12,14	30	93,97		
	Bazen uyuyorum	63	22,35	3,90	8,14	29,57	86,35		
	Hiçbir zaman uymuyorum	18	21,67	4,70	10,86	28,43	81,83		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	75	23,20	3,67	13,14	30	146,89	10,213	0,006
	Hayır	153	21,68	4,18	8,14	30	118,09		
	Bazen yapıyorum	32	23,52	3,94	13,71	30	151,42		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hock çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir

Tablo 4.37. (devam)

		Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı							
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.	Z*	p
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	249	22,34	4,07	8,14	30	130,81	-0,313	0,754
	Hayır	11	22,33	4,41	16,43	29,57	123,55		
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	246	22,39	4,11	8,14	30	131,92	-1,275	0,202
	Emin değilim	14	21,46	3,28	16,43	28	105,57		
	Toplam	260	22,34	4,07	8,14	30			
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	248	22,38	4,09	8,14	30	131,66	-1,13	0,258
	Hayır	12	21,50	3,78	16,43	28,43	106,54		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	242	22,41	4,14	8,14	30	132,2	-1,337	0,181
	Hayır	18	21,41	3,06	15,14	26,86	107,64		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	245	22,35	4,1	8,14	30	130,97	0,166	0,684
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	15	22,20	3,78	16,43	29,57	122,83		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	61	23,06	4,19	10,86	30	145,39	-1,767	0,077
	Hayır	199	22,12	4,02	8,14	30	125,94		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.37. (devam)

		Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı							
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.	Z*	p
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	42	22,99	3,57	13,14	29,71	142,61	-1,14	0,254
	Hayır	218	22,22	4,16	8,14	30	128,17		
	Toplam	260	22,34	4,07	8,14	30			
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	229	22,42	4,13	8,14	30	132,29	-1,044	0,297
	Almadım	31	21,81	3,66	15,14	30	117,27		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	215	22,37	4,15	8,14	30	131,19	-0,324	0,746
	Hayır	45	22,24	3,71	13,71	30	127,20		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	244	22,24	4,10	8,14	30	128,40	-1,763	0,078
	Hayır	16	23,93	3,43	17,57	28,14	162,59		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.38. Aile durumu puanı bakımından tedaviye uyuma ilişkin değişkenler arasındaki farklılığa ilişkin sonuçlar.

		Aile Durumu Puanı						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	59	26,36	3,28	18,4	30	136,49	6,347	0,096
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	127	26,38	3,43	15	30	138,39		
	Hiç uygulamıyorum	58	24,97	4,15	15	30	113,72		
	Aklıma geldikçe	16	24,65	4,25	17,6	30	106,66		
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	23	27,59	2,60	21,20	30	109,13	4,139	0,247
	Çoğunlukla uyuyorum	75	26,49	3,03	18,4	30	90,14		
	Bazen uyuyorum	63	25,6	4,17	16	30	84,73		
	Hiçbir zaman uymuyorum	18	25,79	3,700	17,8	30	83,42		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	75	26,57	3,34	16	30	141,87	12,598	0,002
	Hayır	153	25,36	3,73	15	30	117,88		
	Bazen yapıyorum	32	27,39	3,54	15	30	164,19		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hock çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir.

Tablo 4.38. (devam)

		Aile Durumu Puanı						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	249	26,04	3,60	15	30	131,84	-1,373	0,17
	Hayır	11	24,07	4,69	16,80	30	100,23		
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	246	26,02	3,57	15	30	131,19	-0,625	0,532
	Emin değilim	14	24,83	5,02	16,80	30	118,36		
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	248	26,05	3,56	15	30	131,75	-1,23	0,219
	Hayır	12	24,05	5,16	16,80	30	104,58		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	242	26,06	3,64	15	30	132,76	-1,788	0,074
	Hayır	18	24,5	3,82	16,80	30	100,11		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	245	26,05	3,58	15	30	131,93	1,556	0,212
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	15	24,45	4,72	16,80	30	107,13		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	61	26,42	3,33	15	30	137,93	-0,888	0,375
	Hayır	199	25,81	3,76	15	30	128,22		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.38. (devam)

		Aile Durumu Puanı						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	42	27,04	2,83	19,8	30	150,54	-1,897	0,058
	Hayır	218	25,75	3,77	15	30	126,64		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	229	26,08	3,6	15	30	132,94	-1,433	0,152
	Almadım	31	25,00	4,05	16,80	30	112,45		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	215	26,34	3,49	15	30	137,93	-3,506	0,001
	Hayır	45	24,13	3,96	15	30	94,98		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	244	26,03	3,61	15	30	131,59	-0,922	0,357
	Hayır	16	24,89	4,43	16,80	30	113,81		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.39. Yaşam Kalitesi toplam puanı ile tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin karşılaştırılması.

		Yaşam kalitesi puanı						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	59	21,10	3,26	13,94	28,68	132,61	4,386	0,223
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	127	21,23	3,45	10,88	28,62	138,22		
	Hiç uygulamıyorum	58	20,18	3,35	13,24	27,03	114,22		
	Aklıma geldikçe	16	20,47	4,25	12,97	27,88	120,47		
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyuma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	23	22,02	3,15	16,53	27,29	102,48	4,229	0,238
	Çoğunlukla uyuyorum	75	21,68	3,01	15,62	28,68	94,77		
	Bazen uyuyorum	63	20,86	3,56	11,65	27,88	83,87		
	Hiçbir zaman uymuyorum	18	20,06	4,36	10,88	26,76	75,67		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	75	21,94	3,15	13,65	28,62	153,03	21,212	0,001
	Hayır	153	20,15	3,43	10,88	28,68	112,70		
	Bazen yapıyorum	32	22,21	3,28	13,71	27,29	162,81		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hock çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir

Tablo 4.39. (devam)

		Yaşam kalitesi puanı						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	249	20,96	3,42	10,88	28,68	131,5	-1,022	0,307
	Hayır	11	19,91	3,96	12,97	26,79	107,82		
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	246	21,01	3,44	10,88	28,68	132,57	-1,862	0,063
	Emin değilim	14	19,24	3,31	12,97	25,24	94,11		
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	248	21	3,44	10,88	28,68	132,12	-1,582	0,114
	Hayır	12	19,33	3,35	12,97	24,68	96,96		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	242	21,04	3,46	10,88	28,68	133,27	-2,178	0,029
	Hayır	18	19,28	2,87	13,24	25,24	93,25		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	245	20,98	3,43	10,88	28,68	131,93	1,546	0,214
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	15	19,87	3,63	12,97	26,79	107,07		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	61	21,43	3,68	10,88	28,68	143,53	-1,547	0,122
	Hayır	199	20,76	3,37	12,97	28,62	126,51		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.39. (devam)

		Yaşam kalitesi puanı						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	42	21,53	3,18	13,94	27,74	143,55	-1,228	0,219
	Hayır	218	20,8	3,49	10,88	28,68	127,99		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	229	21,05	3,42	10,88	28,68	133,29	-1,626	0,104
	Almadım	31	19,97	3,56	12,97	28,62	109,89		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	215	21,00	3,49	10,88	28,68	131,91	-0,661	0,509
	Hayır	45	20,55	3,24	12,97	27,29	123,77		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	244	20,86	3,45	10,88	28,68	129,44	-0,889	0,374
	Hayır	16	21,76	3,37	16,5	26,44	146,69		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

4.3.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Metabolik Sonuç Kriterleri ve Diyabet Aile Destek Puanı ile Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan 260 bireyin Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı ve alt boyut puanlarının Metabolik Sonuç Kriterleri ve Diyabet Aile Destek Puanı İle Karşılaştırılması sonucu elde edilen veriler bu bölümde ele alınacak ve istatistiksel veriler Tablo 4.40.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.40.'da görüldüğü üzere Tip 2 diyabetli bireylerin HDL değerleri ile Yaşam Kalitesi toplam puanı ve Yaşam Kalitesi alt boyutları olan sağlık ve fonksiyonel, fizyolojik ve manevi ve aile durumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur. Ancak HDL değerleri ile sosyal ve ekonomik durum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,177$). HDL değerleri arttıkça sosyal ve ekonomik durum puanı da artmaktadır.

Tablo 4.40.'da görüldüğü üzere Tip 2 diyabetli bireylerin kan basıncı değerleri ile Yaşam Kalitesi toplam puanı ve Yaşam Kalitesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Yaşam kalitesi puanı için bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r= -0,184$). Kan basıncı değerleri arttıkça Yaşam Kalitesi toplam puanı azalmaktadır. Sağlık ve Fonksiyonel Durum başlıkları ve puanı için bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r= -0,179$). Kan basıncı değerleri arttıkça sağlık ve fonksiyonel durum başlıkları ve puanı azalmaktadır. Sosyal ve Ekonomik durum puanı için bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r= -0,192$). Kan basıncı değerleri arttıkça sosyal ve ekonomik durum puanı azalmaktadır. Fizyolojik ve Manevi Durum puanı için bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r= -0,164$). Kan basıncı değerleri arttıkça fizyolojik ve manevi durum puanı azalmaktadır. Aile Durumu puanı için bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r= -0,126$). Kan basıncı değerleri arttıkça aile durumu puanı azalmaktadır.

Tablo 4.40.'da görüldüğü üzere Tip 2 diyabetli bireylerin beden kütle indeksi değerleri ile Yaşam Kalitesi toplam puanı ve Yaşam Kalitesi alt boyutu olan sağlık ve fonksiyonel durum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Yaşam Kalitesi toplam puanı için bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r= 0,130$). Beden kütle indeksi değerleri arttıkça Yaşam Kalitesi toplam puanı da artmaktadır. Sağlık ve

Fonksiyonel Durum puanı için Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r= 0,166$). Beden kütle indeksi değerleri arttıkça sağlık ve fonksiyonel durum başlıkları ve puanı da artmaktadır.

Tablo 4.40. Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı ve alt boyut puanlarının metabolik sonuç kriterleri ile karşılaştırılması.

		Hba1c	Total kolesterol	LDL	HDL	Trigliserid	Kan Basıncı	Boy	Kilo	Beden kütle indeksi
Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları ve Puanlanması	r	-0,008	-0,007	-0,074	-0,037	0,054	-,179**	-0,029	,157*	,166**
	p	0,92	0,932	0,371	0,652	0,513	0,004	0,646	0,011	0,007
	n	159	149	150	149	149	260	260	260	260
Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı	r	-0,058	0,059	-0,12	,177*	0,07	-,192**	0,026	0,092	0,059
	p	0,468	0,478	0,144	0,031	0,395	0,002	0,679	0,141	0,346
	n	159	149	150	149	149	260	260	260	260
Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı	r	-0,02	-0,004	-0,065	0,057	0,057	-,164**	0,043	0,097	0,07
	p	0,803	0,965	0,433	0,489	0,488	0,008	0,494	0,117	0,262
	n	159	149	150	149	149	260	260	260	260
Aile Durumu Puanı	r	0,039	0,062	0,059	-0,029	0,085	-,126*	0,015	0,054	0,052
	p	0,627	0,449	0,47	0,727	0,303	0,043	0,807	0,388	0,405
	n	159	149	150	149	149	260	260	260	260
Yaşam kalitesi puanı	r	-0,016	0,017	-0,07	0,023	0,07	-,184**	-0,002	,135*	,130*
	p	0,839	0,837	0,396	0,78	0,394	0,003	0,978	0,029	0,037
	n	159	149	150	149	149	260	260	260	260

Pearson Korelasyon Analiz i *p<0,05 **p<0,01

4.4. Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması Sonucu Elde Edilen Bulgular

4.4.1. Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Sosyo-Demografik Özellikler ile Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan 260 bireyin Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin sosyo-demografik özelliklerle karşılaştırılması sonucu elde edilen veriler bu bölümde ele alınacak ve istatistiksel verileri Tablo 4.41., 4.42., 4.43., 4.44.'de gösterilmiştir.

Araştırma grubundaki 260 Tip 2 diyabetli bireyle yapılan karşılaştırmalar sonucunda cinsiyet ile tedaviyi kabullenme ve tedavinin sürekli olduğunu bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kadınların %97,09'u ve erkeklerin %88,89'u tedaviyi kabullenirken; kadınların %96,60'sı ve erkeklerin %87,04'ü tedavinin sürekli olduğunu bilmektedir (Tablo 4.41.).

Ancak cinsiyet ile tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, diyetisyen tavsiyelerine uyma, düzenli egzersiz yapma, önerilen tedaviyi düzenli uygulama, kan şekeri takibini yapma, ilaçlarını düzenli şekilde kullanma, ayak bakımına dikkat etme, ayak-bacak egzersizleri yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; kadınların %22,82'si ve erkeklerin %22,22'si tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulamakta; kadınların %41,96'sı ve erkeklerin % 41,67'si diyetisyen tavsiyelerine çoğunlukla uymakta; kadınların %28,16'sı ve erkeklerin %31,48'i düzenli egzersiz yapmakta; kadınların %96,12'si ve erkeklerin %94,44'ü önerilen tedaviyi düzenli uygulamakta; kadınların %93,20'si ve erkeklerin %92,59'u kan şekeri takibini yapmakta; kadınların %95,63'ü ve erkeklerin %88,89'u ilaçlarını düzenli şekilde kullanmakta; kadınların %22,82'si ve erkeklerin %25,93'ü ayak bakımına dikkat etmekte;. kadınların %84,95'i ve erkeklerin %79,63'ü ayak-bacak egzersizleri yapmamakta; kadınların %88,83'ü ve erkeklerin %85,19'u daha önce diyabete ilişkin eğitim almıştır; kadınların %81,07'sinin ve erkeklerin %88,89'unun tedavi ve bakım ile ilgili aile

desteği vardır; kadınların %94,17'si ve erkeklerin %92,59'u diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olduğunu belirtilmiştir (Tablo 4.41.).

Araştırma grubundaki 260 Tip 2 diyabetli bireyle yapılan karşılaştırmalar sonucunda yaş grupları ile diyetisyen tavsiyelerine uyma, dzenli egzersiz yapma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). 45 yaş ve altında olanların %37,50'i, 46-55 yaş arasında olanların %53,33'ü, 56-65 yaş arasında olanların %40,74'ü, 66 yaş ve üzerinde olanların %33,33'ü diyetisyen tavsiyelerine çoğunlukla uymakta; 45 yaş ve altında olanların %44,44'ü, 46-55 yaş arasında olanların %41,54'ü, 56-65 yaş arasında olanların %28,30'u, 66 yaş ve üzerinde olanların %17,50'i dzenli egzersiz yapmaktadı. 45 yaş ve altında olanların %88,89'u, 46-55 yaş arasında olanların %87,69'u, 56-65 yaş arasında olanların %93,40'ı, 66 yaş ve üzerinde olanların %100'ü diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olduğu belirtmektedir (Tablo 4.42.).

Ancak; yaş grupları ile tıbbi beslenme tedavisini dzenli uygulama, önerilen tedaviyi dzenli uygulama, tedavinin sürekli olduğunu bilme, tedaviyi kabullenme, kan şekeri takibini yapma, ilaçlarını dzenli şekilde kullanma, ayak bakımına dikkat etme, ayak-bacak egzersizleri yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma ve tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 46-55 yaş arasında olanların %26,15'i, 56-65 yaş arasında olanların %22,64'ü, 66 yaş ve üzerinde olanların %22,5'i tıbbi beslenme tedavisini dzenli uygulamakta; 45 yaş ve altında olanların %88,89'u, 46-55 yaş arasında olanların %93,85'i, 56-65 yaş arasında olanların %98,11'i, 66 yaş ve üzerinde olanların %95'i önerilen tedaviyi dzenli uygulamakta; 45 yaş ve altında olanların %88,89'u, 46-55 yaş arasında olanların %93,85'i, 56-65 yaş arasında olanların %97,17'si, 66 yaş ve üzerinde olanların %92,5'i tedavinin sürekli olduğunu bilmekte 45 yaş ve altında olanların %88,89'u, 46-55 yaş arasında olanların %95,38'i, 56-65 yaş arasında olanların %97,17'si, 66 yaş ve üzerinde olanların %93,75'i tedaviyi kabullenmekte; 45 yaş ve altında olanların %88,89'u, 46-55 yaş arasında olanların %93,85'i, 56-65 yaş arasında olanların %92,45'i, 66 yaş ve üzerinde olanların %93,75'i kan şekeri takibini yapmaktadı. 45 yaş ve altında olanların %88,89'u, 46-55 yaş arasında olanların

%95,38'i, 56-65 yaş arasında olanların %96,23'ü, 66 yaş ve üzerinde olanların %91,25'i ilaçlarını düzenli şekilde kullanmakta; 45 yaş ve altında olanların %11,11'i, 46-55 yaş arasında olanların %21,54'ü, 56-65 yaş arasında olanların %26,42'si, 66 yaş ve üzerinde olanların %22,5'i ayak bakımına dikkat etmekte; 45 yaş ve altında olanların %88,89'u, 46-55 yaş arasında olanların %81,54'ü, 56-65 yaş arasında olanların %80,19'u, 66 yaş ve üzerinde olanların %90'ı ayak-bacak egzersizleri yapmamakta; 45 yaş ve altında olanların %88,89'u, 46-55 yaş arasında olanların %86,15'i, 56-65 yaş arasında olanların %91,51'i, 66 yaş ve üzerinde olanların %85'i daha önce diyabete ilişkin eğitim almıştır; 45 yaş ve altında olanların %88,89'u, 46-55 yaş arasında olanların %76,92'si, 56-65 yaş arasında olanların %83,02'si, 66 yaş ve üzerinde olanların %86,25'inin tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği vardır (Tablo 4.42.).

Araştırma grubundaki 260 Tip 2 diyabetli bireyle yapılan karşılaştırmalar sonucunda medeni durum ile tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Evli olanların %85,78'i, dul olanların %73,81'i, bekar olanların %66,67'si, boşanmış olanların %25'i tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği almaktadır (Tablo 4.43.).

Ancak medeni durum ile tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, diyetisyen tavsiyelerine uyma, düzenli egzersiz yapma, önerilen tedaviyi düzenli uygulama, tedavinin sürekli olduğunu bilme, tedaviyi kabullenme, kan şekeri takibini yapma, ilaçlarını düzenli şekilde kullanma, ayak bakımına dikkat etme, ayak-bacak egzersizleri yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; evli olanların %22,75'i, dul olanların %23,81'i, boşanmış olanların %25'i tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulamakta; evli olanların %40,40'ü, dul olanların %50'si, bekar olanların %100'ü diyetisyen tavsiyelerine çoğunlukla uymakta; evli olanların %29,38'i, dul olanların %26,19'u, bekar olanların %33,33'ü, boşanmış olanların %25'i düzenli egzersiz yapmaktaki; evli olanların %95,73'ü, dul olanların %97,62'si, bekar olanların %66,67'si, boşanmış olanların %100'ü önerilen tedaviyi düzenli uygulamakta; evli olanların %94,31'i, dul olanların %97,62'si, bekar olanların %66,67'si, boşanmış olanların %100'ü tedavinin sürekli olduğunu bilmekte; evli

olanların %95,26'sı, dul olanların %97,62'si, bekar olanların %66,67'si, boşanmış olanların %100'ü tedaviyi kabullenmekte; evli olanların %92,89'u, dul olanların %95,24'ü, bekar olanların %66,67'si, boşanmış olanların %100'ü kan şekeri takibini yapmakta; evli olanların % 93,84'ü, dul olanların %97,62'si, bekar olanların %66,67'si, boşanmış olanların %100'ü ilaçlarını düzenli şekilde kullanmakta; evli olanların %23,70'si, dul olanların %21,43'ü, boşanmış olanların %50'si ayak bakımına dikkat etmekte;. evli olanların %81,52'si, dul olanların %95,24'ü, bekar olanların %100'ü, boşanmış olanların %75'i ayak-bacak egzersizleri yapmamakta; evli olanların %87,20'si, dul olanların %95,24'ü, bekar olanların %66,67'si, boşanmış olanların %75'idaha önce diyabete ilişkin eğitim almıştır; evli olanların %93,36'sı, dul olanların %97,62'si, bekar olanların %66,67'si, boşanmış olanların %100'ü diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.43.).

Araştırma grubundaki 260 Tip 2 diyabetli bireyle yapılan karşılaştırmalar sonucunda eğitim durumu ile düzenli egzersiz yapma, ayak bakımına dikkat etme ve daha önce diyabete ilişkin eğitim alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Okuryazar olmayanların %18,18'i, okuryazar olanların %15,38'i, ilköğretim mezunu olanların %27,78'i, ortaöğretim mezunu olanların %50'si, lise/önlisans mezunu olanların %45,45'i, üniversite mezunu olanların %57,14'ü düzenli egzersiz yapmakta; okuryazar olmayanların %18,18'i, ilköğretim mezunu olanların %21,11'i, ortaöğretim mezunu olanların %50'si, lise/önlisans mezunu olanların %45,45'i, üniversite mezunu olanların %57,14'ü ayak bakımına dikkat etmekte;. okuryazar olmayanların %81,82'si, okuryazar olanların %61,54'ü, ilköğretim mezunu olanların %89,44'ü, ortaöğretim mezunu olanların %93,75'i, lise/önlisans mezunu olanların %100'ü, üniversite mezunu olanların %100'ü daha önce diyabete ilişkin eğitim almaktadır (Tablo 4.44.).

Ancak; eğitim durumu ile tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, diyetisyen tavsiyelerine uyma, önerilen tedaviyi düzenli uygulama, tedavinin sürekli olduğunu bilme, tedaviyi kabullenme, kan şekeri takibini yapma, ilaçlarını düzenli şekilde kullanma, ayak-bacak egzersizleri yapma, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel

olarak anlamlı olmamakla birlikte okuryazar olmayanların %12,12'si, okuryazar olanların %7,69'u, ilköğretim mezunu olanların %23,33'ü, ortaöğretim mezunu olanların %43,75'i, lise/önlisans mezunu olanların %18,18'i, üniversite mezunu olanların %42,86'sı tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulamakta;. okuryazar olmayanların %22,22'si, ilköğretim mezunu olanların %44,96'sı, ortaöğretim mezunu olanların %50'si, lise/önlisans mezunu olanların %44,44'ü, üniversite mezunu olanların %33,33'ü diyetisyen tavsiyelerine çoğunlukla uymakta;. okuryazar olmayanların %96,97'si, okuryazar olanların %100'ü, ilköğretim mezunu olanların %94,44'u, ortaöğretim mezunu olanların %100'ü, lise/önlisans mezunu olanların %100'ü, üniversite mezunu olanların %100'ü önerilen tedaviyi düzenli uygulamakta; okuryazar olmayanların %96,97'si, okuryazar olanların %100'ü, ilköğretim mezunu olanların %92,78'i, ortaöğretim mezunu olanların %100'ü, lise/önlisans mezunu olanların %100'ü, üniversite mezunu olanların %100'ü tedavinin sürekli olduğunu bilmekte; okuryazar olmayanların %96,97'si, okuryazar olanların %100'ü, ilköğretim mezunu olanların %93,89'u, ortaöğretim mezunu olanların %100'ü, lise/önlisans mezunu olanların %100'ü, üniversite mezunu olanların %100'ü tedaviyi kabullenmekte;. okuryazar olmayanların %81,82'si, okuryazar olanların %92,31'i, ilköğretim mezunu olanların %93,89'u, ortaöğretim mezunu olanların %100'ü, lise/önlisans mezunu olanların %100'ü, üniversite mezunu olanların %100'ü kan şekeri takibini yapmakta;. okuryazar olmayanların %96,97'si, okuryazar olanların %100'ü, ilköğretim mezunu olanların %92,22'si, ortaöğretim mezunu olanların %100'ü, lise/önlisans mezunu olanların %100'ü, üniversite mezunu olanların %100'ü ilaçlarını düzenli şekilde kullanmakta; okuryazar olmayanların %90,91'i, okuryazar olanların %84,62'si, ilköğretim mezunu olanların %83,33'ü, ortaöğretim mezunu olanların %81,25'i, lise/önlisans mezunu olanların %90,91'i, üniversite mezunu olanların %57,14'ü ayak-bacak egzersizleri yapmamakta; okuryazar olmayanların %87,88'i, okuryazar olanların %76,92'si, ilköğretim mezunu olanların %84,44'ü, ortaöğretim mezunu olanların %62,5'i, lise/önlisans mezunu olanların %63,64'ü, üniversite mezunu olanların %100'ü tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği almakta; okuryazar olmayanların %96,97'si, okuryazar olanların %92,31'i, ilköğretim mezunu olanların %94,44'ü, ortaöğretim mezunu olanların %87,5'i, lise/önlisans mezunu olanların %81,82'si, üniversite mezunu olanların %100'ü diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.44.).

Tablo 4.41. Cinsiyet ile tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin karşılaştırılması.

		Cinsiyet						Ki Kare**		p	
		Kadın		Erkek		Toplam					
		n	%	n	%	n	%				
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	47	22,82	12	22,22	59	22,69	3,119**	0,374		
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	98	47,57	29	53,70	127	48,85				
	Hiç uygulamıyorum	50	24,27	8	14,81	58	22,31				
	Aklıma geldikçe	11	5,34	5	9,26	16	6,15				
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	18	12,59	5	13,89	23	12,85	*	0,767		
	Çoğunlukla uyuyorum	60	41,96	15	41,67	75	41,9				
	Bazen uyuyorum	49	34,27	14	38,89	63	35,2				
	Hiçbir zaman uymuyorum	16	11,19	2	5,56	18	10,06				
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	58	28,16	17	31,48	75	28,85	0,681	0,712		
	Hayır	121	58,74	32	59,26	153	58,85				
	Bazen yapıyorum	27	13,11	5	9,26	32	12,31				
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	198	96,12	51	94,44	249	95,77	Fisher's exact	0,703		
	Hayır	8	3,88	3	5,56	11	4,23				

*Montecarlo-Similasyon tekniği kullanılmıştır.**Ki-Kare Testi

Tablo 4.41. (devam)

		Cinsiyet						Ki Kare**	p
		Kadın		Erkek		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	199	96,6	47	87,04	246	94,62	Fisher's exact	0,012
	Emin değilim	7	3,40	7	12,96	14	5,38		
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	200	97,09	48	88,89	248	95,38	Fisher's exact	0,02
	Hayır	6	2,91	6	11,11	12	4,62		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	192	93,20	50	92,59	242	93,08	Fisher's exact	1
	Hayır	14	6,80	4	7,41	18	6,92		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	197	95,63	48	88,89	245	94,23	Fisher's exact	0,093
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	9	4,37	6	11,11	15	5,77		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	47	22,82	14	25,93	61	23,46	0,09	0,764
	Hayır	159	77,18	40	74,07	199	76,54		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	31	15,05	11	20,37	42	16,15	0,545	0,344
	Hayır	175	84,95	43	79,63	218	83,85		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	183	88,83	46	85,19	229	88,08	0,251	0,461
	Almadım	23	11,17	8	14,81	31	11,92		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	167	81,07	48	88,89	215	82,69	1,323	0,25
	Hayır	39	18,93	6	11,11	45	17,31		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	194	94,17	50	92,59	244	93,85	Fisher's exact	0,75
	Hayır	12	5,83	4	7,41	16	6,15		

*Monte carlo-Similasyon tekniği kullanılmıştır. ** Ki- Kare Testi

Tablo 4.42. Yaş grupları ile tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin karşılaştırılması.

		Yaşınız Grup										Ki Kare** P		
		45 yaş ve altı		46-55 yaş		56-65 yaş		66 yaş ve üzeri		Toplam				
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti)	Evet düzenli uyguluyorum	0	0	17	26,15	24	22,64	18	22,50	59	22,69	*	0,774	
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	7	77,78	31	47,69	50	47,17	39	48,75	127	48,85			
	Düzenli Uygulama Durumu	Hiç uygulamıyorum	1	11,11	14	21,54	26	24,53	17	21,25	58			22,31
	Aklıma geldikçe	1	11,11	3	4,62	6	5,66	6	7,50	16	6,15			
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyuma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	0	0	11	24,44	9	11,11	3	6,67	23	12,85	*	0,021	
	Çoğunlukla uyuyorum	3	37,50	24	53,33	33	40,74	15	33,33	75	41,90			
	Bazen uyuyorum	4	50	8	17,78	28	34,57	23	51,11	63	35,20			
	Hiçbir zaman uymuyorum	1	12,50	2	4,44	11	13,58	4	8,89	18	10,06			
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	4	44,44	27	41,54	30	28,30	14	17,50	75	28,85	15,792	0,015	
	Hayır	3	33,33	33	50,77	59	55,66	58	72,50	153	58,85			
	Bazen yapıyorum	2	22,22	5	7,69	17	16,04	8	10	32	12,31			
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	8	88,89	61	93,85	104	98,11	76	95	249	95,77	*	0,335	
	Hayır	1	11,11	4	6,15	2	1,89	4	5	11	4,23			
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	8	88,89	61	93,85	103	97,17	74	92,50	246	94,62	*	0,436	
	Emin değilim	1	11,11	4	6,15	3	2,83	6	7,50	14	5,38			

*Monte Carlo Similasyon tekniği kullanılmıştır. **Ki Kare testi

Tablo 4.42. (devam)

		Yaşınız Grup										Ki Kare**		p	
		45 yaş ve altı		46-55 yaş		56-65 yaş		66 yaş ve üzeri		Toplam					
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	8	88,89	62	95,38	103	97,17	75	93,75	248	95,38	*	0,524		
	Hayır	1	11,11	3	4,62	3	2,83	5	6,25	12	4,62				
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	8	88,89	61	93,85	98	92,45	75	93,75	242	93,08	*	0,963		
	Hayır	1	11,11	4	6,15	8	7,55	5	6,25	18	6,92				
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	8	88,89	62	95,38	102	96,23	73	91,25	245	94,23	*	0,423		
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	1	11,11	3	4,62	4	3,77	7	8,75	15	5,77				
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	1	11,11	14	21,54	28	26,42	18	22,50	61	23,46	1,454	0,693		
	Hayır	8	88,89	51	78,46	78	73,58	62	77,50	199	76,54				
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	1	11,11	12	18,46	21	19,81	8	10	42	16,15	3,708	0,295		
	Hayır	8	88,89	53	81,54	85	80,19	72	90	218	83,85				

*Monte Carlo Similasyon tekniği kullanılmıştır. **Ki Kare testi

Tablo 4.42. (devam)

		Yaşınız Grup										Ki Kare**		p	
		45 yaş ve altı		46-55 yaş		56-65 yaş		66 yaş ve üzeri		Toplam					
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	8	88,89	56	86,15	97	91,51	68	85	229	88,08	2,145	0,543		
	Almadım	1	11,11	9	13,85	9	8,49	12	15	31	11,92				
Diyabet Tedavi Ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	8	88,89	50	76,92	88	83,02	69	86,25	215	82,69	2,468	0,481		
	Hayır	1	11,11	15	23,08	18	16,98	11	13,75	45	17,31				
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	8	88,89	57	87,69	99	93,40	80	100	244	93,85	*	0,023		
	Hayır	1	11,11	8	12,31	7	6,60	0	0	16	6,15				
	Toplam	9	100	65	100	106	100	80	100	260	100				

*Monte Carlo Similasyon tekniği kullanılmıştır.**Ki Kare testi

Tablo 4.43. Medeni durum ile tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin karşılaştırılması.

		Medeni Durum										Ki Kare**		p	
		Evli		Dul		Bekar		Boşanmış		Toplam					
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%				
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	48	22,75	10	23,81	0	0	1	25	59	22,69	*	0,806		
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	102	48,34	22	52,38	1	33,33	2	50	127	48,85				
	Hiç uygulamıyorum	46	21,80	9	21,43	2	66,67	1	25	58	22,31				
	Aklıma geldikçe	15	7,11	1	2,38	0	0	0	0	16	6,15				
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	20	13,25	2	7,69	0	0	1	100	23	12,85	*	0,437		
	Çoğunlukla uyuyorum	61	40,40	13	50	1	100	0	0	75	41,90				
	Bazen uyuyorum	54	35,76	9	34,62	0	0	0	0	63	35,20				
	Hiçbir zaman uymuyorum	16	10,60	2	7,69	0	0	0	0	18	10,06				
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	62	29,38	11	26,19	1	33,33	1	25	75	28,85	*	0,953		
	Hayır	121	57,35	27	64,29	2	66,67	3	75	153	58,85				
	Bazen yapıyorum	28	13,27	4	9,52	0	0	0	0	32	12,31				

*Monte Carlo Similasyon tekniği kullanılmıştır. **Ki Kare testi

Tablo 4.43. (devam)

		Medeni Durum										Ki Kare**	p
		Evli		Dul		Bekar		Boşanmış		Toplam			
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%		
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evli	202	95,73	41	97,62	2	66,67	4	100	249	95,77	*	0,124
	Hayır	9	4,27	1	2,38	1	33,33	0	0	11	4,23		
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evli	199	94,31	41	97,62	2	66,67	4	100	246	94,62	*	0,139
	Emin değilim	12	5,69	1	2,38	1	33,33	0	0	14	5,38		
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evli	201	95,26	41	97,62	2	66,67	4	100	248	95,38	*	0,131
	Hayır	10	4,74	1	2,38	1	33,33	0	0	12	4,62		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evli	196	92,89	40	95,24	2	66,67	4	100	242	93,08	*	0,27
	Hayır	15	7,11	2	4,76	1	33,33	0	0	18	6,92		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evli düzenli kullanıyorum	198	93,84	41	97,62	2	66,67	4	100	245	94,23	*	0,153
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	13	6,16	1	2,38	1	33,33	0	0	15	5,77		
Hastalığından Dolayı Özellikle Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evli	50	23,70	9	21,43	0	0	2	50	61	23,46	*	0,466
	Hayır	161	76,30	33	78,57	3	100	2	50	199	76,54		

*Monte Carlo Similasyon tekniği kullanılmıştır. **Ki Kare testi

Tablo 4.43. (devam)

		Medeni Durum										Ki Kare **	p
		Evli		Dul		Bekar		Boşanmış		Toplam			
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	39	18,48	2	4,76	0	0	1	25	42	16,15	*	0,123
	Hayır	172	81,52	40	95,24	3	100	3	75	218	83,85		
	Toplam	211	100	42	100	3	100	4	100	260	100		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	184	87,20	40	95,24	2	66,67	3	75	229	88,08	*	0,198
	Almadım	27	12,80	2	4,76	1	33,33	1	25	31	11,92		
	Toplam	211	100	42	100	3	100	4	100	260	100		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Destegi Olma Durumu	Evet	181	85,78	31	73,81	2	66,67	1	25	215	82,69	*	0,008
	Hayır	30	14,22	11	26,19	1	33,33	3	75	45	17,31		
	Toplam	211	100	42	100	3	100	4	100	260	100		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Destegi Önemli Olma Durumu	Evet	197	93,36	41	97,62	2	66,67	4	100	244	93,85	*	0,168
	Hayır	14	6,64	1	2,38	1	33,33	0	0	16	6,15		
	Toplam	211	100	42	100	3	100	4	100	260	100		

*Monte Carlo Similasyon tekniği kullanılmıştır. **Ki Kare testi

Tablo 4.44. Eğitim durumu ile tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin karşılaştırılması.

		Eğitim Durumu														Ki Kare**	P
		Okur-yazar değil		Okur-yazar		İlköğretim		Ortaöğretim		Üniversite		Lise/Önlisans		Toplam			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	4	12,12	1	7,69	42	23,33	7	43,75	3	42,86	2	18,18	59	22,69	*	0,133
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	14	42,42	8	61,54	88	48,89	7	43,75	2	28,57	8	72,73	127	48,85		
	Hiç uygulamıyorum	13	39,39	4	30,77	39	21,67	1	6,25	1	14,29	0	0	58	22,31		
	Aklıma geldikçe	2	6,06	0	0	11	6,11	1	6,25	1	14,29	1	9,09	16	6,15		
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	1	5,56	0	0	16	12,40	4	28,57	2	33,33	0	0	23	12,85	*	0,125
	Çoğunlukla uyuyorum	4	22,22	0	0	58	44,96	7	50	2	33,33	4	44,44	75	41,90		
	Bazen uyuyorum	9	50	3	100	44	34,11	2	14,29	1	16,67	4	44,44	63	35,20		
	Hiçbir zaman uymuyorum	4	22,22	0	0	11	8,53	1	7,14	1	16,67	1	11,11	18	10,06		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	6	18,18	2	15,38	50	27,78	8	50	4	57,14	5	45,45	75	28,85	*	0,001
	Hayır	25	75,76	8	61,54	113	62,78	2	12,50	2	28,57	3	27,27	153	58,85		
	Bazen yapıyorum	2	6,06	3	23,08	17	9,44	6	37,50	1	14,29	3	27,27	32	12,31		

*Monte Carlo Similasyon tekniği kullanılmıştır. **Ki Kare testi

Tablo 4.44. (devam)

		Eğitim Durumu														Ki Kare **	P
		Okur-yazar değil		Okur-yazar		İlköğretim		Ortaöğretim		Üniversite		Lise/Önlisans		Toplam			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	32	96,97	13	100	170	94,44	16	100	7	100	11	100	249	95,77	*	0,697
	Hayır	1	3,03	0	0	10	5,56	0	0	0	0	0	0	11	4,23		
Tedavinizin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	32	96,97	13	100	167	92,78	16	100	7	100	11	100	246	94,62	*	0,472
	Emin değilim	1	3,03	0	0	13	7,22	0	0	0	0	0	0	14	5,38		
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	32	96,97	13	100	169	93,89	16	100	7	100	11	100	248	95,38	*	0,623
	Hayır	1	3,03	0	0	11	6,11	0	0	0	0	0	0	12	4,62		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	27	81,82	12	92,31	169	93,89	16	100	7	100	11	100	242	93,08	*	0,103
	Hayır	6	18,18	1	7,69	11	6,11	0	0	0	0	0	0	18	6,92		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	32	96,97	13	100	166	92,22	16	100	7	100	11	100	245	94,23	*	0,408
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	1	3,03	0	0	14	7,78	0	0	0	0	0	0	15	5,77		

*Monte Carlo Similasyon tekniği kullanılmıştır. **Ki Kare testi

Tablo 4.44. (devam)

		Eğitim Durumu														Ki Kare**	p
		Okur-yazar değil		Okur-yazar		İlköğretim		Ortaöğretim		Üniversite		Lise/Önlisans		Toplam			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	6	18,18	0	0	38	21,11	8	50	4	57,14	5	45,45	61	23,46	*	0,003
	Hayır	27	81,82	13	100	142	78,89	8	50	3	42,86	6	54,55	199	76,54		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	3	9,09	2	15,38	30	16,67	3	18,75	3	42,86	1	9,09	42	16,15	*	0,36
	Hayır	30	90,91	11	84,62	150	83,33	13	81,25	4	57,14	10	90,91	218	83,85		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	27	81,82	8	61,54	161	89,44	15	93,75	7	100	11	100	229	88,08	*	0,026
	Almadım	6	18,18	5	38,46	19	10,56	1	6,25	0	0	0	0	31	11,92		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	29	87,88	10	76,92	152	84,44	10	62,5	7	100	7	63,64	215	82,69	*	0,071
	Hayır	4	12,12	3	23,08	28	15,56	6	37,5	0	0	4	36,36	45	17,31		
	Toplam	33	100	13	100	180	100	16	100	7	100	11	100	260	100		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Sizce Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	32	96,97	12	92,31	170	94,44	14	87,50	7	100	9	81,82	244	93,85	*	0,357
	Hayır	1	3,03	1	7,69	10	5,56	2	12,50	0	0	2	18,18	16	6,15		

*Monte Carlo Similasyon tekniği kullanılmıştır. **Ki Kare testi

4.4.2. Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Hastalığa İlişkin Değişkenler İle Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan 260 bireyin tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin hastalığa ilişkin değişkenler ile karşılaştırılması sonucu elde edilen veriler bu bölümde ele alınacak ve istatistiksel verileri Tablo 4.45., 4.46., 4.47.'de gösterilmiştir.

Araştırma grubundaki 260 Tip 2 diyabetli bireyle yapılan karşılaştırmalar sonucunda hastalık süresi ile tedavinin sürekli olduğunu bilme, ayak bakımına dikkat etme ve daha önce diyabete ilişkin eğitim alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Hastalık süresi 5 yıldan az olanların %85,96'sı, 5-9 yıl arasında olanların %94,83'ü, 10-14 yıl arasında olanların %100'ü, 15-19 yıl arasında olanların %95,35'i, 20 yıldan fazla olanların %98,25'i tedavinin sürekli olduğunu bilmekte; hastalık süresi 5 yıldan az olanların %7,02'si, 5-9 yıl arasında olanların %18,97'si, 10-14 yıl arasında olanların %13,33'ü, 15-19 yıl arasında olanların %37,21'i, 20 yıldan fazla olanların %42,11'i ayak bakımına dikkat etmekte; hastalık süresi 5 yıldan az olanların %75,44'ü, 5-9 yıl arasında olanların %86,21'i, 10-14 yıl arasında olanların %88,89'u, 15-19 yıl arasında olanların %95,35'i, 20 yıldan fazla olanların %96,49'u daha önce diyabete ilişkin eğitim almaktadır (Tablo 4.45.).

Ancak hastalık süresi ile tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, diyetisyen tavsiyelerine uyma, düzenli egzersiz yapma, önerilen tedaviyi düzenli uygulama, tedaviyi kabullenme, kan şekeri takibini yapma, ilaçlarını düzenli şekilde kullanma, ayak-bacak egzersizleri yapma, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hastalık süresi 5 yıldan az olanların %24,56'sı, 5-9 yıl arasında olanların %15,52'si, 10-14 yıl arasında olanların %13,33'ü, 15-19 yıl arasında olanların %32,56'sı, 20 yıldan fazla olanların %28,07'si tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulamakta; hastalık süresi 5 yıldan az olanların %51,52'si, 5-9 yıl arasında olanların %34,29'u, 10-14 yıl arasında olanların %40'ı, 15-19 yıl arasında olanların %48,48'i, 20 yıldan fazla olanların %37,50'i diyetisyen tavsiyelerine çoğunlukla uymakta; hastalık süresi 5 yıldan az olanların %28,07'si, 5-

9 yıl arasında olanların %27,59'u, 10-14 yıl arasında olanların %33,33'ü, 15-19 yıl arasında olanların %34,88'i, 20 yıldan fazla olanların %22,81'i düzenli egzersiz yapmakta; hastalık süresi 5 yıldan az olanların %92,98'i, 5-9 yıl arasında olanların %96,55'i, 10-14 yıl arasında olanların %95,56'sı, 15-19 yıl arasında olanların %93,02'si, 20 yıldan fazla olanların %100'ü önerilen tedaviyi düzenli uygulamakta; hastalık süresi 5 yıldan az olanların %89,47'si, 5-9 yıl arasında olanların %96,55'i, 10-14 yıl arasında olanların %97,78'i, 15-19 yıl arasında olanların %95,35'i, 20 yıldan fazla olanların %98,25'i tedaviyi kabullenmekte; hastalık süresi 5 yıldan az olanların %87,72'si, 5-9 yıl arasında olanların %91,38'i, 10-14 yıl arasında olanların %97,78'i, 15-19 yıl arasında olanların %95,35'i, 20 yıldan fazla olanların %94,74'ü kan şekeri takibini yapmakta; hastalık süresi 5 yıldan az olanların %89,47'si, 5-9 yıl arasında olanların %96,55'i, 10-14 yıl arasında olanların %91,11'i, 15-19 yıl arasında olanların %95,35'i, 20 yıldan fazla olanların %98,25'i ilaçlarını düzenli şekilde kullanmakta; hastalık süresi 5 yıldan az olanların %87,72'si, 5-9 yıl arasında olanların %84,48'i, 10-14 yıl arasında olanların %86,67'si, 15-19 yıl arasında olanların %90,70'i, 20 yıldan fazla olanların %71,93'ü ayak-bacak egzersizleri yapmamakta; hastalık süresi 5 yıldan az olanların %82,46'sı, 5-9 yıl arasında olanların %79,31'i, 10-14 yıl arasında olanların %84,44'ü, 15-19 yıl arasında olanların %83,72'si, 20 yıldan fazla olanların %84,21'i tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği almakta; hastalık süresi 5 yıldan az olanların %91,23'ü, 5-9 yıl arasında olanların %91,38'i, 10-14 yıl arasında olanların %91,11'i, 15-19 yıl arasında olanların %97,67'i, 20 yıldan fazla olanların %98,25'i diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.45.).

Araştırma grubundaki 260 Tip 2 diyabetli bireyle yapılan karşılaştırmalar sonucunda başka bir kronik hastalığı olma durumu ile önerilen tedaviyi düzenli uygulama, tedavinin sürekli olduğunu bilme, tedaviyi kabullenme, ve ilaçlarını düzenli şekilde kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Başka bir kronik hastalığı olanların %98,35'i ve olmayanların %89,74'ü önerilen tedaviyi düzenli uygulamakta; başka bir kronik hastalığı olanların %97,25'i ve olmayanların %88,46'sı tedavinin sürekli olduğunu bilmekte; başka bir kronik hastalığı olanların %98,35'i ve olmayanların %88,46'sı tedaviyi kabullenmekte; başka bir kronik hastalığı olanların %97,25'i ve olmayanların %87,18'i ilaçlarını düzenli şekilde kullanmaktadır (Tablo 4.46.).

Ancak başka bir kronik hastalık olma durumu ile tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, diyetisyen tavsiyelerine uyma, düzenli egzersiz yapma, kan şekeri takibini yapma, ayak bakımına dikkat etme, ayak-bacak egzersizleri yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; başka bir kronik hastalığı olanların %22,53'ü ve olmayanların %23,08'i tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulamakta; başka bir kronik hastalığı olanların %42,97'si ve olmayanların %39,22'si diyetisyen tavsiyelerine çoğunlukla uymakta; başka bir kronik hastalığı olanların %25,27'si ve olmayanların %37,18'i düzenli egzersiz yapmaktaki; başka bir kronik hastalığı olanların %93,41'i ve olmayanların %92,31'i kan şekeri takibini yapmaktaki; başka bir kronik hastalığı olanların %25,82'si ve olmayanların %17,95'i ayak bakımına dikkat etmekte; başka bir kronik hastalığı olanların %82,97'si ve olmayanların %85,9'u ayak-bacak egzersizleri yapmamakta başka bir kronik hastalığı olanların %90,66'sı ve olmayanların %82,05'i daha önce diyabete ilişkin eğitim almaktaki; başka bir kronik hastalığı olanların %81,32'si ve olmayanların %85,90'nu tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği vardır; başka bir kronik hastalığı olanların %93,96'sı ve olmayanların %93,59'u diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.46.).

Araştırma grubundaki 260 Tip 2 diyabetli bireyle yapılan karşılaştırmalar sonucunda komplikasyon varlığı ile, tıbbi beslenme tedavisini düzenli, diyetisyen tavsiyelerine uyma, düzenli egzersiz yapma, önerilen tedaviyi düzenli uygulama, tedavinin sürekli olduğunu bilme, tedaviyi kabullenme, kan şekeri takibini yapma, ilaçlarını düzenli şekilde kullanma, ayak bakımına dikkat etme, ayak-bacak egzersizleri yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; komplikasyon olanların %31,67'si ve olmayanların %20'si tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulamakta; komplikasyon olanların %32,56'sı ve olmayanların %44,85'i diyetisyen tavsiyelerine çoğunlukla uymakta; komplikasyon olanların %18,33'ü ve olmayanların %32'si düzenli egzersiz yapmaktaki; komplikasyon olanların %96,67'si ve olmayanların %95,5'i önerilen

tedaviyi düzenli uygulamakta; komplikasyon olanların %96,67'si ve olmayanların %94'ü tedavinin sürekli olduğunu bilmekte; komplikasyon olanların %96,67'si ve olmayanların %95'i tedaviyi kabullenmekte; komplikasyon olanların %91,67'si ve olmayanların %93,5'i kan şekeri takibini yapmakta; birlikte komplikasyon olanların %96,67'si ve olmayanların %93,5'i ilaçlarını düzenli şekilde kullanmakta;. komplikasyon olanların %33,33'ü ve olmayanların %20,5'i ayak bakımına dikkat etmekte; komplikasyon olanların %75'i ve olmayanların %86,5'i ayak-bacak egzersizleri yapmamakta; komplikasyon olanların %90'ı ve olmayanların %87,5'i daha önce diyabete ilişkin eğitim almakta; komplikasyon olanların %81,67'si ve olmayanların %83'ü tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği vardır; komplikasyon olanların %93,33'ü ve olmayanların %94'ü diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.47.).

Tablo 4.45. Hastalık süresi ile tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin karşılaştırılması.

		Kaç Aydır/Yıldır Diyabet Hastasımsınız?												Ki Kare**		p	
		<5		5-9		10-14		15-19		20>		Toplam					
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	14	24,56	9	15,52	6	13,33	14	32,56	16	28,07	59	22,69	*	0,143		
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	24	42,11	29	50	28	62,22	19	44,19	27	47,37	127	48,85				
	Hiç uygulamıyorum	14	24,56	17	29,31	11	24,44	8	18,60	8	14,04	58	22,31				
	Aklıma geldikçe	5	8,77	3	5,17	0	0	2	4,65	6	10,53	16	6,15				
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	6	18,18	5	14,29	1	3,33	5	15,15	6	12,50	23	12,85	*	0,444		
	Çoğunlukla uyuyorum	17	51,52	12	34,29	12	40	16	48,48	18	37,50	75	41,9				
	Bazen uyuyorum	9	27,27	16	45,71	12	40	8	24,24	18	37,50	63	35,20				
	Hiçbir zaman uymuyorum	1	3,03	2	5,71	5	16,67	4	12,12	6	12,50	18	10,06				
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	16	28,07	16	27,59	15	33,33	15	34,88	13	22,81	75	28,85	5,525	0,7		
	Hayır	36	63,16	36	62,07	22	48,89	24	55,81	35	61,40	153	58,85				
	Bazen yapıyorum	5	8,77	6	10,34	8	17,78	4	9,3	9	15,79	32	12,31				

*Monte Carlo Similasyon tekniği kullanılmıştır. ** Ki- Kare Testi

Tablo 4.45. (devam)

		Kaç Aydır/Yıldır Diyabet Hastasımsınız?												Ki Kare**		p	
		<5		5-9		10-14		15-19		20>		Toplam					
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	53	92,98	56	96,55	43	95,56	40	93,02	57	100	249	95,77	*	0,357		
	Hayır	4	7,02	2	3,45	2	4,44	3	6,98	0	0	11	4,23				
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	49	85,96	55	94,83	45	100	41	95,35	56	98,25	246	94,62	*	0,013		
	Emin değilim	8	14,04	3	5,17	0	0	2	4,65	1	1,75	14	5,38				
Tedaviyi kabullenme Durumu	Evet	51	89,47	56	96,55	44	97,78	41	95,35	56	98,25	248	95,38	*	0,152		
	Hayır	6	10,53	2	3,45	1	2,22	2	4,65	1	1,75	12	4,62				
Kan şekeri takibini Yapma Durumu	Evet	50	87,72	53	91,38	44	97,78	41	95,35	54	94,74	242	93,08	*	0,282		
	Hayır	7	12,28	5	8,62	1	2,22	2	4,65	3	5,26	18	6,92				
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	51	89,47	56	96,55	41	91,11	41	95,35	56	98,25	245	94,23	*	0,243		
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	6	10,53	2	3,45	4	8,89	2	4,65	1	1,75	15	5,77				

*Monte Carlo Similasyon tekniği kullanılmıştır. ** Ki- Kare Testi

Tablo 4.45. (devam)

		Kaç Aydır/Yıldır Diyabet Hastasıdır?											Ki Kare**		p
		<5		5-9		10-14		15-19	20>	Toplam					
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n			
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	4	7,02	11	18,97	6	13,33	16	37,21	24	42,11	61	23,46	27,366	0,001
	Hayır	53	92,98	47	81,03	39	86,67	27	62,79	33	57,89	199	76,54		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	7	12,28	9	15,52	6	13,33	4	9,30	16	28,07	42	16,15	8,379	0,079
	Hayır	50	87,72	49	84,48	39	86,67	39	90,70	41	71,93	218	83,85		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	43	75,44	50	86,21	40	88,89	41	95,35	55	96,49	229	88,08	14,899	0,005
	Almadım	14	24,56	8	13,79	5	11,11	2	4,65	2	3,51	31	11,92		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	47	82,46	46	79,31	38	84,44	36	83,72	48	84,21	215	82,69	*	0,316
	Hayır	10	17,54	12	20,69	7	15,56	7	16,28	9	15,79	45	17,31		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	52	91,23	53	91,38	41	91,11	42	97,67	56	98,25	244	93,85	*	0,316
	Hayır	5	8,77	5	8,62	4	8,89	1	2,33	1	1,75	16	6,15		

*Monte Carlo Similasyon tekniği kullanılmıştır. ** Ki-Kare Testi

Tablo 4.46. Başka bir kronik hastalık olma durumu ile tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin karşılaştırılması.

		Tanı konulan başka bir kronik hastalığınız var mı?						Ki Kare**		p
		Evet		Yok		Toplam				
		n	%	n	%	n	%			
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	41	22,53	18	23,08	59	22,69	5,779	0,123	
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	92	50,55	35	44,87	127	48,85			
	Hiç uygulamıyorum	42	23,08	16	20,51	58	22,31			
	Aklıma geldikçe	7	3,85	9	11,54	16	6,15			
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	14	10,94	9	17,65	23	12,85	1,748	0,626	
	Çoğunlukla uyuyorum	55	42,97	20	39,22	75	41,90			
	Bazen uyuyorum	45	35,16	18	35,29	63	35,20			
	Hiçbir zaman uymuyorum	14	10,94	4	7,84	18	10,06			
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	46	25,27	29	37,18	75	28,85	3,811	0,149	
	Hayır	112	61,54	41	52,56	153	58,85			
	Bazen yapıyorum	24	13,19	8	10,26	32	12,31			
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulamadığı	Evet	179	98,35	70	89,74	249	95,77	Fisher's exact	0,004	
	Hayır	3	1,65	8	10,26	11	4,23			
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmememe	Evet	177	97,25	69	88,46	246	94,62	*	0,007	
	Emin değilim	5	2,75	9	11,54	14	5,38			
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	179	98,35	69	88,46	248	95,38	Fisher's exact	0,001	
	Hayır	3	1,65	9	11,54	12	4,62			

*Monte Carlo Similasyon tekniği kullanılmıştır.**Ki-Kare Testi

Tablo 4.46. (devam)

		Tam konulan başka bir kronik hastalığınız var mı?							
		Evet		Yok		Toplam			
		n	%	n	%	n	%	Ki Kare**	p
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	170	93,41	72	92,31	242	93,08	0,003	0,957
	Hayır	12	6,59	6	7,69	18	6,92		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	177	97,25	68	87,18	245	94,23	Fisher's exact	0,003
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	5	2,75	10	12,82	15	5,77		
Hastalığından Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	47	25,82	14	17,95	61	23,46	1,886	0,17
	Hayır	135	74,18	64	82,05	199	76,54		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	31	17,03	11	14,10	42	16,15	0,164	0,686
	Hayır	151	82,97	67	85,90	218	83,85		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	165	90,66	64	82,05	229	88,08	3,076	0,079
	Almadım	17	9,34	14	17,95	31	11,92		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	148	81,32	67	85,90	215	82,69	0,512	0,474
	Hayır	34	18,68	11	14,1	45	17,31		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	171	93,96	73	93,59	244	93,85	Fisher's exact	1
	Hayır	11	6,04	5	6,41	16	6,15		

** Ki-Kare Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.47. Komplikasyon varlığı durumu ile tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin karşılaştırılması.

		Komplikasyon Varlığı						Ki Kare**		p
		Evet		Yok		Toplam				
		n	%	n	%	n	%			
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	19	31,67	40	20	59	22,69	6,454	0,091	
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	30	50	97	48,50	127	48,85			
	Hiç uygulamıyorum	10	16,67	48	24	58	22,31			
	Aklıma geldikçe	1	1,67	15	7,50	16	6,15			
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	8	18,60	15	11,03	23	12,85	4,929	0,177	
	Çoğunlukla uyuyorum	14	32,56	61	44,85	75	41,90			
	Bazen uyuyorum	14	32,56	49	36,03	63	35,20			
	Hiçbir zaman uymuyorum	7	16,28	11	8,09	18	10,06			
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	11	18,33	64	32	75	28,85	4,664	0,097	
	Hayır	42	70	111	55,50	153	58,85			
	Bazen yapıyorum	7	11,67	25	12,50	32	12,31			
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	58	96,67	191	95,50	249	95,77	Fisher's exact	1	
	Hayır	2	3,33	9	4,50	11	4,23			
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	58	96,67	188	94	246	94,62	Fisher's exact	0,533	
	Emin değilim	2	3,33	12	6	14	5,38			
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	58	96,67	190	95	248	95,38	Fisher's exact	0,739	
	Hayır	2	3,33	10	5	12	4,62			

** Ki-Kare Testi

Tablo 4.47. (devam)

		Komplikasyon Varlığı						Ki Kare**		P
		Evet		Yok		Toplam				
		n	%	n	%	n	%			
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	55	91,67	187	93,5	242	93,08	Fisher's exact	0,573	
	Hayır	5	8,33	13	6,5	18	6,92			
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	58	96,67	187	93,5	245	94,23	Fisher's exact	0,532	
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	2	3,33	13	6,5	15	5,77			
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	20	33,33	41	20,50	61	23,46	3,549	0,06	
	Hayır	40	66,67	159	79,50	199	76,54			
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	15	25	27	13,50	42	16,15	3,697	0,054	
	Hayır	45	75	173	86,50	218	83,85			
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	54	90	175	87,50	229	88,08	0,088	0,766	
	Almadım	6	10	25	12,50	31	11,92			
	Toplam	60	100	200	100	260	100			
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	49	81,67	166	83	215	82,69	0,002	0,964	
	Hayır	11	18,33	34	17	45	17,31			
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	56	93,33	188	94	244	93,85	Fisher's exact	0,768	
	Hayır	4	6,67	12	6	16	6,15			

** Ki-Kare Testi

4.4.3. Tedaviye Uyuma İlişkin Değişkenlerin Metabolik Sonuç Kriterleri İle Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan 260 bireyin tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin metabolik sonuç kriterleri ile karşılaştırılması sonucu elde edilen veriler bu bölümde ele alınacak ve istatistiksel verileri Tablo 4.48., 4.49., 4.50., 4.51., 4.52., 4.53., 4.54.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.48.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan diyabetli bireylerin HbA1c değerleri bakımından düzenli egzersiz yapma ve tedavinin sürekli olduğunu bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bazen egzersiz yapanların HbA1c değeri düzenli egzersiz yapmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Tedavinin sürekli olduğunu bilenlerin HbA1c değeri tedavinin sürekli olduğundan emin olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Buna karşın HbA1c değerleri bakımından tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, diyetisyen tavsiyelerine uyma, kan şekerini takip etme, ilaçlarını düzenli şekilde kullanma durumu, ayak bakımına dikkat etme, ayak bacak egzersizlerini yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte tıbbi beslenme tedavisini aklına geldikçe uygulayanların, diyetisyen tavsiyelerine tamamen uyanların, kan şekerini takip etmeyenlerin, ilaçlarını düzenli olmasa da arada kullananların, ayak bakımına dikkat etmeyenlerin, ayak-bacak egzersizi yapanların, daha önce diyabete ilişkin eğitim almayanların, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alanların ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olanların HbA1c değerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.49.'da görüldüğü üzere araştırmaya katılan diyabetli bireylerin total kolesterol değerleri bakımından tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, diyetisyen tavsiyelerine uyma, düzenli egzersiz yapma, kan şekerini takip etme, ayak bakımına dikkat etme, ayak-bacak egzersizleri yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulayanların, diyetisyen tavsiyelerine tamamen

uyanların, düzenli egzersizi bazen yapanların, kan şekerini takip edenlerin, ayak bakımına dikkat edenlerin, ayak-bacak egzersizleri yapmayanların, daha önce diyabete ilişkin eğitim almayanların, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği almayanların ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olmayanların total kolesterol değerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.50.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan diyabetli bireylerin LDL değerleri bakımından düzenli egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Düzenli egzersiz yapmayanların LDL değeri düzenli egzersiz yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Buna karşın LDL değerleri bakımından tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, diyetisyen tavsiyelerine uyma, kan şekerini takip etme ayak bakımına dikkat etme, ayak bacak egzersizlerini yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte LDL değerleri bakımından tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, diyetisyen tavsiyelerine çoğunlukla uyanların, kan şekerini takip etmeyenlerin, ayak bakımına dikkat etmeyenlerin, ayak-bacak egzersizleri yapmayanların, daha önce diyabete ilişkin eğitim alanların, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği almayanların ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olmayanların LDL değerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.51.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan diyabetli bireylerin HDL değerleri bakımından tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, diyetisyen tavsiyelerine uyma, düzenli egzersiz yapma, kan şekerini takip etme, ayak bakımına dikkat etme, ayak-bacak egzersizleri yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte tıbbi beslenme tedavisini hiç uygulamayanların, diyetisyen tavsiyelerine hiçbir zaman uymayanların, bazen egzersiz yapanların, kan şekerini takip edenlerin, ayak bakımına dikkat edenlerin, ayak-bacak egzersizleri yapanların, daha önce diyabete ilişkin eğitim almayanların, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği almayanların ve

diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olmayanların HDL değerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.52.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan diyabetli bireylerin trigliserid değeri bakımından tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, diyetisyen tavsiyelerine uyma, düzenli egzersiz yapma, kan şekerini takip etme, ayak bakımına dikkat etme, ayak-bacak egzersizleri yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte tıbbi beslenme tedavisini aklına geldikçe uygulayanların, diyetisyen tavsiyelerine bazen uyanların, egzersiz yapmayanların, kan şekerini takip edenlerin, ayak bakımına dikkat etmeyenlerin, ayak-bacak egzersizleri yapmayanların, daha önce diyabete ilişkin eğitim almayanların, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği almayanların ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olanların Trigliserid değerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.53.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan diyabetli bireylerin kan basıncı değerleri bakımından tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, diyetisyen tavsiyelerine uyma, düzenli egzersiz yapma, önerilen tedaviyi düzenli uygulama, tedavinin sürekli olduğunu bilme, tedaviyi kabullenme, kan şekerini takip etme, ilaçlarını düzenli şekilde kullanma, ayak bakımına dikkat etme, ayak-bacak egzersizleri yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulayanların, diyetisyen tavsiyelerine tamamen uyanların, düzenli egzersiz yapmayanların, önerilen tedaviyi düzenli uygulayanların, tedavinin sürekli olduğunu bilenlerin, tedaviyi kabullenenlerin, kan şekerini takip edenlerin, ilaçlarını düzenli kullananların, ayak bakımına dikkat edenlerin, ayak-bacak egzersizleri yapmayanların, daha önce diyabete ilişkin eğitim alanların, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alanların, diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olanların kan basıncı değerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.54.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan diyabetli bireylerin BKİ değerleri bakımından tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama ve diyetisyen tavsiyelerine uyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulayanların ve arada (düzensiz) uygulayanların BKİ değeri hiç uygulamayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Diyetisyen tavsiyelerine tamamen ve çoğunlukla uyanların BKİ değeri hiçbir zaman uymayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Buna karşın BKİ değerleri bakımından düzenli egzersiz yapma, önerilen tedaviyi düzenli uygulama, tedavinin sürekli olduğunu bilme, tedaviyi kabullenme, kan şekerini takip etme, ilaçlarını düzenli şekilde kullanma, ayak bakımına dikkat etme, ayak-bacak egzersizleri yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte düzenli egzersiz yapmayanların, önerilen tedaviyi düzenli uygulayan, tedavinin sürekli olduğunu bilen, tedaviyi kabullenen, kan şekerini takibi yapmayan, ilaçlarını düzenli şekilde kullanan, ayak bakımına dikkat etmeyen, ayak-bacak egzersizleri yapmayan, daha önce diyabete ilişkin eğitim alan, , tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği almayan ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olmayanların BKİ değerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.48. HbA1c değeri ile tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi.

		HbA1c						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) düzenli uygulama Durumu (n=159)	Evet düzenli uyguluyorum	34	8,59	2,73	6	16,90	73,68	1,782	0,619
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	83	8,47	1,92	6	14,69	78,95		
	Hiç uygulamıyorum	31	8,65	1,82	6,3	12,71	86,05		
	Aklıma geldikçe	11	9,01	2,27	6,2	12,4	90,41		
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (=115)	Tamamen uyuyorum	15	9,57	3,68	6	16,90	61,27	0,603	0,896
	Çoğunlukla uyuyorum	46	8,29	1,82	6	13,07	56,18		
	Bazen uyuyorum	40	8,27	1,61	6	12,40	57,16		
	Hiçbir zaman uymuyorum	14	8,58	1,76	6,3	11,90	62,86		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu (n=159)	Evet	47	8,25	1,92	6	14,02	73,36	6,623	0,036
	Hayır	93	8,89	2,21	6	16,90	87,28		
	Bazen yapıyorum	19	7,77	1,76	6	11,90	60,76		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hock çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir.

Tablo 4.48. (devam)

		Hba1c				
		n	Mean	ss	Min	Max
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı (n=159)	Evet	155	8,54	2,12	6	16,90
	Hayır	4*	9,70	1,35	8,61	11,66
Tedaviyi Kabullenme Durumu (n=159)	Evet	155	8,48	2,04	6	16,90
	Hayır	4*	11,99	2,26	9,2	14,69

*Gruplardaki denek sayısı 5 in altında olduğu için analiz edilememiştir.

Tablo 4.48. (devam)

		Hba1c						Z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme (n=159)	Evet	152	8,47	2,04	6	16,9	78,20	5,293	0,021
	Emin değilim	7	10,69	2,63	7,14	14,69	119,14		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu (n=159)	Evet	150	8,47	2,02	6	16,9	78,56	-1,614	0,107
	Hayır	9	10,14	3,00	6	14,69	104,06		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu(n=159)	Evet düzenli kullanıyorum	153	8,52	2,11	6	16,9	78,91	-1,51	0,131
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	6	9,77	2,00	6,8	12,4	107,83		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu(n=159)	Evet	38	8,21	1,89	6	13,07	72,70	-1,121	0,262
	Hayır	121	8,68	2,17	6	16,9	82,29		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu (n=159)	Evet	21	8,61	2,03	6	14,02	82,43	-0,259	0,795
	Hayır	138	8,56	2,13	6	16,90	79,63		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu (n=159)	Aldım	145	8,56	2,11	6	16,90	79,64	-0,316	0,752
	Almadım	14	8,70	2,19	6,2	12,71	83,71		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	132	8,65	2,15	6	16,90	81,69	-1,021	0,307
	Hayır	27	8,19	1,90	6	13,50	71,76		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu (n=159)	Evet	148	8,58	2,13	6	16,90	79,96	-0,044	0,965
	Hayır	11	8,46	1,84	6	12,71	80,59		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.49. Total kolesterol değeri ile tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Total kolesterol						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu (n=149)	Evet düzenli uyguluyorum	33	209,85	59,22	109	391	74,27	0,246	0,97
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	80	206,52	44,09	100	300	76,37		
	Hiç uygulamıyorum	26	202,54	47,87	100	284	71,65		
	Aklıma geldikçe	10	206,4	53,75	124	290	75,15		
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=111)	Tamamen uyuyorum	15	225,67	71,71	147	391	62,00	1,277	0,735
	Çoğunlukla uyuyorum	45	207,82	39,43	127	274	57,88		
	Bazen uyuyorum	37	200,08	50,50	100	300	53,03		
	Hiçbir zaman uymuyorum	14	199,79	38,63	155	259	51,39		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu (n=149)	Evet	47	206,83	42,42	100	288	76,29	0,934	0,627
	Hayır	84	204,68	51,54	100	391	72,56		
	Bazen yapıyorum	18	214,56	51,52	127	294	83,03		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.49. (devam)

		Total kolesterol				
		n	Mean	ss	Min	Max
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı (n=149)	Evet	146	206,74	48,74	100	391
	Hayır	3*	197,33	50,29	158	254
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme (n=149)	Evet	146	206,54	48,85	100	391
	Emin değilim	3*	207,33	43,47	158	240
Tedaviyi Kabullenme Durumu (n=149)	Evet	148	206,23	48,63	100	391
	Hayır	1*	254,00	.	254	254
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu (n=149)	Evet düzenli kullanıyorum	145	206,92	48,87	100	391
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	4*	193,25	41,87	158	254

*Gruplardaki denek sayısı 5 in altında olduğu için analiz edilememiştir.

Tablo 4.49. (devam)

		Total kolesterol						z*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu (n=149)	Evet	143	206,76	48,85	100	391	74,86	-0,193	0,847
	Hayır	6	201,50	46,50	111	240	78,33		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu (n=149)	Evet	36	208,81	49,33	131	391	73,56	-0,231	0,818
	Hayır	113	205,83	48,59	100	300	75,46		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu (n=149)	Evet	21	202,00	57,12	100	391	65,48	-1,091	0,275
	Hayır	128	207,30	47,29	100	300	76,56		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu (n=149)	Aldım	136	206,11	48,60	100	391	74,38	-0,572	0,567
	Almadım	13	211,15	50,50	100	290	81,54		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile ilgili Aile Desteği Olma Durumu (n=149)	Evet	123	206,24	50,12	100	391	74,74	-0,16	0,873
	Hayır	26	208,04	41,60	136	288	76,23		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu (n=149)	Evet	139	205,92	49,18	100	391	74,23	-0,816	0,415
	Hayır	10	215,40	41,12	136	260	85,75		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.50. LDL değeri ile tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi.

		LDL						H*	p
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu (n=150)	Evet düzenli uyguluyorum	33	109,15	45,41	40	192	75,29	2,039	0,564
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	81	108,36	37,03	11	186	78,86		
	Hiç uygulamıyorum	26	100,85	47,80	40	239,4	64,90		
	Aklıma geldikçe	10	107,31	40,53	45	183,8	76,50		
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyuma Durumu (n=112)	Tamamen uyuyorum	15	111,63	47,81	40	192	59,13	3,509	0,32
	Çoğunlukla uyuyorum	45	112,93	35,47	54	182,6	62,62		
	Bazen uyuyorum	38	97,67	33,71	34,2	183,8	50,50		
	Hiçbir zaman uymuyorum	14	101,36	50,50	40	189	50,29		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu (n=150)	Evet	47	114,38	37,56	34,2	192	84,86	6,83	0,033
	Hayır	85	99,47	38,93	11	186	67,46		
	Bazen yapıyorum	18	124,67	50,70	54	239,4	89,00		
									2-1**

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hoc çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir.

Tablo 4.50. (devam)

		LDL				
		n	ss	Median	Min	Max
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı (n=150)	Evet	147	41,25	104	11	239,40
	Hayır	3*	13,65	115,40	94,40	120
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme (n=150)	Evet	147	40,85	104	11	239,40
	Emin değilim	3*	36,42	154,60	94,40	160,00
Tedaviyi Kabullenme Durumu (n=150)	Evet	149	41	104	11	239,4
	Hayır	1*	.	115,40	115,40	115,40
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu (n=150)	Evet düzenli kullanıyorum	146	41,38	102,80	11	239,40
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	4*	12,88	110,60	94,40	124,40

*Gruplardaki denek sayısı 5 in altında olduğu için analiz edilememiştir.

Tablo 4.50. (devam)

		LDL						Z*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu (n=150)	Evet	144	106,52	40,77	11	239,40	74,69	-1,122	0,262
	Hayır	6	122,61	43,90	42,80	161,20	95,00		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımınıza Dikkat Etme Durumu (n=150)	Evet	37	103,72	42,85	11	184	71,46	-0,652	0,514
	Hayır	113	108,29	40,33	34,20	239,40	76,82		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu (n=150)	Evet	21	96,36	32,62	48	161,20	64,17	-1,289	0,197
	Hayır	129	108,92	41,90	11	239,40	77,34		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu (n=150)	Aldım	137	107,34	41,69	11	239,40	75,34	-0,147	0,883
	Almadım	13	105,27	32,12	49	166,20	77,19		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile ilgili Aile Desteği Olma Durumu (n=150)	Evet	124	106,79	39	34,20	189	75,46	-0,022	0,982
	Hayır	26	108,96	49,67	11	239,40	75,67		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu (n=150)	Evet	140	106,22	40,55	11	239,40	74,57	-0,983	0,325
	Hayır	10	120,38	45,25	49	186	88,55		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.51. HDL değeri ile tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi.

		HDL						H*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu (n=149)	Evet düzenli uyguluyorum	33	51,39	25,24	14	154	68,09	1,967	0,579
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	80	51,38	15,88	27	99	74,66		
	Hiç uygulamıyorum	26	57,22	25,67	8	111,60	83,77		
	Aklıma geldikçe	10	53,28	22,43	18	95	77,75		
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=111)	Tamamen uyuyorum	15	48,87	19,40	29	94	43,27	4,554	0,208
	Çoğunlukla uyuyorum	45	52,78	14,49	22	92	58,48		
	Bazen uyuyorum	37	53,10	20,95	18	99	53,82		
	Hiçbir zaman uymuyorum	14	61,76	23,06	37	111,60	67,43		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu (n=149)	Evet	47	52,13	21,52	28	154	71,59	0,531	0,767
	Hayır	84	52,64	20,17	14	111,60	75,95		
	Bazen yapıyorum	18	53,06	20,23	8	92	79,5		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.51. (devam)

		HDL				
		n	Mean	ss	Min	Max
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı (n=149)	Evet	146	52,45	20,48	8	154
	Hayır	3*	56,33	24,09	40	84
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme (n=149)	Evet	146	52,77	20,57	8	154
	Emin değilim	3*	41,00	11,53	28	50
Tedaviyi Kabullenme Durumu (n=149)	Evet	148	52,32	20,38	8	154
	Hayır	1*	84,00	.	84	84
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu (n=149)	Evet düzenli kullanıyorum	145	52,64	20,44	8	154
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	4*	48,75	24,51	28	84

*Gruplardaki denek sayısı 5 in altında olduğu için analiz edilememiştir.

Tablo 4.51. (devam)

		HDL						Z*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu (n=149)	Evet	143	52,73	20,76	8	154	75,27	-0,377	0,706
	Hayır	6	47,83	11,63	32	64	68,50		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu (n=149)	Evet	36	57,87	27,03	28	154	81,21	-0,992	0,321
	Hayır	113	50,83	17,70	8	104	73,02		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu (n=149)	Evet	21	56,62	28,61	28	154	76,62	-0,186	0,853
	Hayır	128	51,86	18,88	8	111,60	74,73		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu (n=149)	Aldım	136	52,08	20,64	8	154	73,69	-1,195	0,232
	Almadım	13	57,23	18,67	30	94	88,65		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu (n=149)	Evet	123	52,38	18,99	14	111,60	74,98	-0,01	0,992
	Hayır	26	53,22	26,85	8	154	75,08		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu (n=149)	Evet	139	52,45	20,49	8	154	74,93	-0,072	0,943
	Hayır	10	53,70	21,28	29	94	75,95		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.52. Trigliserid değeri ile tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi.

		Trigliserid						H*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu (n=149)	Evet düzenli uyguluyorum	33	182,91	92,08	57	423	68,85	0,957	0,812
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	80	193,79	81,77	72	426	76,48		
	Hiç uygulamıyorum	26	189,46	72,16	73	336	76,06		
	Aklıma geldikçe	10	205,2	90,75	87	372	80,75		
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=111)	Tamamen uyuyorum	15	195,13	110,78	57	423	52,57	7,502	0,058
	Çoğunlukla uyuyorum	45	174,24	66,83	68	315	49,17		
	Bazen uyuyorum	37	229,14	90,73	103	426	67,73		
	Hiçbir zaman uymuyorum	14	182,21	80,96	75	372	50,64		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu (n=149)	Evet	47	186,79	68,61	68	336	75,18	0,202	0,904
	Hayır	84	196,84	91,95	72	426	75,80		
	Bazen yapıyorum	18	178,00	70,17	57	285	70,78		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.52. (devam)

		Trigliserid				
		n	Mean	ss	Min	Max
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı (n=149)	Evet	146	193,19	82,31	57	426
	Hayır	3*	103,67	37,17	73	145
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme (n=149)	Evet	146	191,83	82,98	57	426
	Emin değilim	3*	170,00	66,70	93	210
Tedaviyi Kabullenme Durumu (n=149)	Evet	148	192,19	82,25	57	426
	Hayır	1*	73,00	.	73	73
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu (n=149)	Evet düzenli kullanıyorum	145	193,29	82,56	57	426
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	4*	122,50	50,31	73	186

*Gruplardaki denek sayısı 5 in altında olduğu için analiz edilememiştir.

Tablo 4.52. (devam)

		Trigliserid						Z*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu (n=149)	Evet	143	192,50	83,66	57	426	75,48	-0,661	0,508
	Hayır	6	164,83	45,68	87	210	63,58		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu (n=149)	Evet	36	189,56	92,34	57	423	72,44	-0,408	0,683
	Hayır	113	191,97	79,62	68	426	75,81		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu(n=149)	Evet	21	177,90	80,67	87	423	67,07	-0,908	0,364
	Hayır	128	193,6	82,96	57	426	76,30		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu (n=149)	Aldım	136	189,59	84,31	57	426	73,51	-1,359	0,174
	Almadım	13	210,23	60,60	87	309	90,54		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu (n=149)	Evet	123	190,82	85,25	57	426	74,16	-0,518	0,605
	Hayır	26	194,08	69,82	94	409	78,98		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu (n=149)	Evet	139	191,45	82,00	57	426	75,18	-0,19	0,85
	Hayır	10	190,50	94,74	93	409	72,50		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.53. Kan basıncı değeri ile tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi.

		Kan Basıncı						H*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	59	133,40	16,34	110,6	180,11	139,99	6,151	0,104
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	127	128,66	15,09	90,50	170,90	123,61		
	Hiç uygulamıyorum	58	133,30	18,84	90,60	200,10	143,78		
	Aklıma geldikçe	16	125,69	13,11	110,60	160,10	102,03		
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	23	131,96	14,81	110,60	160,90	92,33	0,85	0,837
	Çoğunlukla uyuyorum	75	130,74	15,97	90,50	180,11	92,91		
	Bazen uyuyorum	63	128,37	15,16	90,50	170,9	85,20		
	Hiçbir zaman uymuyorum	18	129,58	13,18	100,60	150,1	91,69		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	75	128,43	16,96	90,50	180,11	116,49	3,754	0,153
	Hayır	153	131,68	16,01	90,60	200,10	136,85		
	Bazen yapıyorum	32	130,39	16,00	90,50	160,90	132,95		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.53. (devam)

		Kan Basıncı						Z*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	249	130,90	16,43	90,50	200,10	131,95	-1,486	0,137
	Hayır	11	123,45	11,13	100,50	140,80	97,64		
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	246	130,74	16,24	90,50	200,10	131,14	0,336	0,562
	Emin değilim	14	127,80	17,62	100,50	170,11	119,21		
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	248	130,82	16,22	90,50	200,10	131,72	-1,197	0,231
	Hayır	12	125,68	17,77	100,50	170,11	105,21		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	242	130,99	16,52	90,50	200,10	132,16	-1,309	0,191
	Hayır	18	125,17	11,98	100,50	150,10	108,19		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	245	130,74	16,41	90,50	200,10	130,88	-0,332	0,74
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	15	128,11	14,49	100,50	160,90	124,27		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	61	130,88	14,31	100,60	160,90	133,7	-0,382	0,703
	Hayır	199	130,49	16,89	90,50	200,10	129,52		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.53. (devam)

		Kan Basıncı						Z*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	42	129,06	14,31	110,60	170,90	124,98	-0,522	0,602
	Hayır	218	130,88	16,66	90,50	200,10	131,56		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	229	130,70	15,76	90,50	200,10	131,30	-0,469	0,639
	Almadım	31	129,71	20,06	90,60	180,90	124,58		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	215	130,98	15,85	90,50	200,10	132,58	-0,977	0,329
	Hayır	45	128,68	18,31	90,50	180,90	120,58		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	244	130,75	15,84	90,50	200,10	131,65	-0,966	0,334
	Hayır	16	128,14	22,66	90,50	180,90	112,97		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.54. BKİ değeri ile tedaviye uyuma ilişkin değişkenlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Beden kütle indeksi						H*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyeti) Düzenli Uygulama Durumu	Evet düzenli uyguluyorum	59	27,99	5,23	18,61	48	105,95	17,474	0,001
	Arada uyguluyorum ama düzenli değil	127	29,10	5,10	18,33	45,80	127,65		
	Hiç uygulamıyorum	58	31,61	6,99	4	50	163,14		
	Aklıma geldikçe	16	28,60	3,70	22,05	35,63	125,34		
								1-3 2-3**	
Diyetisyen Tavsiyelerine Uyma Durumu (n=179)	Tamamen uyuyorum	23	27,58	5,74	18,61	43	68,33	16,742	0,001
	Çoğunlukla uyuyorum	75	28,60	5,15	18,33	48	82,22		
	Bazen uyuyorum	63	30,05	5,14	22,05	42,64	96,05		
	Hiçbir zaman uymuyorum	18	34,64	6,88	26,14	50	128,94		
								1-4 2-4**	
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	75	28,37	5,32	18,33	43,11	114,37	4,983	0,083
	Hayır	153	29,89	5,98	4	50	137,95		
	Bazen yapıyorum	32	29,26	4,47	22,22	42,64	132,67		

* Tablodaki veriler Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir.

** Post Hoc çoklu karşılaştırmalar yapılarak farklılık olan gruplar tespit edilmiştir.

Tablo 4.54. (devam)

		Beden kütle indeksi						Z*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Önerilen Tedaviyi Düzenli Uygulayıp Uygulamadığı	Evet	249	29,43	5,74	4	50	131,04	-0,551	0,582
	Hayır	11	28,19	3,15	23,73	33,75	118,27		
Tedavinizin Sürekli Olduğunu Bilip Bilmeme	Evet	246	29,56	5,53	18,33	50	131,98	1,774	0,183
	Emin değilim	14	26,14	6,91	4	32,47	104,46		
Tedaviyi Kabullenme Durumu	Evet	248	29,54	5,52	18,33	50	131,73	-1,195	0,232
	Hayır	12	25,91	7,42	4	32,47	105,17		
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	242	29,27	5,69	4	50	128,82	-1,322	0,186
	Hayır	18	30,81	5,00	24,07	43,11	153,11		
İlaçları Düzenli ve Önerilen Şekilde Kullanma Durumu	Evet düzenli kullanıyorum	245	29,45	5,37	18,33	50	130,80	-0,26	0,795
	Arada kullanıyorum ama düzenli değil	15	28,23	9,32	4	48	125,60		
Hastalığından Dolayı Ayak Bakımına Dikkat Etme Durumu	Evet	61	28,80	5,35	18,33	43,33	121,98	-1,011	0,312
	Hayır	199	29,55	5,74	4	50	133,11		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.54. (devam)

		Beden kütle indeksi						Z*	P
		n	Mean	ss	Min	Max	Sıra Ort.		
Ayak-Bacak Egzersizleri Yapma Durumu	Evet	42	28,51	5,73	18,33	43,33	116,20	-1,346	0,178
	Hayır	218	29,54	5,64	4	50	133,25		
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu	Aldım	229	29,42	5,50	18,33	50	129,86	-0,372	0,71
	Almadım	31	29,06	6,78	4	43,11	135,21		
Diyabet Tedavi ve Bakımı ile İlgili Aile Desteği Olma Durumu	Evet	215	29,16	5,39	4	50	129,24	-0,589	0,556
	Hayır	45	30,42	6,74	22,03	48	136,5		
Diyabet Tedavi ve Bakımında Aile Desteği Önemli Olma Durumu	Evet	244	29,26	5,62	4	50	128,88	-1,354	0,176
	Hayır	16	31,22	6,04	22,22	45,28	155,16		

*Tablodaki veriler Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

4.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları ile Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Çalışma grubuna katılan Tip 2 diyabetli bireylerin yapılan korelasyon testi sonuçlarına göre Yaşam Kalitesinin alt boyutu olan aile durumu puanı ile Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır; empatik destek için bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,243$). Aile durumu puanı arttıkça empatik destek puanı da artmaktadır. Teşvik puanı için bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,175$). Aile durumu puanı arttıkça teşvik puanı da artmaktadır. Kolaylaştırıcı Destek puanı için bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,252$); aile durumu puanı arttıkça kolaylaştırıcı destek puanı da artmaktadır. Paylaşımıcı Destek puanı için bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,237$); aile durumu puanı arttıkça paylaşımıcı destek puanı da artmaktadır. Hensarling' in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı için bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,234$). aile durumu puanı arttıkça Hensarling' in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı da artmaktadır. Diğer alt boyut puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.55.).

Tablo 4.55. Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları ile Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.

		Empatik destek puanı	Teşvik puanı	Kolaylaştırıcı destek puanı	Paylaşımçı destek puanı	Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi Toplam Puan
Sağlık ve Fonksiyonel Durum Başlıkları ve Puanlanması	r	0,003	-0,016	0,033	-0,015	-0,005
	p	0,965	0,803	0,601	0,81	0,935
Sosyal ve Ekonomik Durum Puanı	r	-0,075	-0,078	-0,034	-0,026	-0,06
	p	0,229	0,209	0,586	0,671	0,335
Fizyolojik ve Manevi Durum Puanı	r	-0,013	0,021	0,025	-0,047	-0,002
	p	0,832	0,733	0,69	0,454	0,974
Aile Durumu Puanı	r	,243**	,175**	,252**	,237**	,234**
	p	0	0,005	0	0	0
Yaşam kalitesi puanı	r	0,016	0,006	0,056	0,006	0,018
	p	0,802	0,921	0,366	0,921	0,771

Pearson Korelasyon Analizi *p< 0,05, **p<0,01

5. TARTIŞMA

Tip 2 DM'li bireylerde aile desteği ile yaşam kalitesi ve tedaviye uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular ilgili literatürler ışığında tartışılmıştır.

5.1. Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından İncelenmesi

Çalışmamızda örneklemini oluşturan diyabetli bireylerin %79,23'ü kadın %20,77'si erkek hastalar oluşturmaktadır. Ünlüsoy (2009)'un 260 kişiyle yaptığı bir çalışma da %56,50 kadınlar, %43,50'sini erkekler oluşturmaktadır. Badur (2009)'un çalışmasına katılan 200 diyabetli bireyin cinsiyet özelliklerine bakıldığında, hastaların %64,50'nin kadın %35,50'nin erkek olduğu görülmektedir. Bayram (2010)'ın çalışmasında 120 diyabetli hastaların %65.80'i kadın, %34.20'si erkektir. Yapılan çalışmalarda kadın olgu sayısının erkek olgu sayısından daha yüksek olduğu görülmektedir. Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına aldığımız hastaların yaş grupları ortalamasına bakıldığında 45 yaş ve altı %3,46, 46-55 yaş aralığında %25, 56-65 yaş aralığında %40,77 ve 66 yaş ve üzeri ise %30,77'dir. Arslan (2011)'ın çalışmasında ise 40 yaşın altında %12,0, 40-55 yaş aralığında %44,80, 56-71 yaş aralığında %37,00 ve 72 yaş ve üzerinde ise %6,20 olarak belirtilmiştir. Kartal ve ark. (2008)'nin yaptığı bir araştırmada da 30-39 yaş aralığında %9,10, 40-49 yaş aralığında %10,90, 50-59 yaş aralığında %40 ve 60 yaş ve üstünde ise %40,00'dir. Badur (2009)'un çalışmasında diyabetli bireylerin %32,50'si 40-49,9 yaş, %37,50'si 50-59,9 yaş, %20'si 60-69,9 yaş ve %10'u 70 yaş ve üzeri yaş gruplarında yer almıştır. Yapılan çalışmalarda ve bizim çalışmamızda da belirtildiği gibi Tip 2 diyabetin genelde orta yaşlı bireylerde görüldüğü sonucu ortaya çıkmaktadır.

Araştırma kapsamına aldığımız hastaların medeni durum açısından bakıldığında hastaların %81,15'nin evli olduğu görülmüştür. Güzel (2014)'in

çalışmasında diyabetli hastaların %81,30'ü evlidir. Arslan (2011)'ın çalışmasında da %85,20'si evlidir. Yıldırım (2013)'ın çalışmadaki hastaların %72,50'si evlidir. Acemoğlu ve ark. (2006)'nın yaptığı 250 kişinin katıldığı bir araştırmada da %87,60'ı evlidir. Sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılanların %12,69'u okur- yazar değil, %5,00'ı okur-yazar, %69,23'ü ilköğretim, %6,15'i ortaöğretim, %2,69'u üniversite, %4,20'si lise/önlisans mezunu olduğu tespit edilmiştir. Tekin Yanık ve Erol (2016)'un yaptığı bir araştırmada eğitim durumu okur-yazar %10,00 ilk-orta öğretim %58,70, lise %13,90 üniversite/yüksekokul %17,40'tür. Taşkaya (2014)'nın 360 kişinin katılmış olduğu çalışmasında diyabetli bireylerin okur-yazar olmayanları %17,50, okur-yazar olanları %12,50, ilkokul menzunu olanları %36,40, ortaokul menzunu olanları %13,10, lise mezunu olanları %12,20 ve üniversite mezunu olanları ise %8,30'dur. Badur (2009)'un çalışmasında %71'i ilköğretim mezunu iken %7'sinin yükseköğretim, %6'sının lise düzeyinde eğitim aldığı ve %16'sının ise okur-yazar olmadığı görülmüştür. Bu çalışmalarda diyabetli bireylerin eğitim seviyesinin düşük düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamız mesleki açıdan incelendiğinde %71,54'ünün ev hanımı olduğu görülmüştür. Badur (2009) çalışmasında mesleki dağılımlar değerlendirildiğinde %53'ü ev hanımıdır. Benzer çalışmalardaki sonuçlara bakıldığında diyabetli kadın bireylerin ev hanımı olduğu görülmektedir (Çıtıl ve ark., 2010a; Taşkaya, 2014; Akgüç, 2013). Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin %99,62'sinin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Aba ve Tel (2012)'in araştırmaya katılan 331 diyabetli bireyin %99,40'ının sosyal güvencesi bulunmaktadır. Badur (2009)'un çalışmasındaki diyabetlilerin %98'i sağlık güvencesine sahiptir. Bu bulgular araştırmamız ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma sonucumuza göre gelir durumu düzeylerine göre, diyabet hastalarının %75,77'si gelir düzeyleri gider düzeylerine eşit olduğu görülmektedir. Sönmez ve Kasım (2013) tarafından yapılan çalışmada %71,50'sinin gelir düzeyi ve Kılıç (2016) çalışmasındaki bireylerin %63,40'ının gelir düzeyi orta düzeydedir. Akgüç (2013)'ün çalışmasında %71,00'inin gelir durumu orta düzeyde tespit edilmiştir. Park ve ark.

(2010) tarafından yaşlı diyabet hastaları ile yapılan çalışmada da, diyabetlilerin %70'inin orta gelir düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızdaki diyabetli bireylerin yaşadığı yere bakıldığında %57,31'inin şehirde merkezinde yaşadığı, %58,46'sının eşi ile yaşadığı ve %54,23'nün geniş aileye sahip olduğu görülmüştür. Aba ve Tel (2012)'in araştırma sonuçları ise %89,40'ının il merkezinde, %71,90'ının çekirdek ailede, %71,30'unun eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı belirtilmiştir. Karadağ ve ark. (2014), araştırmalarında hastaların %40,70'inin eşiyle birlikte yaşadığını belirtmiştir. Erol (2009)'un çalışmasında da hastaların %31,60'ının eşiyle, %38,00'inin de eş ve çocuklarıyla yaşadığı saptanmıştır. Sonuçlarımız, diğer çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bunun nedeni, çalışmaların örneklem büyüklüklerinin ve gerçekleştirildikleri yerlerin farklı olması olabilir.

5.2. Hastalıkla İlgili Bulgular

Çalışmamızda diyabet hastalığının tanı süresi ile ilgili elde edilen bulgulara göre en çok oranla %22,31'i 5-9 yıl arasındadır. Benzer bir çalışma olan Gökpinar (2015)'in çalışmasında da diyabet hastalığının tanı süresi en çok oranla %35,70 ile 10 yıl ve üzerinde olduğu belirtilmiştir. Karakurt ve ark. (2013) araştırmalarında da hastaların %29,10'unun 11 yıl ve daha fazla süredir diyabet tanısı aldığı saptanmıştır. Çalışmamızın aksine Akın (2011)'in ise çalışmasında hastalık süresi %52,30 ile 0-3 yıl arası olduğu bildirilmiştir. Sonuçlarımız, diğer çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bunun nedeni çalışmaların örneklem büyüklüklerinin ve çalışmaya dahil edilme kriterlerinin farklı olması olabilir.

Çalışmamızdaki diyabetli hastaların %70,0'ının tanı konulan başka bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Bunlardan en çok hipertansiyon, astım, kronik bronşit, kalp, böbrek yetmezliği ve hipertriiodi hastalıklarına sahip olduğu görülmüştür. Güzel (2014)'in çalışmasında, hastaların %70,50'sinde diyabet dışında ek bir hastalığın da bulunduğu belirlenmiştir. Bu hastalıkların içinde ilk sırayı %35,70 ile hipertansiyon, %14,30 ile de dislipidemi aldığı tespit edilmiştir. Taşkaya (2014)'nın çalışmasında da hastaların yaklaşık %38,00'inde ise komorbidite (ek hastalık) geliştiği görülmektedir. Bu hastalıklar ise hipertansiyon, hiperlipidemi, çölyak, depresyon, ve

astımdan ibaret olduğu tespit edilmiştir. Yıldırım (2013)'ın araştırmasında hastaların tamamına yakınında (%97,50) en az bir kronik hastalığın (başta hipertansiyon olmak üzere kalp-damar ve kemik hastalıkları) eşlik ettiği saptanmıştır. Luk ve ark. (2014) araştırmasında diyabetli bireylerin %80,80'inin ayrıca hipertansiyon hastası olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlara bakıldığında diyabetli bireylerin ek olarak başka bir kronik hastalığının olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlarımız, diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda ailede diyabet öyküsüne bakıldığında diyabetin %63,46'sının birinci derece akrabalarında, %4,62'sinin ise ikinci derece akrabalarında diyabet olduğu görülmüştür. Alkan (2009)'ın çalışmasında diyabetli %58,10'unda birinci derece akrabalarda diyabet anamnezi pozitif bulunmuştur. Baykal ve Kapucu (2015)'nin çalışmasında %86.50'sinin birinci dereceden akrabalarında diyabetin bulunduğu tespit edilmiştir. Kartal ve ark. (2008) araştırmasında hastaların %69,10'unun birinci derecede yakın akrabalarında diyabet hastalığı olduğu görülmüştür. Tham ve ark. (2004)'nin araştırmasında da hastaların birinci derece yakınlarının yaklaşık yarısında diyabet varlığı gösterilmiştir. Kartal (2006)'ın çalışmasında deney grubundaki hastaların %72'sinin, kontrol grubundaki hastaların %68'sinin birinci derecede yakın akrabalarında diyabet olduğu tespit edilmiştir. Literatürde, diyabette genetik faktörün önemli bir etken olduğu vurgulanmaktadır. Özellikle Tip 2 diyabette genetik faktörlerin etkisi Tip 1 diyabete göre daha fazladır (Güzel, 2014; American Diabetes Association, 2010). Diyabet hastalığında genetik geçiş söz konusu olabilmektedir. Sonuçlarımız, literatürle uyumludur.

Çalışmamızdaki diyabetli bireylerin aldıkları tedavi sonuçlarına bakıldığında %54,23'ünün oral antidiyabetikler (OAD), %18,46'sının insülin ve %27,31'inin insülin ve OAD kullandıkları sonucu çıkmıştır. Akın (2011) çalışmasında diyabetlilerin %2,80'i tedavi şekli olarak diyet, %60,70'i oral antidiyabetikler ve %36,40'ı ise insülin kullandığını bildirmiştir. Taşkaya (2014)'nin çalışmasında ise diyabetli hastaların aldıkları tedavilere açısından değerlendirildiğinde ise, %31'i hap, %41'i insülin ve %28'inin hap ve diyet kullandığı bulgulanmıştır. Diyabet tedavisinde insülin, oral antidiyabetikler ve diyet tedavisi kullanılmaktadır. Sonuçlarımız literatürle uyumludur.

Çalışmamızdan çıkan sonucu göre kan şekerinizi kontrol altında tutmak için diyabetli bireylerin %98,08 oranında başka bir yönteme ihtiyaç duymamışlardır. Bayram (2010)'ın çalışmasında bireylerin %41,70'i hastalığına ilişkin bir alternatif tedavi uygularken, %58,30'u alternatif tedavi uygulamadığını belirtilmiştir. Sümerli (2012) çalışmasında diyabetli bireylerin %6,66'lık kısmi bitkisel destek almaktadır. Oksel ve Şişman (2009)'nın araştırmasında hastaların %70,70'i alternatif yöntem kullandıklarını ayrıca %20,70'inin de alternatif yöntemi bıraktığı belirtilmiştir. Çalışmamızdan elde edilen verilere göre, diyabetli bireylerin çoğunluğunun verilen ilaç tedavisine uyum sağladığı ve alternatif bir yönteme daha az gerek duydukları sonucu çıkmaktadır.

Araştırma kapsamına aldığımız bireylerin %76,92'sinde komplikasyon oluşmamıştır. Akut komplikasyon olarak %19,23'ünde hipoglisemi, %76,92'sinde hiperglisemi görülmektedir. Ayrıca %58,08'inde kronik komplikasyon bulunmaktadır. Taşkaya (2014)'nın çalışmasında da hastaların %19,70'inde diyabet komplikasyonu geliştiği tespit edilmiştir. Güzel (2014)'in çalışmasında, hastaların %27,70'inde diyabete bağlı bir komplikasyon olduğu görülmüştür. Teklay ve ark. (2013) tarafından Güney Etiyopya'daki Tip 2 diyabetlilerle yapılan araştırmada da hastaların %72'sinde diyabete bağlı komplikasyonu olduğu tespit edilmiştir. Baykal ve Kapucu (2015)'nin araştırmasında hastaların %53,90'unun son bir ayda hiperglisemi yaşamadığı, %29,20'sinin 1-3 kez ve 4'ün üzeri, %23,70'inin hiperglisemi yaşadığı belirtilmiştir. Ayrıca hastaların dosyalarından alınan bilgiye göre, %27,40'ının son 1 ay içerisinde hipoglisemiyi %25,60'ının bir kez, %37,20'sinin iki kez ve yine %37,20'sinin üç ve üzeri sayıda yaşadığı tespit edilmiştir. Badur (2009)'un çalışmasında diyabete bağlı akut bir komplikasyon nedeni ile son 1 yıl içinde hastaneye yatan diyabetlilerin oranı %6, en az bir kronik komplikasyonu olan diyabetlilerin oranı ise %80'dir. En sık görülen kronik komplikasyonlar sırası ile %69,50 oranında hipertansiyon, %17,50 iskemik kalp hastalığı, %10,0 oranında retinopati ve %9,50 oranında nefropatidir. Sonuçlarımız, diğer çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bunun nedeni çalışmaların örneklem büyüklüklerinin, çalışmanın yapıldığı bölgenin ve çalışmaya dahil edilme kriterlerinin farklı olması olabilir.

Çalışmamızdaki diyabetli hastaların sigara ve alkol içme oranlarına bakıldığında %11,15'inin sigarayı içtiği %81,92'sinin sigara içmediği %6,92'sinin de bıraktığı görülmüştür. Alkol alma durumlarına bakıldığında ise %0,38'nin alkol aldığı, %99,62'sinin de alkol almadığı belirlenmiştir. Akgüç (2013)'ün araştırmasına katılan hastalarının sigara kullanım alışkanlıkları incelendiğinde, %69,00 ile çoğunluğunun sigara kullanmadığı, %18'inin sigara kullandığı, %12'sinin ise sigara kullanımını bıraktığı görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin alkol kullanım alışkanlıkları incelendiğinde, %93 ile büyük çoğunluğunun alkol kullanmadığı, %4'ünün alkol kullandığı, %2'sinin ise alkol kullanımını bıraktığı görülmektedir. Gökpınar (2015)'in çalışma sonucunda sigara ve alkol kullanımına ilişkin dağılımları incelendiğinde; %63,60'ının sigara kullanmadığı, %88,40'ının alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Çıtıl (2009)'in araştırmasında da, diyabetli bireylerin %54,50'si hiç sigara içmediğini, %15,60'ı halen sigara içtiğini ve %29,90'ı ise daha önceden içip bıraktıklarını belirtmişlerdir. Araştırmadan elde edilen bulgular diğer çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin hastalıkla ilgili sağlık kuruluşuna gitme sıklığı ise en çok %38,85 ile 3 ayda bir ve %30,00 ile ayda birdir. Gitmeme nedeni olarak bireylerin %16,67 oranla hastalığın önemli ve ciddi boyutta olmadığını düşündükleri cevabını vermişlerdir. Karamahmut (2009) çalışmasında, hastaların %49'unun 1–3 ay aralıklarla kontrol için bir sağlık kuruluşuna başvurdukları belirlenmiştir. Akgüç (2013)'ün çalışması incelendiğinde, %14'ünün ayda bir, %23'ünün 3 ayda bir, %34'ünün 6 ayda bir, %24'ünün hekim önerisi doğrultusunda ve %4'ünün ise bir sağlık sorunu varlığında sağlık kontrolüne gittiği görülmektedir. Küçük (2013)'ün çalışmasındaki gruplar arasında diyabet kontrolü için hastaneye gitme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Her iki grupta da %35 oran ile üç ayda bir kontrole gitme oranı yüksektir. Kartal (2006)'daki çalışmasında deney grubundaki hastaların %12'sinin hiç doktora gitmediği, %42'sinin üç ayda bir doktor kontrolüne gittiği, %18'inin ise ancak kendisini kötü hissettiği zaman doktor kontrolüne gittiği belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %14'ünün hiç doktora gitmediği, %44'ünün üç ayda bir doktor kontrolüne gittiği, %12'sinin kendisini kötü hissettiğinde doktora gittiği saptanmıştır. Çalışmalardan çıkan sonuçlara bakıldığında diyabetli bireylerin genelde ilk 6 ay içinde özellikle ilk 3 ayda bir sağlık kuruluşuna başvurduğu görülmektedir. Bunun

nedeni olarak diyabetli bireylerin bazılarının hastalığın öneminin farkında olmamaları, hastalıkla ilgili korku yaşadıkları, zaman azlığı, yaşlılık, ulaşım sorunları, ilave hastalık varlığı, ekonomik durum, eğitim durumu, içinde yaşadıkları sosyo-kültürel yapının etkisi sayılabilir. Buna ek olarak, diyabetli bireyler çoğunlukla sadece ilacı bittiğinde sağlık kuruluşuna başvurduğu söylenebilir.

5.3. Diyabette Tedaviye Uyum İle İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların tedaviye uyumlarını etkileyen faktörlerin sonuçlarına bakıldığında; %95,38'nin tedaviye uyum sağladığı, tıbbi beslenme tedavisine (TBT) dikkat edenlerin %22,69'u düzenli uyguladığı, %48,85'inin arada uyguladığı, %28,84'ünün düzenli egzersiz yaptığı, %12,31'nin bazen egzersiz yaptığı, %95,77'sinin önerilen tedaviyi düzenli uyguladığı, %94,62'sinin tedavinin sürekli olduğunu bildiği, %93,08'inin kan şekerini takip ettiği, %94,23'ünün ilaçlarını düzenli ve önerilen şekilde kullandığı, %23,46'sının ayak bakımına dikkat ettiği, %16,15'inin ayak-bacak egzersizi yaptığı, %88,08'inin daha önce diyabete ilişkin eğitim aldığı, eğitimi %61,57 ile daha çok hemşirelerin verdiği, %82,69'unun diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği aldığı, aile desteğini %52,71 ile en çok eşlerin verdiği ve %93,85'i için de diyabetin tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Arslan (2011)'in 400 diyabetli bireyle yaptığı çalışmada bireylerin %57,30'nun tedaviye uyumunun iyi olduğu, %42,80'nin ise tedaviye uyumunun kötü olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %72,50'sinin ilaçlarını düzenli olarak kullandığı, %41,70'inin diyetisyen tavsiyelerine uyduğu ve %30,00'unun egzersiz yaptığı belirtilmiştir. Ayrıca araştırma kapsamına alınan bireylerin %57,50'si diyabetle ilgili bir eğitim programına katıldığı ifade edilmiştir. Badur (2009); 200 diyabetli bireyle yaptığı çalışmada, %67'si evde kan şekeri takibi yapmadığını, %72'si düzenli olarak egzersiz yapmadığını, %49'u ayak bakımına dikkat etmediğini ve %52,50'si diyabete uygun beslenmediğini ve ilaç tedavisine uyum puanları $77,21 \pm 15,26$ olarak tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların %83,50'sinin eğitim aldığı görülmüştür. Yıldırım (2013)'in çalışmasında hastaların %10,0'unun diyet uyguladığı, %63,80'inin bazen uyguladığı ve %26,30'unun ise diyet uygulamadığı, hastaların %97,50'sinin diyet önerilerini diyetisyenden aldığı ve çalışmaya katılan hastaların %90,0'mın düzenli egzersiz yapmadığı belirtilmiştir. Çıtıl ve ark. (2010a)'nın diyabetlilerle yaptıkları çalışmada ise hastaların

%56,50'sinin diyet yaptığı, %13,30'unun diyet tam uydugu, %43,20'nin kısmen uydugu, %43,50'nin ise diyet uymadığı, bireylerin %57,50'sinin egzersiz yaptığı, %33,30'unun evde kan şekeri ölçümü yaptıkları %66,70'inin yapmadığı, hastaların %19,40'ının diyabet hakkında eğitim aldığı ve %61,20'sinin ayak bakımına dikkat ettiği belirtilmiştir. Baykal ve Kapucu (2015)'nin çalışmasında bireylerin kendi ifadelerine göre %66,20'sinin tedaviye iyi uyum gösterdiği, %29,30'unun orta derecede uyum gösterdiği ve %4,50'nin tedaviye uyum göstermediği ayrıca araştırmaya katılan hastaların %89,80'nin ilaçlarını düzenli kullandıklarını, çalışmaya katılan hastaların egzersiz yapma durumları incelendiğinde, %56,80'inin egzersiz yaptığı ve egzersiz yapanların %64,90 oranla haftanın her günü düzenli egzersiz yaptığı ve en çok yapılan egzersizin %99,60'ı yürüyüş olduğu, hastaların %78,30'unun diyet uyguladığı ve diyet uygulayan hastaların %35,70'inin diyet tamamen uydugu, %45,20'sinin kısmen uydugu ve %19,10'nunun uymadığı ve hastaların %61,00'ının diyabete ilişkin eğitim almadığı ve eğitim alanların %43,60'ının ise bu eğitimi hemşireden aldığı, %90,30'unun eğitimi yeterli buldukları ifade edilmiştir. Kartal (2006)'ın çalışmasında deney grubundaki hastaların %44'ünün tedaviye uyumu iyi, %42'sinin orta, kontrol grubundaki hastaların %40'ünün tedaviye uyumu iyi, %44'ünün tedaviye uyumu orta, %16'sının tedaviye uyumu kötüdür. Deney grubundaki hastaların %94'ü, kontrol grubundaki hastaların %90'ı kan şekeri ölçümü yapmaktadır/yaptırmaktadır. Deney grubundaki hastaların sadece %6'sının diyet uyumları iyi, %38'inin diyet uyumları kötüdür. Kontrol grubundaki hastaların %8'inin diyet uyumları iyi, %40'ının diyet uyumları kötüdür. Deney grubundaki hastaların %36'sı egzersiz yapmakta, egzersiz yapan hastaların %83'ü egzersiz olarak yürüyüş yapmakta, ancak egzersiz yapan hastaların sadece %10,50'si her gün düzenli olarak egzersiz yapmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %48'i egzersiz yapmakta, egzersiz yapanların %91,70'i egzersiz olarak yürüyüş yapmakta, egzersiz yapan hastaların %16,60'ı her gün düzenli olarak egzersiz yapmaktadır. Kartal ve ark. (2008)'nin araştırmalarında hastaların %31,8'i diyet tedavisi, %30,90'ı insülin tedavisi almaktadır. Hastaların %50'sinin tedaviye uyumu iyi, %50'sinin ise tedaviye uyumu kötü, %90,90'nu beslenmesine dikkat etmektedir. Hastaların %95,50'si kan şekeri ölçümü yapmakta, ancak hastaların %52,70'nin kan şekeri ölçümü düzensizdir. Yine %40'ı egzersiz yapmakta, egzersiz yapan hastaların %71,40'ı egzersiz olarak yürüyüş yapmakta, ancak egzersiz yapan hastaların sadece %5,50'si her gün düzenli olarak egzersiz yapmaktadır. Yıldız

(2012)'in çalışmasında çıkan sonuçlar ise hastaların ayak bakımı açısından %79,70'i ayaklarını sık kontrol etmiyor, %50,80'i ayak bakımını kendisi yaparken, %51,60' ı diyabetin tedavisi bakımında uyumlu değil ve %64,10'u ayak bakımını yaparken yardım almıyor şeklinde çıkmıştır. Taha ve ark. (2011) araştırmalarında; diyabetli bireylerin %56,30'unun tedaviye uyduğu tespit edilmiştir. Ayrıca tıbbi beslenmesine (diyet) ve egzersize dikkat etmeyenlerin tedaviye uyumunun daha kötü olduğunu belirtmişlerdir. Jansiraninatarajan (2013)'in çalışmasında diyabetli bireylerin %76'sının ilaca uyumu beslenmeden daha fazla olduğu belirtmiştir. Akın (2011)'ın 107 diyabetli bireyle yaptığı bir çalışmada %88,80'i düzenli kan şekeri kontrolü yapmakta ve %84,10'u diyabet eğitimi almaktadır. Ayrıca; diyabetlilerin bakımlarına en çok destek veren kişilerin %78,50 ile bireylerin eşleri ve aile üyeleri olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarına bakıldığında çalışmamızda diğer çalışmalara göre diyabetli bireylerin tedaviye uyumunun daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni araştırmanın yapıldığı merkezde diyabet eğitim hemşiresinin olması ve buna bağlı olarak diyabet eğitimlerinin düzenli olarak yapıyor olması söylenebilir.

5.4. Metabolik Sonuç Kriterleri

Çalışmaya alınan bireylerin metabolik kriterler sonuçları olan HbA1c değeri ortalaması $8,57 \pm 2,11$, total kolesterol ortalaması $206,55 \pm 48,62$ mg/dL, LDL ortalaması $107,16 \pm 40,87$ mg/dL, HDL ortalaması $52,53 \pm 20,47$ mg/dL, Trigliserid ortalaması $191,39 \pm 82,55$ mg/dL, Kan basıncı sistolik/diastolik ortalaması ($129,88 \pm 16,31/78,08 \pm 14,39$) ve beden kütle indeksi ortalaması da $29,38 \pm 5,65$ kg/m² değerlerinde bulunmuştur. Arslan (2011) çalışmasında tedaviye uyumu iyi olan kişilerin HbA1C ortalamaları 8,60, tedaviye uyumu iyi olmayan kişilerin HbA1C ortalamaları ise 9,20'dir. Açlık plazma glikozu ortalama 205 mg/dL, HDL ortalama 39 mg/dL, LDL ortalama 98 mg/dL total kolestrol ortalama 169 mg/dL değerlerinde olduğu belirtilmiştir.

5.5. Diyabet Aile Destek Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması

Çalışmamızda Hensarling'in diyabet aile destek Ölçeği toplam puan bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadınların Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı erkeklere göre anlamlı derecede düşüktür. Aynı zamanda alt boyutları olan teşvik ve paylaşımcı destek puanları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır. Çalışmamızdan elde edilen bulgular doğrultusunda cinsiyetler açısından erkeklerin kadınlara göre daha çok aile desteği aldıkları görülmektedir. Akın (2011)'in çalışmasında Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puan bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Kadın cinsiyetle erkek cinsiyetin ailelerindeki diyabetli bireye destek verme düzeylerinin hemen hemen aynı olduğu görülmektedir; fakat ölçek alt boyut puan ortalamaları cinsiyete göre incelendiğinde ise kadın cinsiyetin empatik destek alt boyut ve kolaylaştırıcı destek alt boyut puan ortalamaları erkek cinsiyete göre anlamlı derecede yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Baykal (2013)'in çalışmasındaki sonuçta cinsiyetler arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çıtıl (2009)'in çalışmasında diyabetli bireylerin %41.20'si diyabet konusunda ailelerinden destek aldığı olup, aile desteği yönünden cinsiyet farkı olmadığı bildirilmiştir. Sofulu (2015) çalışmasında; cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Tip 2 diyabetli bireylerin aile desteği puan ortalamaları; kadın hastalarda 13,44, erkek hastalarda 12,15 olarak bulunmuştur. Cinsiyetler açısından diyabet aile desteği bakımından çalışmamız ile diğer çalışmalar arasında benzerlik bulunmadığı saptanmıştır. Bunun nedeni çalışmaların örneklem büyüklüklerinin ve gerçekleştirildikleri yerlerin sosyo kültürel yapısının farklı olması olabilir.

Çalışmamızda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puan bakımından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmama ile birlikte ($p>0,05$) Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı 45 yaş ve altında en yüksek olduğu ve çalışma katılım bakımından homojen dağıldığı belirtilmiştir. Akın (2011)'in çalışmasında Diyabetlilerin ölçek toplama puan ortalamalarının ve ölçek alt boyut puan ortalamalarının yaş ile arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır. Diyabetli bireylerin yaş ortalamaları arttıkça ölçek toplam puan ortalamalarının kısmen azaldığı görülmüştür. Çalışmalardan çıkan sonuçlara bakıldığında yaş arttıkça kişilerin aile bireylerinin sayılarının azalması, kronik hastalıklarla baş etmenin zorlaşması ve yaşa bağlı olarak bireylerin diğer bireylerle iletişimin zayıflaması, yaşlandıkça anksiyetesinin artması gibi nedenlerle ile aile desteğinin azaldığı düşünülebilir.

Çalışmamızda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puan bakımından eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ($p>0,05$) okuryazar olmayanların Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı üniversite mezunu olanlara göre daha düşüktür. Bireylerin eğitim düzeyi düştükçe hastalıklarının ciddiyetinin farkına varamadıkları ve bu sebeple ailelerine gereksinimlerinin azalması ya da aileleri ile aralarındaki iletişimin güçlüğünden diyabetli bireylere aile desteğinin azaldığını söyleyebiliriz. Ancak Sofulu (2015)'nin çalışmasında Tip 2 diyabetli bireylerin Aile desteği puan ortalamaları; okuryazar olmayanların 14,77, ilköğretim mezunu olanların 13,50 lise ve üniversite mezunu olanların 11,95 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark saptanmıştır.

Çalışmamızda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puan bakımından aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ($p>0,05$) geliri giderlerinden fazla olanların Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçek puanları en yüksektir. Akın (2011)'in çalışmasında; Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçek toplam puan bakımından diyabetli bireylerde ekonomik durumunu “iyi” diye ifade edenlerin ölçek toplam puan ortalamaları ekonomik durumunu “orta derecede iyi” diye ifade edenlere göre anlamlı derece yüksek bulunmuştur ($p=0,012$). Mayberry ve Osborn (2012)'nin araştırmasında geliri iyi olanların aile desteği daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışmamız diğer çalışmalarla benzer olarak istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamasına rağmen gelir düzeyi iyileştikçe aile desteğinin arttığı görülmektedir. Bunun nedeni olarak bireylerin gelir düzeyi iyileştikçe aile bireylerinin hasta bireyin tedavisi için gerekli olan maddi desteği karşılayabildiği düşünülebilir.

Çalışmamızda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puan bakımından yaşanan yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ($p>0,05$); köyde yaşayanların ilçede ve ilde yaşayanlara göre Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği puanları en yüksektir. Çalışmamızın sonucuna bakıldığında köyde yaşayan diyabetli bireylerin kalabalık aileleri ile aralarında iletişimin daha güçlü olduğu söylenebilir. Bu sonucun, bireyler şehir hayatından uzaklaştıkça aynı zamanda teknolojiden, şehrin yorucu ve gürültülü

şartlarından uzaklaşmakta ve dolayısıyla birbirlerine daha fazla zaman ayırabildiklerinden dolayı olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puan bakımından aile tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ($p>0,05$) geniş aileye sahip olanlarda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği puanları en yüksektir. Aile bireylerinin sayısı arttıkça birbirlerine olan desteğinin arttığı söylenebilir.

5.6. Diyabet Aile Destek Ölçeği Puanlarının Hastalığa İlişkin Değişkenler

Çalışmamızda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı açısından hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hastalık süresi 15-19 yıl arasında olanların Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği alt puanları olan empatik destek, teşvik, kolaylaştırıcı ve paylaşımcı destek puanları bakımından hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hastalık süresi 15-19 arasında olanların empatik, teşvik, kolaylaştırıcı ve paylaşımcı destek puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızın sonucuna göre 15-19 yıl hastalık süresi olanların her konuda aile desteğinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre hastalık süresinin artmasıyla ailedeki bireylerin diyabet hastasına daha çok destek verildiği görülmüştür. Akın (2011)'ın çalışmasında diyabet tanısının konulduğu süreye göre ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması sonucu tanı süresi 0-3 yıl olanlar ile 4-7 yıl olanların Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanlarının ortalaması tanı süresi 8-11 yıl olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu, 12 yıl ve üzeri süredir tanı olanların ölçek toplam puan ortalaması, süre tanıları 0-3 yıl, 4-7 yıl ve 8-11 yıl olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu ($p=0,000$); ayrıca olguların diyabet tanısını alma sürelerine göre Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, empatik destek, kolaylaştırıcı ve paylaşımcı destek alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür Sofulu (2015) çalışmasında ise Tip 2 diyabetli bireylerin faktör 1 (aile desteği) puan ortalamaları; diyabet hastalık süresi "10 yıldan

az” olanların 13,05, diyabet hastalık süresi “10 yıl ve üzeri” olanların 12,99 olarak bulunmuştur. Yapılan analizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda Hensarling’in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı bakımından komplikasyon olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Komplikasyon olmayanların Hensarling’in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı komplikasyon olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Ayrıca empatik destek puanı ve paylaşımcı destek puanı bakımından komplikasyon olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Komplikasyon olmayanların empatik destek ve paylaşımcı destek puanı komplikasyon olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Akın (2011)’in çalışmasında ise araştırmaya katılan 107 olgunun diyabete bağlı komplikasyon yaşama durumlarına göre Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında komplikasyon yaşayanların ölçek toplam puan ortalamaları, komplikasyon yaşamayanların ölçek toplam puan ortalamaları ile aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak empatik ve kolaylaştırıcı alt boyut puan ortalamasında çalışmamızın aksine komplikasyon yaşamayanların komplikasyon yaşayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdan çıkan sonuca göre komplikasyon yaşayan bireylere aileleri daha fazla empati kurarak ve paylaşımcı bir yaklaşım sergileyerek diyabetlilerin hastalıklarıyla daha fazla ilgilendiği, aile bireyleri olarak onları hastalıkları ve tedavilerine uymaları konularında daha fazla destekledikleri düşünülebilir. Ancak Akın (2011) çalışmasında çalışmamızın aksine bireylerin sosyal çevrelerinde destek görmesi hastalığa uyumu ve hastalığa bağlı komplikasyonların gelişmemesine katkı sağlamakta olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızdan çıkan sonuca göre Hensarling’in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve sigara kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

5.7. Tedaviye Uyum, Aile Desteği İlişkisi

Çalışmamızda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği Toplam Puanı bakımından Tıbbi beslenme tedavisini (TBT) düzenli uygulama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Tıbbi beslenme tedavisini hiç uygulamayanların Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı düzenli uygulayanlara ve arada (düzensiz) uygulayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Empatik, teşvik ve kolaylaştırıcı destek alt boyut puanları bakımından da aynı sonuç çıkmıştır. Akın (2011)'in çalışmasında diyet listesi olup ve uygulayabilenlerin uygulayamayanlara göre ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca; Empatik, teşvik ve paylaşımcı destek alt boyut puanları için de aynı sonuç çıkmıştır. Wen ve ark. (2004)'nın yapmış olduğu araştırmada; yaşlı diyabetli bireylerde aile desteğinin tıbbi beslenme üzerinde etkili olduğunu tespit etmiştir ve aile desteği olan diyabetli bireylerin beslenmelerine (diyete) daha dikkat ettikleri sonucuna varmıştır. Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puan ve ile tıbbi beslenme tedavisi karşılaştırılması bakımından bizim çalışmamız ile Akın (2011)'in çalışması benzerlik göstermektedir. Sonuç olarak çalışmalara bakıldığında yiyebileceği gıdaları hazır bulundurmaları, diyetini uygulaması konularında teşvik edici ve yaşamlarını kolaylaştırıcı davranışlar göstermeleri diyabetli bireylere ailelerin desteğinin fazla olduğu sonucu çıktığı söylenebilir.

Çalışmamızda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği Hensarling'in toplam puan bakımından düzenli egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çalışmamızda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanları bakımından tedavinin sürekli olduğunu bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Tedavinin sürekli olduğundan emin olmayanların Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı tedavinin sürekli olduğunu bilenlere göre anlamlı derecede düşüktür. Empatik ve teşvik puanları bakımından da tedavinin sürekli olduğunu bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Çalışmamızdaki sonuca göre aile bireylerinin diyabetli bireyleri destekleyerek hastalıklarının önemini anlamalarında ve tedaviye uymalarında önemli rolde oldukları söylenebilir.

Çalışmamızda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanları bakımından tedaviyi kabullenme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ($p>0,05$) diyabetli bireyler ortalama 48,40'ı tedaviyi kabullenmektedirler.

Çalışmamızda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanları bakımından kan şekeri takibini yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ($p>0,05$) diyabetli bireyler kan şekeri takibini yapmaktadır. Fakat Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği alt boyutları olan teşvik ve paylaşımcı destek puanları bakımından kan şekeri takibini yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Kan şekeri takibini yapmayanların teşvik ve paylaşımcı destek puanı kan şekeri takibini yapanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Akın (2011)'in çalışmasında da Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması sonucu düzenli kan şekeri kontrolü yapanların ölçek toplam puan ortalamaları yapmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmalardan çıkan sonuçlara bakıldığında ailelerin diyabetli bireyleri kan glukozunu ölçmeleri konusunda destekledikleri söylenebilir.

Çalışmamızda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanları bakımından diyabet hastası olması nedeniyle ayak bakımına dikkat etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Diyabet hastası olması nedeniyle ayak bakımına dikkat etmeyenlerin Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı dikkat edenlere göre anlamlı derecede düşüktür. Alt boyutları olan empatik, teşvik ve kolaylaştırıcı destek Puanları bakımından da aynı durum söz konusudur. Çalışmamızdan çıkan sonuca göre ailelerin diyabetli bireyleri ayak bakımına dikkat etmeleri konusunda uyardıkları ve ayak bakımı konusunda yardımcı oldukları görülmüştür.

Çalışmamızda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanları bakımından daha önce diyabete ilişkin eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Daha önce diyabete ilişkin eğitim almayanların Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı eğitim alanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Çalışmamızda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği alt boyutları olan empatik, teşvik, kolaylaştırıcı ve paylaşımcı destek puanları

bakımından daha önce diyabete ilişkin eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Akın (2011)'in çalışmasında da Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanlarının diyabet eğitimi alma durumuna göre karşılaştırıldığında evet diyenlerin ölçek toplam puan ortalamalarının hayır diyenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,000$) Çalışmalardan çıkan sonuca göre diyabet eğitimi almış bireylerin ve ailelerinin bu konuda farkındalık düzeyinin fazla olduğu bu yüzden ailelerinin diyabetli bireyleri hastalıkları hakkında daha bilinçli hareket etmeleri konusunda destekledikleri düşünülebilir.

Çalışmamızda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanları bakımından diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği almayanların Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı aile desteği alanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği alt boyutları olan empatik, teşvik, kolaylaştırıcı ve paylaşımcı destek puanları bakımından puanları bakımından diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Çalışmamızın sonucuna göre aile desteği alan bireylerin diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili uygulamalarda daha başarılı oldukları söylenebilir.

5.8. Diyabet Aile Destek Ölçeği Puanlarının Metabolik Sonuç Kriterleri İle Karşılaştırılması

Çalışmamızda HbA1c değerleri ile Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,201$). HbA1c değerleri arttıkça Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı da artmaktadır. Yine aynı şekilde Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği alt boyutları da bu durumu desteklemektedir. Ailelerin, diyabetli bireylerin HbA1c değerlerini normal değerlerde olabilmesi için bireyleri daha çok desteklediği söylenebilir. Baykal (2013)'in çalışmasından çıkan sonuca göre ise Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanları bakımından anlamlı bir ilişki olmamakla birlikte HbA1c değeriyle empatik destek düzeyinde negatif yönde anlamlılık olduğu ($p<0,05$) ve araştırmaya katılan bireylerin empatik destek

düzeyleri arttıkça HbA1c değerleri azaldığı belirtilmiştir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğinin (2013) yayınladığı kılavuzda HbA1c ideal değeri ise $\leq 6,5$ olarak belirtilmiştir. Bu doğrultuda çalışmamızda araştırmaya katılan bireylerin glisemi kontrolünün sağlanamadığı görülmektedir.

Çalışmamızda beden kütle indeksi değerleri ile Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,141$). Beden kütle indeksi değerleri arttıkça Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı azalmaktadır. Beden kütle indeksi değerleri ile teşvik ve kolaylaştırıcı destek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlü olup beden kütle indeksi değerleri arttıkça teşvik ve kolaylaştırıcı destek puanı azalmaktadır. Akın (2011)'in çalışmasında beden kütle indeksine (BKI) göre Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puan karşılaştırılmasında normal kiloluların ölçek toplam puanlarının ortalaması $80,87 \pm 10,46$, hafif şişmanların ölçek toplam puanlarının ortalaması $72,37 \pm 20,72$ olup BKI gruplarının ölçek toplam puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,212$). Baykal (2013)'in çalışmasından çıkan sonuçta ise Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı beden kütle indeksine göre anlamlılık göstermediği ($p>0,05$), beden kütle indeksi normal sınırlarda olanların kolaylaştırıcı destek puanlarının daha yüksek olduğu ancak anlamlılık belirlenmediği ($p=0,06$) ifade edilmiştir. Sonuçlarımız, diğer çalışmaların sonuçlarından farklılık göstermektedir. (Akın, 2011; Baykal, 2013). Bunun nedeni çalışmaların örneklem büyüklüğü ve dahil edilme kriterlerinin farklı olması olabilir.

5.9. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması

Çalışmamızda Yaşam Kalitesi toplam puanı bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte ($p>0,05$) kadınların yaşam kalitesi puanı daha yüksektir. Gökpınar (2015)'in çalışmasında da, erkeklerin yaşam kalitesinin, kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde konuyla ilgili yapılan çalışmalarda ise genelde cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine etkisi olduğu görülmekte ve yapılan birçok çalışmada Tip 2 diyabetli kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğu görülmektedir (Bayram, 2010, Taşkaya, 2014;

Akbudak, 2011; Bayraktar, 2008; Redekop ve ark., 2002; Güzel, 2014; Özdemir ve ark., 2011; Güven, 2007; Yılmaz, 2014; Luk ve ark., 2014; Sepúlveda ve ark., 2015).

Çalışmamızda Yaşam Kalitesi toplam puanı bakımından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). 66 yaş ve üzerinde olanların Yaşam Kalitesi toplam puanı 45 yaş ve altında, 46-55 yaş arasında ve 56-65 yaş arasında olanlara göre; 56-65 yaş arasında olanların Yaşam Kalitesi toplam puanı ise 45 yaş ve altında ve 46-55 yaş arasında olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Alt boyut puanları da aynı sonucu vermektedir. Kısacası 56-65 yaş ve 66 yaş üstü hasta bireylerin yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Birçok çalışmada da yaş ilerledikçe yaşam kalitesi düşmektedir. (Gökpinar, 2015; Akbudak, 2011; Redekop ve ark., 2002; Papadopoulos ve ark., 2007; Akın, 2013; Yılmaz, 2014; Çıtıl ve ark., 2010b; Luk ve ark., 2014). Yaş ilerledikçe komplikasyonların artışı, eşin vefatı, ölüm korkusu, yalnızlık, fiziksel kayıplar gibi birçok faktör yaşam kalitesinin azalmasındaki etkenler olarak sayılabilir.

Çalışmamızda Yaşam Kalitesi toplam puanı bakımından eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Okuryazar olmayanların Yaşam Kalitesi toplam puanı ilköğretim, ortaöğretim, üniversite ve lise/önlisans mezunu olanlara göre; Okuryazar olanların Yaşam Kalitesi toplam puanı üniversite ve lise/önlisans mezunu olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Bu durum alt boyutları içinde aynı sonucu vermektedir. Gökpinar (2015)'in çalışmasında ise Tip 2 diyabetli bireylerde eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmakta ve grubun eğitim durumu yükseldikçe yaşam kalitesi azalmaktadır. Ayrıca yapılan bazı çalışmalarında bizim çalışmamızla aynı sonucu verdiği, eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı görülmektedir (Bilgin ve ark., 2015; Akın, 2013; Yılmaz, 2014; Güven, 2007). Eğitim durumu ilerledikçe ekonomik durumun düzelmesi ya da eğitim seviyesinin artması sebebiyle yaşam kalitesinin de artabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda Yaşam Kalitesi puanı bakımından aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Geliri giderinden az olanların Yaşam Kalitesi puanı geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanlara göre; Geliri giderine eşit olanların yaşam kalitesi puanı ise geliri giderinden fazla olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Alt boyutları açısından da sonuç aynıdır.

Birçok çalışmada da yaşam kalitesi ile ekonomik durum arasında ilişki olduğu, gelir seviyesi azaldıkça yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmiştir (Çıtıl, 2009; Rubin ve Peyrot, 1999; Gönen ve ark., 2007). Sonuç olarak ekonomik durumun düzelmesi diyabetin tedavisi ve bakımındaki masrafları karşılamada daha fazla imkanlara sahip olması sebebiyle diyabetin seyrini değiştirebileceği ve böylelikle yaşam kalitesinin de artabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda Yaşam Kalitesi toplam puanı bakımından yaşanan yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Köyde ve ilçede yaşayanların Yaşam Kalitesi toplam puanı şehirde yaşayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları olan sosyal ve ekonomik, sağlık ve fonksiyonel, fizyolojik ve manevi durum ve aile durumu puanlarına baktığımızda da yaşanan yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Bayrak Özarslan (2013)'ın diyabetik koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada yaşanan yer ile SF-36 arasındaki ilişki incelenmiş fiziksel sağlık, fiziksel rol gücü, fiziksel fonksiyon özeti, ağrı, mental sağlık ve mental sağlık özeti için en yüksek puanları il grubunda yer aldığını görülmüştür. Sonuç olarak şehirde yaşayanların genellikle ekonomik güçlerinin, eğitim düzeylerinin daha yüksek olabilmesi ya da bireylerin hastalıkları ile baş edebilmek için sağlık hizmetlerinden yararlanmalarına olanak sağlayacak daha fazla imkan sağlanabilmesinden dolayı yaşam kalitesinin arttığı söylenebilir. Gökpınar (2015)'ın çalışmasında ise çalışmamızın aksine köyde yaşayanların toplam yaşam kalitesi puanı, şehirde yaşayanlara göre daha yüksektir.

Çalışmamızda Yaşam Kalitesi toplam puanı bakımından aile tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Geniş ailesi olanların Yaşam Kalitesi toplam puanı çekirdek ailesi olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları olan sosyal ve ekonomik, sağlık ve fonksiyonel ve fizyolojik ve manevi durum puanlarına baktığımızda da tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Literatürde dağılmış ailelerin hemen hemen tüm yaşam kalitesi boyutlarında en düşük puan aldıkları, çekirdek aileye sahip olanların ve geleneksel geniş aileye sahip olanların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Çıtıl, 2009). Bizim çalışmamızda ise aile birey sayısı arttıkça ekonomik gücün zayıflaması bu yüzden geçim sıkıntısı

yaşaması ve dolayısıyla, tedavi masraflarını karşılamada zorluk çekilmesi ve aile bireyleri arasında iletişim güçlüğü gibi nedenlerle yaşam kalitesinin azalabileceği sonucuna varılabilir. Ancak genelde aile birliğinin boşanma, ölüm, ayrı yerlerde yaşama gibi nedenlerle dağılmasına ve bu yüzden hasta bireylerin yalnız kalmaktadır. Yalnız yaşamanın da diyabetli bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği de söylenebilir.

5.10. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Hastalığa İlişkin Değişkenler İle Karşılaştırılması

Çalışmamızda Yaşam Kalitesi toplam puanı bakımından hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Hastalık süresi 20'yılın üzerinde olanların Yaşam kalitesi toplam puanı hastalık süresi 5 yıldan küçük, 5-9 yıl arasında ve 10-14 yıl arasında olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Ayrıca Sağlık ve fonksiyonel bakım ve aile durumu alt boyut puanları içinde aynı durum geçerlidir. Yıllar geçtikçe hastalığın seyri değişip kötüleşebileceğinden ve dolayısıyla yaşam kalitesinin de azalabileceği düşünülebilir. Özdemir ve ark. (2011)'nin çalışmasında, hastalık süresi uzadıkça yaşam kalitesi düzeyinin düştüğü görülmüştür. Güven (2007)'in çalışmasında diyabet ile geçirilen yaşam süresi uzadıkça yaşam kalitesinin tüm alt başlıklarında skorların düştüğü, yani hastalık ile geçirilen sürenin uzaması halinde yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmiştir. Çıtıl ve ark. (2010b)'nin araştırmasında hastalık süresi uzadıkça yine yaşam kalitesi düştüğü görülmüştür. Bayram (2010)'ın çalışmasında diyabetli bireylerin diyabet süresine göre global yaşam kalitesi ve sağlık ve fonksiyonel durum ile fizyolojik ve manevi durum alt bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Diyabet süresi arttıkça Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının düştüğü gözlenmektedir Sepúlveda ve ark. (2015); araştırmasında da diyabet süresi arttıkça Yaşam Kalitesinin düştüğü tespit edilmiştir. Redekop ve ark. (2002) ise hastalık süresinin yaşam kalitesini etkilemediğini bildirmişler ve bu sonuç hastalık süresi daha uzun olanların, diyabetin gerektirdiklerine uyum gösterdikleri, böylece hastalığın günlük yaşamı daha az etkilediği ve sonuçta yaşam kalitesinin fazla etkilenmediği şeklinde yorumlamışlardır

Çalışmamızda Yaşam Kalitesi toplam puanı bakımından başka kronik hastalık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Başka kronik hastalığı olanların Yaşam Kalitesi toplam puanı başka kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Yaşam kalitesi Ölçeğinin alt boyutları olan sosyal ve ekonomik, sağlık ve fonksiyonel, fizyolojik ve manevi durum ve aile durumu puanlarına baktığımızda da başka kronik hastalık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Redekop ve ark. (2002) tarafından Hollanda'da yapılan çalışmada da, başka kronik hastalık varlığının yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. Papadopoulos ve ark. (2007) çalışmada da başka bir kronik hastalığın varlığı yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir. Başka hastalıkların da ilave olması hasta bireylerin hastalıklarıyla mücadelesini güçleştirmekte ve dolayısıyla bireylerin yaşam kalitesinde azalma olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda Yaşam Kalitesi toplam puanı bakımından komplikasyon olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Komplikasyon olanların Yaşam Kalitesi toplam puanı komplikasyon olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutu olan sağlık ve fonksiyonel puanı bakımından da komplikasyon olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Komplikasyon olanların sağlık ve fonksiyonel puanı komplikasyon olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Benzer bir çok çalışmada da komplikasyonların varlığı ile yaşam kalitesini düşüğü görülmüştür (Gökpınar, 2015; Bilgin ve ark., 2015; Güven, 2007; Özdemir ve ark., 2011; Eren ve ark., 2004; Redekop ve ark., 2002; Bahar ve ark., 2006; Luk ve ark., 2014; Sepúlveda ve ark., 2015). Sonuç olarak hastalığın ortak sonucu olan kan şekeri yüksekliği (hiperglisemi) kontrol altına alınamazsa zaman içinde diyabetin kronik komplikasyonları olarak kabul edilen retinopati, nefropati, periferik ve otonom nöropati gibi mikrovasküler düzeydeki problemlerden kaynaklanan sorunlara yol açar. Diyabetin varlığı, ayrıca diyabete özgü olmayan koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve periferik damar hastalıkları gibi makrovasküler sorunların daha erken yaşlarda ortaya çıkmasına ve daha kötü seyretmesine de neden olabilmektedir. Böylece diyabet hastalarının yaşam kalitesini azalttığı gibi yaşam süresini de kısalmasına neden olabilmektedir (Arslan, 2011).

Çalışmamızda Yaşam kalitesi toplam puanı bakımından sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). Sigara içmeyenlerin yaşam kalitesi puanı sigara içenlere göre anlamlı derecede düşüktür. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları olan sağlık ve fonksiyonel ve Fizyolojik ve manevi durumu puanları ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). Gökpinar (2015)'in çalışmasında da sigara kullanan bireylerin yaşam kaliteleri kullanmayan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Güven (2007)'nin çalışmasında ise sigara kullanımının yaşam kalitesi üzerine etkisi değerlendirildiğinde sigara kullanımı ile yaşam kalitesi arasında hiçbir istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir. Sigara bağımlılık yapıcı bir madde olması ve zararları nedeniyle günümüzde insan sağlığını tehdit edici en önemli unsurlardan biridir. Yalnızca bir sağlık sorunu değil aynı zamanda ekonomik ve sosyal bir sorundur. Bununla birlikte, sigara bağımlılık yapıcı bir madde olduğundan, kullanıldığında psikolojik olarak kişinin rahatlamasına ve kendini iyi hissetmesine neden olmakta, bu durum yaşam kalitesinin artmasına neden olmaktadır. Ancak, sigara kullanım süresi uzadıkça sigaraya bağlı gelişen ilava sağlık problemleri nedeni ile yaşam kalitesinin ciddi oranda azalabileceği unutulmamalıdır.

5.11. Yaşam Kalitesi, Tedaviye Uyum İlişkisi

Çalışmamızda Yaşam Kalitesi toplam puanları bakımından düzenli egzersiz yapanların ve kan şekeri takibini yapanların durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Düzenli egzersiz yapmayanların ve kan şekeri takibini yapmayanların Yaşam Kalitesi toplam puanı düzenli egzersiz yapanlara ve bazen egzersiz yapanlara ve kan şekeri takibini yapanlara göre anlamlı derecede düşük olmaktadır. Ünlüsoy (2009)'un çalışmasında kan şekerini izleyen olguların "WHO-5 İyilik Hali/Yaşam Kalitesi Ölçeği" toplam puanı kan şekerini izlemeyen olgulara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Redekop ve ark. (2002), yaptıkları çalışmalarında yüksek kan glikoz düzeyi olan diyabetli bireylerin düşük yaşam kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmalardan çıkan sonuçlara göre kan glukozunun normal olmasının diyabetli bireylerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda tedaviye uyum sağlama ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olmamakla birlikte ($p>0,05$) tedaviye uyum sağlayanların yaşam kalitesi daha

yüksektir. Çıtıl (2009)'ın çalışmasında diyabetli bireylerin tedaviye uyumuna göre yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında, tedaviye uyum durumunun genel sağlık ve genel ruh sağlığı boyutları dışında tüm boyutlarda yaşam kalitesine etkisinin önemli olmadığı saptanmıştır. Pereira ve ark. (2011)'nin yaptığı bir çalışmada da tedaviye uyumu yüksek olan hastaların yaşam kalitelerinin de daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonucu diğer çalışmalarla benzerlik göstermiş olup diyabette tedaviye uyumun yaşam kalitesini arttırdığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda tıbbi beslenme ile Yaşam Kalitesi toplam puanı arasında anlamlı ilişki olmamakla birlikte ($p>0,05$) hastaların tıbbi beslenmelerine dikkat edenlerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca düzenli egzersiz yapma durumu ile Yaşam Kalitesi toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Düzenli ve bazen egzersiz yapanların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gökpınar (2015)'in çalışmasında diyabet tedavisinde sadece diyet ve egzersiz yapan hastaların yaşam kaliteleri diğer tedavi gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Redekop ve ark. (2002)'nin araştırmasında tıbbi beslenmesine dikkat edenlerin daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda ilaçlarınızı düzenli ve önerilen şekilde kullanma ile Yaşam Kalitesi toplam puanı arasında anlamlı ilişki olmamakla birlikte ($p>0,05$) ilaçlarının düzenli kullananların kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Mayberry ve Osborn (2012) çalışmalarında; ilaçlarını düzenli kullananların yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir. Çıtıl (2009)'ın çalışmasında diyabetli hastaların düzenli ilaç kullanılmasının yaşam kalitesine etkisinin önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Badur (2009)'un çalışmasında yaşam kalitesi ile ilaç tedavisine uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamızda diyabet eğitimi alma ve Yaşam Kalitesi toplam puanı arasında anlamlı ilişki olmamakla birlikte ($p>0,05$) hastaların diyabet eğitimi alan kısmı almayanlara göre biraz daha fazladır. Hasta eğitimi diyabet gibi uzun süreli bir hastalık için öncelikli bir hedeftir. Diyabet eğitim programının amacı metabolik kontrolü düzeltmek, akut ve kronik komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmektir (Çıtıl, 2009).

Çalışmamızda diyabet tedavi ve bakımında aile desteği alanlar ile Yaşam Kalitesi toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olmamakla birlikte ($p>0,05$) diyabet tedavi ve bakımında aile desteği alanlar kısmı almayanlara göre biraz daha fazladır. Diyabetli hastaların tedavisinin başarılı olabilmesi için aile bireylerinin tedavi planına adapte olmaları ve hastanın eğitimi için yapılan aktivitelere katılmaları gerekir. Aileleri destek vermediği ya da anlayış göstermediğinde hastaların tedaviye uyumu da güçleşmektedir. Diyabetli bireylerin beslenme, egzersiz alışkanlıkları ve stres düzeyini etkileyecek değişiklikler yapması bekleniyorsa, bu ancak aile bireylerinin de işbirliği ile sağlanabilir (Çıtıl, 2009). Çıkan sonuçlara göre diyabet tedavisinde tıbbi beslenmesine, ilaç tedavisine, egzersizine, kan şekere dikkat edenlerin ayrıca, diyabet eğitimi, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alanların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu sonucuna varılabilir.

5.12. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Metabolik Sonuç Kriterleri İle Karşılaştırılması

Çalışmamızda HbA1c ile Yaşam Kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte HbA1c değeri arttıkça yaşam kalitesi toplam puanı çok düşük derecede azalmaktadır. $r=(-0,016)$. Güven (2007) çalışmasında; diyabetik hastalarda metabolik kontrolün en güvenilir yöntemi sayılan HbA1c ile yaşam kalitesinin karşılaştırıldığında, yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt başlık skorlarında HbA1c değeri yükseldikçe, düşme olduğu görülmüş ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Bayram (2010)'ın çalışmasında da diyabetli bireylerin HbA1c düzeylerine göre yaşam kalitesi global puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamış olup ($p>0,05$), HbA1c düzeyi \geq %7 bireylerin yaşam kalitesi alt bileşenleri ve global puan ortalamaları düşük saptanmıştır. Literatürde HbA1c seviyesi ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Eren ve ark., 2004; Gönen ve ark., 2007). Sonuçlarımız, diğer çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bunun nedeni çalışmaların örneklem büyüklüklerinin farklı olması olabilir.

Çalışmamızda kan basıncı değerleri ile yaşam kalitesi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,184$).

Kan Basıncı değerleri arttıķça yaşam kalitesi puanı azalmaktadır. Kan basıncı ve yaşam kalitesi tüm alt boyut puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Kan Basıncı değerleri arttıķça yaşam kalitesi tüm alt boyut puanları puanı azalmaktadır. Martın ve ark. (2006) alışmalarında kan basıncı, bazı SF-36 boyutları arasında negatif korelasyon olduğu; hipertansiyonun, daha kötü yasaam kalitesi ile birlikte olduğu belirtilmektedir. Hasta bireylerin kan basıncı yükseldikçe ikinci bir hastalık olan hipertansiyon olma olasılığı arttığından kişilerin yaşam kalitesinin de olumsuz etkilenebileceğini düşünebiliriz.

Çalışmamızda beden kütle indeksi değerleri ile Yaşam Kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,130$). Beden kütle indeksi değerleri arttıķça yaşam kalitesi puanı da artmaktadır. Beden kütle indeksi değerleri ile alt boyut olan sağlık ve fonksiyonel durum başlıkları ve puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,166$). Beden kütle indeksi değerleri arttıķça sağlık ve fonksiyonel durum başlıkları ve puanı da artmaktadır. Gökpınar (2015)'ın çalışmasında BKİ'si düşük olan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları, kilolu ve obez bireylere göre daha düşük bulunmuştur; BKİ ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Ayrıca literatürde de diyabetli bireylerle yapılan çalışmalarda BKİ'i yüksek olan dolayısıyla obez olan bireylerin, yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu da bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (Bayram, 2010; ıtıl ve ark., 2010b). Sonuçlarımız, diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

5.13.Tedaviye Uyumun Sosyo-Demografik zellikler ile Karşılaştırılması

Çalışmamızda cinsiyet ile tedaviyi kabullenme durumu ve tedavinin sürekli olduğunu bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadınların %97,09'u ve erkeklerin %88,89'u tedaviyi kabullenirken; kadınların %2,91'i ve erkeklerin %11,11'i tedaviyi kabullenmemekte; Kadınların %96,60'ı ve erkeklerin %87,04' tedavinin sürekli olduğunu bilirken; Kadınların %3,40'ı ve erkeklerin %12,96'sı tedavinin sürekli olduğundan emin değildir. Her iki cinsiyet bakımından yüksek oranla kadınların ve erkeklerin tedavilerini kabul ettikleri ve tedavinin sürekli olduğunu bildikleri görülmektedir.

Çalışmamızda; cinsiyet ile tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, diyetisyen tavsiyelerine uyma, düzenli egzersiz yapma, önerilen tedaviyi düzenli uygulama, kan şekeri takibini yapma, ilaçlarını düzenli şekilde kullanma, ayak bakımına dikkat etme ayak-bacak egzersizleri yapma, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteği almanın önemlilik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çalışmadaki hem erkeklerin hem de kadınların çoğunluğunun kan şekerini takip ettikleri, ilaçlarını düzenli kullandıkları, önerilen tedaviye uyum sağladıkları, tıbbi beslenmesini tamamen olmasa da uygulamaya çalıştıkları, diyabet eğitimi aldıkları, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği aldıkları fakat çoğunluğunun egzersiz konusunda ve ayak bakımında yetersiz oldukları, ayak-bacak egzersizi yapmadıkları görülmüştür.

Çalışmamızda yaş grupları ile tedaviyi kabullenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; tüm yaş grupları arasında genelinin tedaviyi kabullendiği görülmektedir. Ayrıca tüm yaş gruplarının çoğunun kan şekerini takip ettiği, ilaçlarını düzenli kullandığı, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteklerinin olduğu ancak beslenmeye, egzersize ve ayak bakımına çoğunluğunun uymadığı görülmektedir.

Çalışmamızda medeni durum açısından da bakıldığında da her grubun tedaviyi kabullendiği, kan şekerini kontrol ettiği, ilaçlarını düzenli kullandığı, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği aldığı ancak beslenmeye, egzersize ve ayak bakımına çoğunluğunun uymadığı görülmektedir. Çalışmamızda özellikle medeni durum ile tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Evli olanların %85,78'i, dul olanların %73,81'i, bekar olanların %66,67'si, boşanmış olanların %25'i tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alırken; evli olanların %14,22'si, dul olanların %26,19'u, bekar olanların %33,33'ü, boşanmış olanların %75'i tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği almamaktadır.

Çalışmamızda eğitim durumu ile tedaviyi kabullenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte okuryazar olmayanların %96,97'si, okuryazar olanların %100'ü, ilköğretim mezunu olanların %93,89'u, ortaöğretim mezunu olanların %100'ü, lise/önlisans mezunu olanların %100'ü, üniversite mezunu olanların %100'ü tedaviyi kabullenmektedir. Ayrıca eğitim düzeyleri arasında fark az olmakla birlikte genelinde kan şekeri kontrol ettiği, ilaçlarını düzenli kullandığı, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma durumunun olduğu görülmekte beslenmelerine ise çok fazla dikkat etmedikleri görülmektedir. Fakat egzersiz ve ayak bakımındaki dağılım farklıdır. Burada daha çok eğitim düzeyi ile değişmekte olup eğitim seviyesi arttıkça egzersiz yapan ve ayak bakımına dikkat edenlerin de sayısı artmaktadır.

Arslan (2011) çalışmasında; kapsamına alınan hastaların cinsiyet ile tedaviyi kabullenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığını belirtmiştir. Ayrıca medeni durum ve yapılan iş ile tedaviye uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Okuryazar olmayanların %56,30'unun tedaviye uyumu iyi iken, ortaöğretim ve üzeri eğitim alanların %71,20'sinin tedaviye uyumu iyi bulunmuştur ($p=,042$). Ortaöğretim ve üzeri eğitim alanların tedaviye uyumlarının okuryazar olmayanlara göre 2.5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Park ve ark. (2010)'nın Kore'de 265 diyabet hastası ile yaptığı çalışmada da cinsiyet ve medeni durum değişkenlerinin tedaviye uyum düzeyleri ile ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir. Taşkaya (2014) çalışmasında ise sosyo-demografik özelliklerden eğitimin tedavi uyumunun anlamlı şekilde etkilendiği belirtilmiştir, ancak cinsiyet, medeni durum ve gelirin diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyleri üzerinde etkili olmadığı sonucuna varılmıştır. Taha ve ark. (2011)'nin araştırmasında diyabetli bireylerin %43,70'i tedaviye uyduğu ayrıca okur yazarların %47,50'i, okur yazar olmayanlarında %40,50'si tedaviye uyumludur. Yalçın Taşkın (2006)'ın çalışmasında ise kadın hastaların tedaviye uyumunun daha iyi olduğu görülmüştür Badur (2009)'un çalışmasında ilaç uyum puanları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ayrıca çalışmaya katılan diyabetlilerin yaş ortalaması $54,86\pm 9,74$ yıldır. Yaşın artışı ile ilaç tedavisine uyum arasındaki ilişkiye bakılmış ve yaş ile ilaç tedavisine uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Jansiraninatarajan (2013)'ın çalışmasında diyabetli erkeklerin daha fazla tedaviye uyum sağladığını belirtmiştir. Rozenfeld ve ark. (2008)'nin araştırmasında cinsiyet

ve tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sayiner (2014)'in çalışmasında da cinsiyet, yaş ve medeni durum ile tedaviye uyum arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yine tedaviye uyumun yaşla birlikte azaldığını gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (Schechtman ve ark., 2002; Walker ve ark., 2006). Sonuçlarımız, diğer çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bunun nedeni çalışmaların örneklem büyüklüklerinin, gerçekleştirildikleri yerlerin sosyo kültürel yapısının, dahil edilme kriterlerinin farklı olması ile birlikte yaşlanmaya bağlı oluşan yeti kayıplarının hastanın tedaviye uyumuna olumsuz etkisi olabilebilir.

5.14. Tedaviye Uyumun Hastalığa İlişkin Değişkenler ile Karşılaştırılması

Çalışmamızda hastalık süresi ile tedaviyi kabullenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hastalık süresi arttıkça hasta bireyler tedaviyi kabullenmektedirler. Ayrıca hastalık süresi ile kan şekeri takibini yapma, tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, düzenli egzersiz yapma, ilaçlarını düzenli şekilde kullanma, tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu durum, çalışmanın yapıldığı merkezde diyabet hemşiresinin olması nedeniyle tanı konulduğu andan itibaren hastanın diyabet eğitim programına alınmış olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda hastalık süresi ile ayak bakımına dikkat etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Hastalık süresi 5 yıldan az olanların %7,02'si, 5-9 yıl arasında olanların %18,97'si, 10-14 yıl arasında olanların %13,33'ü, 15-19 yıl arasında olanların %37,21'i, 20 yıldan fazla olanların %42,11'i ayak bakımına dikkat ederken; hastalık süresi 5 yıldan az olanların %92,98'i, 5-9 yıl arasında olanların %81,03'ü, 10-14 yıl arasında olanların %86,67'si, 15-19 yıl arasında olanların %62,79'u, 20 yıldan fazla olanların %57,89'u ayak bakımına dikkat etmemektedir. Bu durum, hastaların ilk yıllarda hastalık hakkında bilgi gereksiniminin ve bilgi alma isteklerinin fazla olmasına karşın, sonraki yıllarda bu durumun azlamasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda başka bir kronik hastalık olma durumu ile tedaviyi kabullenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Başka bir

kronik hastalığı olanların %98,35'i ve olmayanların %88,46'sı tedaviyi kabullenirken; başka bir kronik hastalığı olanların %1,65'i ve olmayanların %11,54'ü tedaviyi kabullenmemektedir. Bu durum, kronik bir hastalığa sahip olanların kronik hastalık tedavi ve bakım süreci konusunda izlenmesi gereken basamaklara ilişkin bilgi sahibi olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda başka bir kronik hastalık olma durumu ile ilaçlarını düzenli şekilde kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Başka bir kronik hastalığı olanların %97,25'i ve olmayanların %87,18'i ilaçlarını düzenli şekilde kullanırken; Başka bir kronik hastalığı olanların %2,75'i ve olmayanların %12,82'si ilaçlarını düzenli şekilde olmasa da arada kullanmaktadır. Bu durum, kronik bir hastalığa sahip olanların kronik hastalık bakım süreci konusunda izlenmesi gereken basamaklara ilişkin bilgi sahibi olması, kronik hastalığı olmayanların ise bir an önce iyileşme çabasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda başka bir kronik hastalık olma durumu ile kan şekeri takibini yapma, tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, egzersiz yapma, ayak bakımına dikkat etme ve tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma durumu arasında durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çalışmamızda komplikasyon varlığı ile tedaviyi kabullenme durumu, kan şekeri takibini yapma, tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, düzenli egzersiz yapma durumu, ilaçlarını düzenli şekilde kullanma ayak bakımına dikkat etme ve tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Arslan (2011)'in çalışmasında hastalık süresi 19 yılın üzerinde olan Tip 2 DM' lu hastaların %71,80'inin tedaviye uyumu iyi iken, hastalık süresi 5 yıldan daha az olan Tip 2 DM'lu hastaların %46,60'sının tedaviye uyumu iyi bulunmuştur ($p=,014$). Kan şekeri düzeyini bilmeyenlerin %53.20'sinin tedaviye uyumu iyi iken, kan şekeri düzeyini bilenlerin %72.10'un tedaviye uyumu iyidir ($p=,002$). Komplikasyon olmayanların %52.70'inin tedaviye uyumu iyi iken, komplikasyon olanların %63.80'inin tedaviye uyumu iyidir ($p=,028$). Teklay ve ark. (2013) tarafından Güney Etiyopya'daki Tip 2 diyabetlilerle yapılan araştırmada komplikasyonları olan hastaların tedaviye uyumsuzluğunun daha yüksek düzeyde

olduğu tespit edilmiştir. Taşkaya (2014)'nın çalışmasındaki analizlerde, klinik değişkenlerden tedavinin şeklinin ve diyabetin süresinin, komorbidite (ek hastalık) ve komplikasyon durumu ile tedaviye uyum arasında anlamlı etkisinin görülmediği ($p>0,05$) bulunmuştur. Bezie ve ark. (2006)'nın Fransa'da gerçekleştirdikleri çalışmada ise, hastalığın süresi arttıkça tedaviye uyumun azaldığı komplikasyonun tedaviye uyumu etkilediği, ancak komplikasyon sayısı daha az hastalarda tedaviye uyumlarının daha kötü olduğu sonucunu tespit etmişlerdir. Badur (2009)'un çalışmasında diyabetin kronik komplikasyonlarının olması durumunda ilaç uyumunda fark olup olmadığına bakılmış ve komplikasyonu olan bireylerle olmayan bireylerin ilaç tedavisine uyumu arasında anlamlı bir fark görülemediği ($p>0,05$). Sayiner (2014)'in çalışmasında hastalığın süresi ile tedaviye uyum arasında ilişki saptanmıştır ($p<0,038$). 1-5 yıl arasında hastalık süresi olan hastalarda tedaviye uyum en yüksek saptanır iken özellikle 10 yıldan daha fazla süredir hastalık hikayesi olan hastalarda bu skor daha düşük bulunmuştur.

5.15. Tedaviye Uyumun Metabolik Sonuç Kriterleri İle Karşılaştırılması

Çalışmamızda diyabetli bireylerin HbA1c değerleri bakımından tedavinin sürekli olduğunu bilme ve düzenli egzersiz yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Tedavinin sürekli olduğunu bilenlerin HbA1c değeri tedavinin sürekli olduğundan emin olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Bazen egzersiz yapanların HbA1c değeri düzenli egzersiz yapmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Tedavisinin sürekli olduğunu bilen ve bu yüzden tedavisine dikkat eden ayrıca egzersiz konusunda da hasta bireylerin tamamen olmasa da dikkat etmeleri ile HbA1c düzeyinin düştüğü görülmektedir. Ancak HbA1c değerleri bakımından tedaviyi kabullenme, diyetisyen tavsiyelerine uyma, kan şekerini takip etme, ilaçlarını düzenli ve önerilen şekilde kullanma, ayak bakımına dikkat etme, diyabete ilişkin eğitim alma, diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışmamızda diyabetli bireylerin LDL değerleri bakımından düzenli egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Düzenli egzersiz yapmayanların LDL değeri düzenli egzersiz yapanlara göre anlamlı

derecede düşüktür. Ancak LDL değerleri bakımından tedavisinin sürekli olduğunu bilme, tedaviyi kabullenme, tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama, diyetisyen tavsiyelerine uyma, kan şekerini takip etme, ilaçlarını düzenli ve önerilen şekilde kullanma, ayak bakımına dikkat etme, diyabete ilişkin eğitim alma, diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışmamızda diyabetli bireylerin BKİ değerleri bakımından tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulama ve diyetisyen tavsiyelerine uyum durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p<0,05$). Tıbbi beslenme tedavisini düzenli uygulayanların ve arada (düzensiz) uygulayanların BKİ değeri hiç uygulamayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Diyetisyen tavsiyelerine tamamen ve çoğunlukla uyanların BKİ değeri hiçbir zaman uymayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Çalışmamızdan çıkan sonuca göre tıbbi beslenmesine dikkat eden ve diyetisyen tavsiyelerine uyan bireylerin BKİ'sinin düşük olduğu, obez bireyler olmadığı görülmektedir. Ancak BKİ değerleri bakımından tedavisinin sürekli olduğunu bilme, tedaviyi kabullenme, kan şekerini takip etme, ilaçlarını düzenli ve önerilen şekilde kullanma, ayak bakımına dikkat etme, diyabete ilişkin eğitim alma, diyabet tedavi ve bakımınız ile ilgili aile desteği alma ve diyabet tedavi ve bakımında aile desteğinin önemli olma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Badur (2009)'un çalışmasında çalışmaya katılan diyabetlilerin ilaç tedavisine uyumu arttıkça HbA1c, AKŞ ve LDL kolesterolünün ileri derecede anlamlı olarak düştüğü belirlenmiştir. Arslan (2011)'in 344 hasta üzerinde yaptığı çalışmada da tedaviye uyumu iyi olan kişilerin HbA1C ortalamaları 8,60, tedaviye uyumu iyi olmayan kişilerin HbA1C ortalamaları ise 9,20'dir. Grupların ortalamaları arasında da fark bulunamamıştır ($p=,079$); tedaviye uyumu iyi olan kişiler ile açlık plazma glikozu ($p=,031$), LDL ($p=,037$) ve total kolesterol ($p=,021$) değerleri açısından grupların ortalamaları arasında fark olduğu; hastaların %54,60'nının total kolesterol değeri normal sınırlarda bulunduğu ($n=362$) ve araştırmaya katılan hastaların BKİ ile tedaviye uyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, hastaların %80,00' nin BKİ 25 kg/m^2 nin üzerinde olduğu belirtilmiştir.

5.16. Yaşam Kalitesi, Aile Desteği İlişkisi

Çalışmamıza göre Aile Durumu puanı ile Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan empatik, teşvik, kolaylaştırıcı ve paylaşımcı destek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı için bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,234$). Aile durumu puanı arttıkça Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı da artmaktadır. Empatik Destek puanı için bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,243$). Aile durumu puanı arttıkça empatik destek puanı da artmaktadır. Teşvik puanı için bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,175$). Aile durumu puanı arttıkça teşvik puanı da artmaktadır. Kolaylaştırıcı Destek puanı için Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,252$). Aile durumu puanı arttıkça kolaylaştırıcı destek puanı da artmaktadır. Paylaşımcı Destek puanı için bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,237$). Aile durumu puanı arttıkça paylaşımcı destek puanı da artmaktadır.

Çalışmamızın sonucuna göre diyabetli bireylerin Yaşam Kalitesi alt boyut puanı olan aile durumu puanı arttıkça Aile Desteği Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları artmaktadır. Ailenin sağlığı, mutluluğu, alınan manevi destek ile ilgili olan aile durumunun aile desteği ile ilişkili olduğu görülmüş olduğundan aile desteğinin yaşam kalitesini etkilediğini söyleyebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Balıkesir Devlet Hastanesi Dahiliye ve Endokrinoloji Servislerinde yatan, Dahiliye ve Endokrin Poliklinikleri, Diyabet ve Obezite Eğitim Birimi'ne başvuran 260 hasta ile yürütülen Tip 2 Diyabetes Mellituslu hastaların Aile Desteği ile Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum arasındaki ilişkinin incelenmesinin araştırıldığı çalışmada ulaşılan sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

Çalışmaya katılanların %20,77'si erkek ve %79,23'ü kadınlardan oluşmaktadır. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması ise 60,58 olup katılanların çoğunluğu 56-65 yaş ve 66 yaş ve üzeri grubu oluşturmaktadır. Çalışmada evli olanlar %81,15 ile oldukça yüksek bir orana sahiptir. Eğitim durumlarına bakıldığında ilköğretim mezunu olma oranı diğer eğitim gruplarına göre ilk sırada yer almaktadır. Çalışmada yer alanların mesleki durumları incelendiğinde kadınların çoğunun ev hanımı olduğu ve sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir. Görüşülen kişilerin kiminle birlikte yaşadıkları ve aile tipi yapıları incelendiğinde çoğunun eşi ile yaşadığı ve geniş aileye sahip olduğu görülmüştür.

Tip 2 diyabetli bireylerin çoğunun kronik komplikasyonu olduğu ve DM dışı hastalıklar içerisinde hipertansiyonun en yüksek orana sahip olduğu görülmüştür. Hastaların genelinde sigara ve alkol tüketmediği ayrıca 3 ayda bir düzenli olarak kontrole gittiği görülmüş olup kontrole gitmeyenlerin ise hastalıklarını takip edememe ya da kontrole gitmeyi unutma gibi nedenlerle gitmediği belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların çoğunluğunun tedaviyi düzenli uyguladıkları ve tedaviyi kabullendikleri, tedaviyi kabul etmeyenlerin tamamının ise hastalığa alışamadıklarından dolayı tedaviyi kabullenemediği görülmüştür. Çalışmaya katılanların kan şekeri takibini yaptığı ancak tıbbi beslenme tedavisi (TBT) uygulamasının zor olduğu için TBT'ne uymadıklarını; halsizlikten, hastalıktan, yaşlılıktan ve köyde yaşadıklarından dolayı egzersize uymadıklarını belirtmişlerdir. Bireylerin çoğunluğu ilaçları düzenli kullandıkları yanıtını vermişlerdir. Çalışmaya

katılan diyabetli bireyler diyabet tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgilerinin orta derecede olduğunu ve çoğunluğu ayak bakımını yapamadıklarını ifade etmişlerdir.

Daha önce diyabete ilişkin eğitim sorusuna aldım yanıtı verenlerin oranının %88,08 olduğu görülmekte ve bu bireyler eğitimlerinin öncelikle hemşireler tarafından verildiğini ifade etmişlerdir.

Diyabette tedavi bakımınızla ilgili aile desteğiniz var mı ve aile desteği önemli mi sorusuna evet yanıtı verenlerin çoğunlukta olduğu ve aile desteğinin genellikle eşleri tarafından verildiği görülmüştür. Ayrıca aile desteğinin önemli olduğunu belirtenlerin çoğunluğunun ilaçlarına ve tedavilerine uymaları konusunda ailelerinden destek aldıklarını ifade etmişlerdir.

Diyabetli bireyler tarafından diyabet bakımınız için ailenizin size olan desteğini 0 ile 10 arasında puanlandırınız sorusuna verilen cevap ortalaması ise 5,15 çıkmıştır.

Diyabetli bireylerin HbA1c ortalaması 8,57; Total kolesterol değeri 206,55 mg/dL; LDL değeri 107,16 mg/dL; HDL değeri 52,53 mg/dL; Trigliserid değeri 191,39 mg/dL; kan basıncı 130,59 mm/Hg; boy 161,05 cm; kilo 77,39 kg; BKİ 29,38'dir.

Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçek puanları yüksek hastaların, uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği'nin sosyo-demografik özelliklerle karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık olarak kadın cinsiyetinin aile desteğinin düşük olduğu sonucu çıkmıştır. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği'nin hastalığa ilişkin verilerle karşılaştırıldığında, komplikasyonu olan diyabetli bireylerin aileleri tarafından desteklendiği sonucu çıkmıştır. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği'nin metabolik kriterleri ile karşılaştırılmalarında HbA1c 'nin arttıkça aile desteğinin arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda diyabetli bireylerde yaşam kalitesi puanı sosyo-demografik özelliklerle karşılaştırıldığında yaşam kalitesini olumsuz etkileyen etkenlerin erkek cinsiyeti, yalnızlık, yaşlılık, kötü ekonomi ve eğitim seviyesinin düşük olması olarak görülmüştür. Kadın cinsiyeti ve evli olmak, genç olmak ve ekonomik durumunun

güçlü olması, eğitim seviyesinin yüksek olması gibi özelliklere sahip bireylerde yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Diyabetli bireylerde yaşam kalitesini hastalığa ilişkin verilerle kıyaslandığında yaşam kalitesini olumsuz etkileyen etkenler ise uzun diyabet süresi, komplikasyon ve başka bir kronik hastalığın bulunmasıdır.

Yaşam kalitesinin metabolik kriterleri ile karşılaştırılmasında ise kan basıncının yükselmesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir. Ayrıca istatistiksel anlamlılık olmasa da HbA1c'nin yükselmesinin de yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir.

Diyabet hastalarının tedaviye uyumları istenen düzeydedir. Diyabetli bireylerin sosyo-demografik özellikleri, hastalığa ilişkin verileri ve metabolik kriterleri ile bazı tedaviye uyum kriterleri karşılaştırıldığında diyabetli bireylerin çoğunluğunun istatistiksel anlamlılık olanlar ve olmayanlar dahil tedaviyi kabullendiği kan şekerini kontrol ettiği, ilaçlarını düzenli kullandığı ve tedavi ve bakım ile ilgili aile desteği aldığı fakat büyük bir kısmının tıbbi beslenmesine (diyetine), egzersizine ve ayak bakımına dikkat etmedikleri görülmektedir.

Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçek Puanları ile tedaviye uyum kriterleri karşılaştırıldığında ise aile desteğinin tedaviye uyum ile ilgili kriterleri arasındaki ilişkinin diyabetli bireylerin tedavilerine tüm özellikleriyle uyması ya da ailelerinin onları desteklemesiyle birlikte artmakta ya da azalmakta olduğu görülmektedir.

Çalışma sonuçlarımıza göre; diyabetli bireylerin Yaşam Kalitesi alt boyut puanı olan aile durumu puanı arttıkça Aile Desteği Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları artmaktadır. Ailenin sağlığı, mutluluğu, alınan manevi destek ile ilgili olan aile durumunun aile desteği ile ilişkili olduğu görülmüş olduğundan aile desteğinin yaşam kalitesini etkilemektedir. Diyabetli bireylerin yaşam kalitesinin artmasında ve tedaviye uyumlarında aile desteğinin etkili olduğu görülmektedir.

6.2. Öneriler

Diyabetli bireylerin yaşam kalitesinin artmasında ve tedaviye uyumlarında aile desteğinin etkili olduğu görülmüştür

Bu doğrultusunda ailelerin diyabetli bireyleri diyabet tedavisinin tüm yönleriyle (diyet, egzersiz, ilaç, şeker takibi, ayak bakımı, eğitim vs.) desteklemeleri, yaşamları boyunca onların tedavilerine aktif katılmaları gerekmektedir.

Diyabetli bireylerinin çoğunluğunun eğitim düzeyinin oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu yüzden ailelerinin de bu eğitimlere dahil edilmesi ve hastalara ve ailelerine verilecek her türlü bilgilendirme, eğitim, danışmanlık gibi hizmetlerin kişilerin eğitim düzeyleri göz önünde bulundurularak verilmesinin daha faydalı olacağı düşüncesindeyiz.

Tıbbi beslenme tedavisinde, ailelerin diyetisyen tavsiyelerine uygun gıdaları hazırlamaları, diyabetli bireylerin tıbbi beslenme tedavisine uyum sağlamalarında daha etkili olabilir.

Hasta ve ailesine verilen eğitimler hastalığa bağlı olası komplikasyonların önlemekte ya da oluşan komplikasyonun tedavisinde etkili olmakta ayrıca hastanın yaşam kalitesinde de etkili olmaktadır. Bu yüzden sağlık profesyonelleri hasta ve ailesiyle işbirliği içinde olmalıdır.

Sürekli bir ilaca bağımlı olmaları, komplikasyon ya da ek hastalıklar mücadele etmek durumunda kalmaları ayrıca unutkanlık, yaşlılık, bilgisizlik, yoğunluk gibi nedenler diyabetli bireyleri zorlamaktadır. Bu yüzden hasta bireylerin tedavi ve bakım sürecinde ailelerine daha çok ihtiyaç duydukları ve onlardan destek almak istedikleri görülmektedir.

Tüm bu süreçte sağlık ekibinin özellikle diyabet hemşireleri diyabetin farkındalığının artırılmasında da büyük sorumluluk almaları gerekmektedir.

Ayrıca diyabetli bireylerde aile desteğinin, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin incelenmesine yönelik çalışmalarının artırılması ve tespit edilen sorunlara yönelik olarak çözüm önerileri geliştirilmesi önerilebilir

KAYNAKLAR

Aba N, Tel H. Diabetes Mellituslu hastalarda depresyon ve özbakım gücü. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2012; 1:18-23.

Acar AE. Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri ve Yaşam Doyumları Üzerine Etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2011.

Acemoğlu H, Ertem M, Bahçeci M, Tuzcu A. Tip 2 Diyabetes Mellituslu hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri. *The Eurasian Journal of Medicine - EAJM*, 2006, 38:89-95.

Açan S. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Açlık Plazma Homosistein Düzeyi ile Diyabetik Ayak Ülserleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2009.

Açar KG. Diyabetik Ayakta Tedavi Yaklaşımları ve Wagner Sınıflamasının Tedaviyi Yönlendirmedeki Rolü. T.C. Sağlık Bakanlığı, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cerrahi Kliniği Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2006.

Akbudak P. Tip 2 Diyabetli Hastalarda, Beslenme Durumu ve Bazı Biyokimyasal Bulgular ile Diyabet Yaşam Kalitesi arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2011.

Akgüç N. Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi 2013.

Akın Aİ. Tip 2 Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi, Hastalık Algısı, Stresle Başa Çıkma ve Depresyon. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2013.

Akın S. Diyabetli Hastalarda Uyumun ve Aile Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2011.

Akpınar D. Diyabet Eğitiminin Hastaların Sağlık İnancına, Bilgi Düzeyine ve Diyabet Yönetimine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2012.

Aldemir K, Yalın H, Olgun N. Diyabetik nöropati ağrısı olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2014, 6(1):69-75.

Alkan S. Tip 2 Diabetes Mellitus'ta Birinci Derece Akrabalarda Diyabet Öyküsünün Diyabet Başlangıç Yaşına Etkisi. T.C.Sağlık Bakanlığı, Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.

American Diabetes Association. Peripheral Arterial Disease in People with Diabetes. *Diabetes Care*, 2003, 26(12):3333-3341.

American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 2010 33(1):562-569.

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2012. *Diabetes Care*, 2012, 35(1):11-63.

Arda Dağdelen Z. Aydın Merkezde Diyabet Bilinci: Diyabetle İlgili Bilgi Düzeyi ve İlişkili Faktörler. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2012.

Arda Sürücü H. Diyabet özyönetim eğitimi, grup temelli eğitim ve bireysel eğitim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi - DEUHYO ED*, 2014, 7(1):46-51.

Arslan E. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörler. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Diyarbakır: Dicle Üniversitesi, 2011.

Arslan H. Diyabet ve Gebelik. Diyabet Hemşireliği Derneği.
http://www.tdhd.org/dhd_kitap/09blm.pdf. 10 Eylül 2016.

Atasoy A, Atay A, Ahbab S, Hanedar M, Yenigün M. Diyabetik nefropati'ye genel bir bakış. *The Medical Bulletin of Haseki - Haseki Tıp Bülteni*, 2015, 53:16-19.

Avcı E, Çakır E. Diyabetes mellitusun mikrovasküler komplikasyonu: Diyabetik nefropati. *Selçuk Tıp Derg*, 2014, 30(1):15-18.

Aydoğan A. Hemşirelerin Diyabet ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Tespiti. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2005.

Aydoğan Ü, Akbulut H, Doğaner YÇ. Diyabetik Ayak. *TAF Prev Med Bull*, 2010, 9(4):375-382.

Ayvaz G, Kan E. Tip 2 Diabetes mellitus tedavisinde oral antidiyabetik ilaçlar, Tip 2 Diabetes mellitus tedavisi. *MİSED, Türk Eczacılar Birliği, Meslek İçi Sürekli Eğitim Derg*, 2010, 23-24:8-13.

Azal Ö. Gestasyonel Diabetes mellitusun etiyopatogenezi. *Türkiye Klinikleri J Endokrin - Special Topics*, 2010, 3(1):6-13.

Badur F. Diyabetli Yaşlılarda İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2009.

Bağrıaçık S, Tavşanlı NG. Diyabetik ayak rehabilitasyonu ve hemşirenin sorumlulukları. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2013, 5(1):10-18.

Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, Anatolian J Psychiatry*, 2006, 7:18-26.

Bahçecik N. Diyabet ve Akut Durumlar. Diyabet Hemşireliği Derneği.
http://www.Tdhd.Org/Dhd_Kitap/11blm.Pdf. 9.Eylül 2016.

Baş M. Tip 2 Diabetik Kadınlarda Tiroid Fonksiyon Testleri ve Tiroid Ultrasonografisi. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Dahiliye. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.

Baykal D. Tip 2 Diyabetik Hastaların Glisemi Kontrolünde Aile Etkisinin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2013.

Baykal A, Kapucu S. Tip 2 Diyabetes mMellituslu hastaların tedavilerine uyumlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2015: 44–58.

Bayrak G, Çolak R. Diyabet tedavisinde hasta eğitimi. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi – J Exp Clin Med*, 2012, 29:7-11.

Bayraktar G. Tip 2 Diyabetes Mellitus Tanısı Konmuş Bireylerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2008.

Bayram D. Tip II Diyabetli Hastalarda Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2010.

Bayrak Özarslan B. Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.

Bezie Y, Molina M, Hernandez N, Batista R, Niang S, Huet D. Therapeutic compliance: A prospective analysis of various factors involved in the adherence Rate in Type 2 Diabetes. *Diabetes & Metabolism*, 2006, 32(6):611-616.

Bhadada SK, Sahay RK, Jyotsna VP, Agrawal JK. Diabetic neuropathy: Current concepts. *J Indian Acad Clin Med*, 2001, 2:305-318.

Bilgin MS, Özenç S, Sarı O, Yeşilkaya Ş, Aydoğan Ü, Koç B. Study on quality of life in patients with diabetes. *J Clin Anal Med (JCAM)*, 2015, 6(Suppl 2):159-163.

Bliss M. The eclipse and rehabilitation of JJR Macleod, Scotland's insulin laureate. *J R Coll Physicians Edinb*, 2013, 43(4):366-373.

Boulton AJM, Vınık AI, Arezzo JC, Bril V, Feldman EL, Freeman R, Malik RA, Maser RE, Sosenko JM, Ziegler D. Diabetic neuropathies. *Diabetes Care*, 2005, 28(4):956-962.

Bozoğlan O. Diyabetes mellitus ve periferik arter hastalığı. *KSU Tıp Fak Derg*, 2015, 10(2):64-67.

Buzlu. Diyabetin Psikososyal Yönü. Diyabet Hemşireliği Derneği.
http://www.tdhd.org/dhd_kitap/17blm.pdf. 04 Kasım 2016.

Cebeci Z, Akarçay K. Diyabetik Retinopati. *Klinik Gelişim*, 2012, 25:16-19.

Cefalu WT. Standards of Medical care in Diabetes - 2015. *Diabetes Care*, 2015, 39:1-93.

Cefalu WT. Standards of Medical care in Diabetes - 2016. *Diabetes Care*, 2016, 39:1-112.

Clinical Practice Guidelines. DIABETIC NEPHROPATHY. July 2004.
<http://www.moh.gov.my/penerbitan/CPG2017/3938.pdf>. 12 Eylül 2016.

Codario RA. *Tip 2 Diyabet, Pre-Diyabet ve Metabolik Sendrom, Birinci Basamak Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. Çeviri: Karşıdağ K, Sağlam H. Totowa, Humana Press Inc., 2005:133-151.

Coşansu Kuzu G. *Tip 2 Diyabetlilerde Özbakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilişsel- Sosyal Faktörler*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2009.

Coşkunsu Uluslu Ş. *Diyabetik Ayak Komplikasyonu Olan ve Olmayan Diyabet Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, 2015.

Çakır N. *Diyabetes Mellitus, Regülasyonu ve İzlem*. http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mse2-ppt-pdf/4_nuri_cakir_word.pdf. 11.Eylül 2016.

Çapoğlu İ, Yenidünya MO, Ünüvar N. *Diabetik ayağın değerlendirilmesi*. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2001, 33:39-42.

Çetinkaya M, Köksal N, Sağlam H, Tarım Ö. *Neonatal hipoglisemili olgularımızın değerlendirilmesi*. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2006, 32(3):87-91.

Çınar S, Kara K, *Diyabetli kadınlarda diyabet bakım profili ve metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*, *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2010, 2(2):11-19.

Çınarsoy M. *Amerikan Diyabet Birliği 2005 Yılı Önerileri*. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi-STED*, 2005,14 (3):4-7.<http://www.ttb.org.tr/STED/sted0305/amerikan.pdf>. 10 Eylül 2016.

Çıtıl R. *Diyabetik Hastalarda Tıbbi ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi*. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2009.

Çıtıl R, Öztürk Y, Günay O. Kayseri il merkezinde bir sağlık ocağına başvuran diyabetik hastalarda metabolik kontrol durumu ve eşlik eden faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*, 2010a, 32(2):111-122.

Çıtıl R, Günay O, Elmalı F, Öztürk Y. Diyabetik hastalarda tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*, 2010b, 32(4):253-264.

Çorakçı A. Diabetes Mellitus Komplikasyonlarının Tedavisi. İçinde: Erdoğan G. (editör). *Koloğlu Endokrinoloji Temel ve Klinik*, 2. Baskı, Ankara, MN Medikal & Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., 2005:450-485.

Damcı T. Diyabetik Hastalarda Hipoglisemi. İçinde: *İç Hastalıklarında Aciller*. Sempozyum Dizisi, İstanbul, 2010, 292-296.

Demir Y, Demir S, Gökçe Ç. Diyabetik ayak: Fiziopatolojisi, tanısı ve rekonstrüksiyon öncesi tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Tıp Dergisi The Medical J Kocatepe*, 2004, 5:1-12.

Demir T, Akıncı B, Yeşil S. Diyabetik ayak ülserlerinin tanı ve tedavisi. *DEÜ Tıp Fakültesi Derg*, 2007, 21(1):63-70.

Demir E. Diyabetik Hastaların Diyabet ve Diyabetik Ayak Yararı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. İstanbul Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2014.

Demirtaş A, Akbayrak N. Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu hastaların, hastalıklarına uyum ve kabullenme kriterlerinin belirlenmesi. *Anatol J Clin Investig*, 2009, 3(1):10-18.

Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: Tedaviye uyum programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi – J Psychiatric Nursing*, 2015, 6(1):40-46.

Diabetic Retinopathy What You Should Know, U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health, National Eye Institute.
<https://drive.google.com/file/d/0B-gjceW-eE23QzlmNzN6bF9ZRFE/view>, 10 Eylül 2016.

Diabetes Research & Wellness Foundation. What is diabetes. <https://drive.google.com/file/d/0B-gjceW-eE23MzZVd0p5dHROU0E/view>, 10 Eylül 2016.

Dilek F. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2008.

Dinççağ N. Diabetes mellitus tanı ve tedavisinde güncel durum. *İç Hastalıkları Dergisi*, 2011, 18:181-223.

Doğan D. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Eğitim Düzeyi İle Diyabet Başlangıç Yaşı, Vücut Kütle İndeksi, HbA1c Düzeyi ve Mikroanjiopatik Komplikasyonların Karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.

Durna Z. Diyabetin Sınıflandırılması ve Tanı Kriterleri. Diyabet Hemşireliği Derneği. http://www.tdhd.org/dhd_kitap/02blm.pdf. 10 Eylül 2016.

Eren İ, Erdi Ö, Çivi İ. Tip II Diabetes mellitus hastalarında yaşam kalitesi ve komplikasyonların yaşam kalitesine etkisi. *Klinik Psikiyatri*, 2004, 7:85-94.

Erkoç A, Yürügen B, Tan M, Altan E, Malazgirtli İ. Huzurevi sakini diyabetlilerin ayak bakımı davranışları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi/ Gümüşhane University J Health Sciences*: 2015, 4(2):194-203.

Eroğlu M, Barışık V. Birinci basamakta Diyabetes mellitusa yaklaşım. Derleme. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2012, 54-61.

Erol Ö. İnsülin Kullanan Diyabetlilerde Hipoglisemi Korkusu ve Öz-Etkililik. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2009.

Ersoy F, Yılmaz M, Edirne T. Diyabetes Mellitusta Hasta Eğitimi ve İzlemi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi-STED*, 2001, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0301/2.html>. 04 Kasım 2016.

Feldt-Rasmussen B. Screening and diagnosis of diabetic nephropathy. *Diabetes Voice*, 2003, 48:12-14.

Fowler MJ. Microvascular and macrovascular complications of diabetes. *Clin Diabetes*, 2008, 26:77-82.

Giunti S, Barit D, Cooper ME. Mechanisms of diabetic nephropathy: Role of hypertension. *Hypertension*, 2006; 48(4):519-526.

Goldenberg R, Punthakee Z. Definition, classification and diagnosis of diabetes, prediabetes and metabolic syndrome. *Can J Diabetes*, 2013, 37:8-11.

Gökçek İ. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Efor Testi ile MPV Arasındaki İlişkinin Diyabetin Diğer Parametreleri ile Beraber Değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.

Gökdoğan F, Akıncı F. Bolu'da yaşayan diyabetlilerin sağlık ve hastalıklarını algılamaları ile uygulamaları. *C.Ü. Hemşirelik YO Derg*, 2001, 5(1):10-17.

Gökpınar E. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Uyku ve Yaşam Kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2015.

Gönen S, Güngör K, Çilli AS, Kamış Ü, Akpınar Z, Kısakol G, Dikbaş O, Türk S, Hidayetoğlu T, Akça A, Kılınç AC, Kaya A. Comprehensive analysis of health

related quality of life in patients with diabetes: A study from Konya, Turkey. *Turk Jem*, 2007, 11:81–88.

Gören Atalay N, Kızıltan G. Diyabetik nefropatide tıbbi beslenme tedavisi. *Beslenme ve Diyet Derg*, 2014, 42(2):160-167.

Gül K, Diyabetes mellitus: Sınıflama, tanı ve tarama testlerine genel bakış. *KSU Tıp Derg*, 2015, 10(2):12-16.

Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür Ş. Diyabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Derg*, 2001, 12(2):89-98.

Gülşen G, Olgun N. Diyabetli hastalarda ayak bakımı ve ayakkabı kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. *Uuslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Derg*, 2014, 1(2):38-58.

Gündoğan Zallak NÜ. İnsülinin keşfinin 80.yıldönümü nedeni ile diyabet hastalığı ve insülinin keşfinin tarihi: Bir Nobel Ödülünün Öyküsü. 181 sf., Başkent Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2002, sf. 19, 26.

Gündoğdu AS, Özgil Yetkin D, Yalın S. Tip 2 Diyabetin Komplikasyonlarının Önlenmesi ve Tedavisi. İçinde: *Diabet Esasları*, Gündoğdu AS. (Çeviri editörü), O'Keefe JH, Bell DSH, Wyne KL, Haffner SM. (eds). 1. Baskı, İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., 2006:6-78.

Güven T. Diyabetes Mellitus'lu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Etkisinin Araştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.

Güzel S. Beslenme ve Diyetetik Programı Tip 2 Diyabetli Bireylerin Yeme Tutum ve Davranışları ile Yaşam Kalite Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2014.

Hensarling J.S. Development and Psychometric Testing of Hensarling's Diabetes Family Support Scale. College of Nursing, Texas: Texas Woman's University, 2009.

Hepke KL, Martus MT, Share DA. Costs and utilization associated with pharmaceutical adherence in a diabetic. *Am J Manag Care*, 2004, 10(2):144-151.

Herriman E, Cerretani J. Patient non-adherence -- pervasiveness, drivers, and interventions. *IC Science Corp*, 2007, 2(4):1-6.

Işık A. Diabetik Hastalarda Kullanılan Tedavi Yönteminin Kişilik Özellikleri ve Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2004.

İlkova H. Diabetes Mellitus Tanı, Epidemiyoloji ve Sınıflandırma. İçinde: Altıparmak MR, Hamuryudan V, Sonsuz A, Yazıcı H (eds). *Cerrahpaşa İç Hastalıkları*. 2. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2012:1373-1377.

Jansiraninatarajan Mrs. Diabetic compliance: A qualitative study from the patient's perspective in developing countries. *IORS J Nursing and Health Sci (IORS-JNHS)*, 2013, 1(4):29-38.

Kaçtı Ertaş P, Tip 1 Diyabetli Hastalarda Hipoglisemi Korkusunun İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, 2016.

Kanatlı U. Diyabetik ayak enfeksiyonları. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği - TOTBİD Derg*, 2011, 10(4):296-305.

Kar Ö. Tip 1 ve Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarında Antikardiyolipin Antikor Seviyesi ve Karotis İntima Media Kalınlığının Karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.

Kara K, Çınar S. Diyabet bakım profili ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki. *Kafkas J Med Sci*, 2011;1(2):57–63.

Karaca Sivrikaya S. Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarına Verilen Planlı Eğitimin Hastaların Tutumlarına, İyilik Hallerine ve Metabolik Kontrol Değişkenlerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2006.

Karadağ E, Karatay G, Parlar Kılıç S. Türkiye'nin doğusunda Tip 2 diyabetlilerde sosyal destek ve öz yeterliğin özbakım aktivitelerine etkisi. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2014, 6(1):1-11.

Karagöz S. *Diyabet ve Hemşirelik*. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 1997:15-16.

Karakurt P, Hacıhasanoğlu Arılar R, Yıldırım A. Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2013, 14(1):1–9.

Karamahmut S. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Kişilik Yapısının Glisemik Kontrole Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2009.

Karşıdağ K. Diabetin Kronik Komplikasyonları. İçinde: *İç Hastalıkları*. Büyüköztürk K. (editör), 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 2007:551-559.

Kartal A. Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına ve Diyabet Yönetimine Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2006.

Kartal A, Çağırğan MG, Tıgılı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008, 7(3):223-230.

Kavaklı B, Sargın M, Gümüş M. Diabetes mellitus'un akut metabolik komplikasyonları - II: Hiperglisemik hiperozmolar non-ketotik koma. *Kartal Eğitim ve Araştırma Klinikleri*, 1998, 9(1-4):714-717.

Kaya Çelebi B. Beta-Talasemi Major Hastalarında Psikiyatrik Komorbidite Sıklığı ve Psikiyatrik Bozuklukların Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.

Kayacan Ç. Kronik Hastalıklarda Hastalık Algısının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2012.

Kılıç M. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Etkililik Düzeyleri ve Sağlık Kontrol Odağı İle İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi, 2016.

Kızıltan G. Akut ve Kronik Komplikasyonlarda Beslenme. Türk Diyabet Vakfı ve Türk Diyabet Cemiyeti, Türk Diyabet Yıllığı 2015-2016, 2016:75-85.

Kiadaliri AA, Najafi B, Mirmalek-Sani M. Quality of life in people with diabetes: A systematic review of studies in Iran. *J Diabetes & Metabolic Disorders*, 2013, 12:1-10.

Koltarla S. Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.

Köseoğlu Ö. Tip 2 Diyabetik Bireylerde Beslenme Eğitiminin Diyabet Durumu ve Beslenme Alışkanlıklarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2015.

Kutlu Ç. Diyabetik Nefropatisi Olan Hastalarda Proteinüri Seviyeleri ile Karotis İntima Media Kalınlıkları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.

Kuzeyli Yıldırım Y. Fadiloğlu Ç. Diyaliz hastalarında progresif gevşeme yöntemlerinin kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniv Hemşirelik YO Derg*, 2005, 21(1): 33-45.

Küçük A. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Farklı Öğünlerde Tüketilen Protein Kaynaklı Besin ve Sebze Tüketiminin Kan Şekeri Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2013.

Küçük M. Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kaliteleri, Hasta Özellikleri ve Hemşirelik Hizmetleri ile İlgili Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2008.

Luk AOY, Zhang Y, Ko GTC, Brown N, Ozaki R, Tong PCY, Ma RCW, Tsang CC, Cheung Y, Kong APS, Chow CC, Chung H, Lau M, Cheung M, Wong R, Wolthers T, Lyubomirsky G, So W-Y, Chan JCN, On behalf of the joint Asia Diabetes Evaluation (JADE) Hong Kong Study Group. Health-related quality of life in Chinese patients with Type 2 diabetes: An analysis of the Joint Asia Diabetes Evaluation (JADE) Program. *J Diabetes & Metab*, 2014, 5(2):1-7.

Malek M. Tip 2 Diyabetli Hastalara Verilen Beslenme Eğitiminin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıkları Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi (Beslenme Bilimleri) Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2010.

Martin JM, Escudero JC, Blanco FS, Casado JB, Ares JLC. Diabetes mellitus Tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: Resultados del estudio hortega. *Anales De Medicina Interna*, 2006, 23(8):357-360.

Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence and glycemetic control among adults with Type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 2012, 35:1239-1245.

Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F, Kars Fertell T, Çelik Z. Diyabet eğitim programının diyabetik hastaların tutumları üzerine etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2010, 5(13):95-105.

Nabuurs-Franssen MH, Huijberts MSP, Kruseman ACN, Willems J, Schaper NC. Health-related quality of life of diabetic foot ulcer patients and their care givers. *Diabetologia*, 2005, 48:1906-1910.

Oksel E, Şişman FN. Diabetes Mellitus'lu hastaların kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri. *Ege Üniv Hemşirelik YO Derg*, 2009, 25(3):27-36.

Olgun N. Diyabet (Tip 2) ve Bakım. *İçinde: Kronik Hastalıklar ve Bakım*. Durna Z. (editör), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 2012, 291-329.

Olgun N. Hipoglisemi ve Hiperglisemi. Diyabet Hemşireliği Derneği
http://www.tdhd.org/dhd_kitap/10blm.pdf. 10 Eylül 2016.

Olgun N, Eti Aslan F, Çoşansu G, Çelik S. Diabetes Mellitus. *İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Karadakovan A., Eti Aslan F. (eds), 3. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama LTD.Şti., 2014:769-806.

Olgun N, Yalın H, Demir HG. Diyabetle mücadelede diyabet risklerinin belirlenmesi ve tanılama. *The J Turkish Family Physician*, 1998, 2(2):41-49.

Olgun N, Ulupınar S. Hasta Güçlendirme ve Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi.
http://www.tdhd.org/web_arsivi/diyabetli_bireyin_guclendirilmesi.pdf. 09 Eylül 2016.

Onuker Başaran E. Tip 1 Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Diabetes Mellitus Baslangıç Yaşının Komplikasyon Gelişme Süresine Etkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.

Orhan B. Tip 2 Diyabetlilerde Diyabete İlişkin Bilişsel ve Sosyal Faktörlerin Metabolik Kontrole Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2012.

Oşar Z. Diyabetik Ayak. İçinde: Altıparmak MR, Hamuryudan V, Sonsuz A, Yazıcı H (eds). *Cerrahpaşa İç Hastalıkları*. 2. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2012:1425-1430.

Öktem A. Diyabet Hastalarını Bekleyen Ciddi Bir Tehlike: Diyabetik Ayak Sendromu. *MİSED, Türk Eczacılar Birliği, Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 2010, 23-24.

Özata M, Yöner A. *Endokrinoloji Metabolizma ve Diabet*. İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2006, 275-415.

Özcan Ş. İnsülin Tedavisinin Yönetimi. http://www.tdhd.org/dhd_kitap/05blm.pdf 13 Eylül 2016.

Özcan Ş. Kronik Komplikasyonlar. Diyabet Hemşireliği Derneği. http://www.Tdhd.Org/Dhd_Kitap/13blm.Pdf. 10 Eylül 2016.

Özcan Ş. Oral Antidiyabetik Tedavisinin Yönetimi, http://www.tdhd.org/dhd_kitap/06blm.pdf. 15 Eylül 2016.

Özçalık MŞ, Ateş İ, Altay M, Yılmaz N. Nadir bir ketoasidoz nedeni: Pilonidal sinüs. *Çağdaş Tıp Dergisi - J Contemporary Medicine*, 2015, 5:86-88.

Özdemir Alkanat H. Diyabetik ayak bakımı ve korunma. *Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği - TOTBİD Derg.*. 2015, 14:470-474.

Özdemir İ, Hocaoğlu Ç, Koçak M, Ersöz HÖ. Tip 2 Diyabetes mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve ruhsal belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Derg*, 2011, 24:128-138.

Özdemir İ, Hocaoğlu Ç. Tip 2 Diabetes mellitus ve yaşam kalitesi: Bir gözden geçirme. *Göztepe Tıp Derg*, 2009, 24(2):73-78.

Özdemir P. Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Diyabetik Ayak Risk Faktörlerinin Belirlenmesinde Hemşirenin Rolü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2005.

Özer Z, Efe E. Validity and reliability of the Turkish version of the ferrans and powers quality of life index diabetes version. *Saudi Med J*, 2006; 27(1): 447-449.

Öztürk S. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yaşam Kalitesi ve Desteklerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2014.

Palabıyık Yılmaz D. Diyabetik Hastaların Diyabetik Ayak ile İlgili Bilgi ve Tutumlarının Diyabetik Ayak Lezyonlarının Gelişimi Üzerine Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2011.

Papadopoulos AA, Kontodimopoulos N, Frydas A, Ikonomakis E, Niakas D. Predictors of health-related quality of life in Type II diabetic patients in Greece. *Biomed Central*, 2007, 7(186):1-9.

Park K-A, Kim J-G, Kim B-V, Kam S, Kim K-Y, Ha S-W, Hyun S-T. Factors that affect medication adherence in elderly patients with Diabetes mellitus. *Korean Diabetes J*, 2010, 34(1):55-65.

Pek H. Diyabet ve Egzersiz. http://www.tdhd.org/dhd_kitap/04blm.pdf. 12 Eylül 2016

Pek H. Diyabet ve Beslenme. Diyabet Hemşireliği Derneği.

http://www.tdhd.org/dhd_kitap/03blm.pdf. 11 Eylül 2016.

Pereira G, Almeida AC, Rocha L, Leandro E. Predictors of adherence, metabolic control and quality of life in adolescents with Type 1 Diabetes. *In: Liu CP (editör.). Type 1 Diabetes – Complications, Pathogenesis and Alternative Treatments*. 1st ed., Rijeka, InTech, 2011:119-140.

Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolk RP, Rutten GHEM, Wolffenbuttel BHR, Niessen LW. Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with Type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 2002, 25(3): 458-463.

Ripsin CM, Kang H, Urban RJ. Management of blood glucose in type 2 diabetes mellitus. *American Family Physician*, 2009, 79:29-36.

Rozenfeld Y, Hunt SJ, Plauschinat C, Wong KS. Oral antidiabetic medication adherence and glycemic control in managed care. *The American J Managed Care*, 2008, 14(2):71-75.

Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*, 1999, 15(3):205-218.

Saatcioğlu Ö, Çelikel FÇ, Kutlutürk F, Cumurcu BE, Kısacık B, Yıldız S, Erim R. Disability and quality of life in patients with Type 2 Diabetes mellitus. *Anatol J Clin Investig*, 2008, 2(3):106-112.

Sadıkoglu G, Özçakır A, Uncu Y, Yıldız C. Periferik arter hastalıklarında risk faktörleri ve klinik bulgular. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg*, 2002, 28(3):77-80.

Saltoğlu N, Kılıçoğlu Ö, Baktıroğlu S, Oşar-Siva Z, Aktaş Ş, Atındaş M, Aslan C, Aslan T, Çelik S, Engin A, Eraksoy H, Ergönül Ö, Ertuğrul B, Güler S, Kadanalı A, Mülazımoğlu L, Olgun N, Öncül O, Öznur A, Satman İ, Şencan İ, Seradaroğlu İ, Tanrıöver Ö, Turhan Ö, Tuygun AK, Tüzün H, Yastı Ç, Yılmaz T. Diyabetik ayak yarası ve infeksiyonunun tanısı, tedavisi ve önlenmesi: Ulusal Uzlaşı Raporu. *KLİMİK*, 2015, 28(1):2-34.

Sanden Eriksson B. Coping with Type-2 Diabetes: The role of sense of coherence compared with active management. *J Adv Nursing*, 2000, 31(6):1393-1397.

Saraç ZF, Savaş S. Bilinç bozukluğunun metabolik nedenlerine yaklaşıım: I.Endokrin nedenler. *Ege Tıp Derg / Ege J Med*, 2012, 51:1-10.

Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz Ş, Akalın S. Tip 1 diyabet. *TEMD Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu Hasta Eğitim Kitapçıkları Serisi*, 2011, 3:1-64.

Satman İ, Ömer B, Tütüncü Y, Kalaca S, Gedik S, Dinççag N, Karsıdağ K, Genç S, Telçi A, Canbaz B, Türker F, Yılmaz T, Çakır B, Tuomilehto J. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*, 2013, 28:169–180.

Sayiner ZA. Diabetes Mellitusta Morisky Tedavi Uyum Ölçeği-8'in Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması ve hastalarda tedavi uyumunu gösteren faktörlerle ilişkisinin saptanması. Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2014.

Schectman JM, Nadkarni MM, Voss JD. The Association Between Diabetes Metabolic Control and Drug Adherence in an Indigent Population. *Diabetes Care*, 2002,25(6):1015-1021.

Sepúlveda E, Poínhos R, Constante M, Pais-Ribeiro J, Freitas P, Carvalho D. Health-related quality of life in type 1 and type 2 diabetic patients in a Portuguese Central Public Hospital. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 2015, 8:219–226.

Serhatlıoğlu S, Kazgan Baykuş E. Diyabetik nefropatide difüzyon MR bulguları. *F.Ü. Sağ Bil Tıp Derg*, 2015, 29 (1): -46.

Sezgin MS. Endokrinoloji Bölümünde Takip Edilen Diyabetik Hastaların Kan Şekeri Regülasyonu, Diyabet Komplikasyonları ve Uygulanan Tedavi Yöntemleri Açısından Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2009.

Sofulu F. Tip 2 Diyabette Aile Desteği ve Çatışma Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, 2015.

Sofulu F, Ünsal Avdal E. Tip 2 Diyabette aile desteği ve aile çatışmasının öz yönetim sürecine etkisi. *Diyabet Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Derg*, 2016,8(2):15-18.

Sönmez B, Kasım İ, Diabetes Mellitus'lu hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeyleri. *TAHUD Türk Aile Hek Derg*, 2013, 17(3):119-124.

Sözen E. Diyabetli bireylerin diyabetik ayak görülme durumuna göre ayak bakım davranışlarının incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2009.

Sümerli K. Diyabet tedavisi gören hastaların hastalık ve tedavileri hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Eczacılık Fakültesi, Bitirme Ödevi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2012.

Şahin MA, Güler A, Kadan M, Yokuşoğlu M. Lenfödemi taklit eden nöropatik osteoartropati: Charcot ayağı. *İnönü Üniv Tıp Fakültesi Derg*, 2010,17(2): 139-141.

Taha NM, El-Azeaz MA, El-Razık BGA. Factors affecting compliance of diabetic patients toward therapeutic management. *Med J Cairo Univ*, 2011, 79(1):211-218.

Tanrıverdi MH, Çelepkolu T, Aslanhan H. Diyabet ve birinci basamak sağlık hizmetleri. *JCEI / J Clin Exper Invest*, 2013, 4(4):562-567.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Diyabet Programı 2015-2020, 2014. <http://beslenme.gov.tr/content/files/diyabet/turkiyedyabetprogrami.pdf>. 12 Eylül 2016.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Diyabetli bireyler için eğitimci rehberi, 2014. <http://beslenme.gov.tr/content/files/diyabet/DiyabetliBireylerIcinEgitimciRehberi.pdf>. 12 Eylül 2016.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Diyabet ve Aile. <http://diyabet.gov.tr/index.php?lang=tr&page=114>. 10 Eylül 2016.

Tahmiscioğlu G. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Takip Edilen Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Glisemik Kontrollerinin, Lipid Profillerinin ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2008.

Taşan E. Hiperosmolar nonketotik diabet koması. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Diabetes Mellitus Sempozyumu, İstanbul, 1997, 123-129.

Taşçılar K, Kahraman N, Ağaç MT, Duygu E. Diyabetik Nefropati: Yeni Açılımlar. İçinde: Karpuz H. (Çeviri editörü). *Tip 2 Diyabet Güncel Tanı ve Tedavi*. Contemporary Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes. Hsueh WA, Moore L, Ash MB. 1. Baskı, İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., 2004, 265.

Taşkaya S. Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri ile Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2014.

Tekeşin A, Doğan B, Yağız O, Polat H. Tip 2 diyabetli hastalarda serebrovasküler hastalık ile HBA1C seviyeleri arasındaki korelasyon. *İstanbul Med J*, 2014, 15:40-42.

Tekin Yanık Y, Erol Ö. Araştırma Tip 2 diyabetli bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg*, 2016, 19(3):166-174.

Tekir Ö. Diyabetlide Yaşam Biçiminin Güçlendirilmesi için Yetki Sürecinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2011.

Teklay G, Hussien J, Tesfaye D. Nonadherence and associated factors among Type 2 diabetic patients at Jimma University Specialized Hospital, Southwest Ethiopia. *J Med Sci*, 2013, 13(7):578-584.

TEMED Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu - 2017. http://www.turkendokrin.org/files/DIYABET2017_web.pdf. 24 Şubat 2018.

Temeloğlu Keskin FE. Diabetes Mellituslu Hastalarda Testesteron Düzeyler ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri ile İlişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Dahiliye Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.

Terkeş N, Bektaş H. Diyabetes mellitus hastalarında komplikasyonları önlemeye yönelik tedavi ve hemşirelik bakım. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Derg*, 2012, 4(1):50.

Terkeş N, Bektaş H. Prediyabetli bireylerin diyabete geçişini engellemede yaşam tarzı değişiminin önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg*, 2014, 17(4):261-267.

Terzi M, Cengiz N, Onar MK. Diyabetik nöropati. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 2004, 21(1):39-49.

Tham KY, Ong JJY, Tan DKL, How KY. How much do diabetic patients know about Diabetes mellitus and its complications? *Annals Academy of Medicine*, 2004, 33(4):503-509.

The Royal College of Ophthalmologists. Diabetic Retinopathy Guidelines December 2012. file:///C:/Users/Win7/Downloads/2013-SCI-301-FINAL-DR-GUIDELINES-DEC-2012-updated-July-2013.pdf . 10 Eylül 2016.

Tonyukuk Gedik V, Çetinkalp Ş, Kabalak T, Yılmaz MT, İmamoğlu Ş. Diabetes Mellitus. İçinde: Erol Ç. (editör). *İç Hastalıkları*. 1. Baskı, Ankara, MN Medikal & Nobel Tıp, 2008:3795-3832.

Tuğrul A. Diyabetik nefropati. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg*, 2002, 19(2):113-121.

TURKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2015, <http://www.turkdiab.org/diyabet%20rehberi%20baski%202015.pdf> 15 Eylül 2016.

TURKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2017. http://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/Diyabet_tani_ve_tedavi__kitabi.pdf. 24.Şubat .2018.

Türk M. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Üriner Tip IV Kollajen ve Matriks Metalloproteinaz-9 Düzeyleri ve Diyabetik Nefropati Açısından Yararlılığı. Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2009.

Türkiye Diyabet Vakfı. Hipoglisemi. <http://www.turkdiab.org/page.aspx?u=1&s=23>. 03 Ekim 2016

Türkiye Diyabet Vakfı. Tip 2 Diyabet. <http://www.turkdiab.org/page.aspx?u=1&s=14>. 03 Ekim 2016

Türkiye Diyabet Vakfı. Gizli Şeker (Pre Diyabet). <http://www.turkdiab.org/page.aspx?u=1&s=15>. 02 Ekim 2016

Türkiye Diyabet Vakfı. Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2013.
<http://www.turkdiab.org/i/2013/DİYABET REHBERİ 2013.pdf>. 13Eylül 2016

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, Ankara, 2013.
http://www.turkendokrin.org/files/pdf/diabetes_klvz2011_web.pdf. 15.09.2016

Type 2 Diabetes. Practical Targets and Treatments. Screening Diagnosis Management Treatment Monitoring Education Prevention. Fourth edition. Asian-Pacific Type 2 Diabetes Policy Group.
http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/5384/0958073813_eng.pdf. 16 Eylül 2016.

Uğur Altun B. Poliklinikte diyabet hasta takibi. *Trakya Univ Tıp Fak Derg*, 2010, 27(1):19-25.

Uğurlu M, Üstü Y, Artantaş AB. Diabetes mellitus için birinci basamak kullanımına yönelik kanıta dayalı bir rehber çalışması. *Ankara Medical J*, 2012, 12(3):140-144.

Uludağ MO. Diyabete bağlı ikincil hastalıklar (komplikasyonlar). *MİSED, Türk Eczacılar Birliği, Meslek İçi Sürekli Eğitim Derg*, 2010, (23-24):39-44.

U.S. Department of Health and Human Services. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). Hypoglycemia. <https://tr.scribd.com/document/288592829/Hypoglycemia-508>. 10 Eylül 2016.

U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health. NIDDK. Diabetic. Neuropathies: The Nerve Damage of Diabetes.
https://www.Niddk.Nih.Gov/-/Media/Files/Diabetes/Neuropathies_508.Pdf?La. 10 Eylül 2016.

Ustaalioglu S. Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2015.

Ünal M, İbiş A. Diyabetik ketoasidoz tablosu ile gelen yeni tanı konmuş diyabetik olguda nadir bir neden: Akut Bruselloz. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2012, 32(4):1167-1170.

Ünlüsoy F. Tip 2 Diyabetlilerde Kan Şekeri İzlemenin Yaşam Kalitesi ve Diyabet Kontrolü Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2009.

Vujicic B, Turk T, Crncevic-Orlic Z, Dordevic G, Racki S. Diabetic Nephropathy. In: Oguntibeju OO (editör). *Pathophysiology and Complications of Diabetes Mellitus*. 1st ed., Rijeka, Intech, 2012, 71-96.

Walker EA, Molitch M, Kramer MK, Kahn S, Ma Y, Edelstein S, Smith K, Johnson MK, Kitabchi A, Crandall J. Adherence to preventive medications. *Diabetes Care*, 2006, 29(9):1997-2002.

Wandell PE. Quality of life of patients with Diabetes mellitus. *Scandinavian J Primary Health Care*, 2005, 23:68-74.

Wen LK, Parchman ML, Shepherd MD. Family support and diet barriers among older Hispanic adults with Type 2 diabetes. *Fam Med*, 2004, 36(6):423-30.

Wexler DJ, Grant RW, Wittenberg E, Bosch JL, Cagliero E, Delahanty L, Blais MA, Meigs JB. Correlates of health-related quality of life in Type 2 diabetes. *Diabetologia*, 2006, 49:1489–1497.

WHO 2010, Diabetes, The problem. <https://drive.google.com/file/d/0B-gjceW-eE23czlaX3JMQI9Qa3c/view>, 15 Şubat 2017.

WHO, Media centre, Diabetes mellitus, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en/>. 10 Eylül 2016.

WHO, Diabetes Programme, Prevention of blindness from Diabetes Mellitus.
<http://www.who.int/blindness/Prevention%20of%20Blindness%20from%20Diabetes%20Mellitus-with-cover-small.pdf?ua=1>. 16 Temmuz 2017.

WHO, Media centre, Diabetes, Fact sheet Updated July 2017.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>. 16 Temmuz 2017.

World Health Organization, Global Report on Diabetes, 2016.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf. 26 Şubat 2018.

Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 2004, 27(5):1047-1053.

Yalçın Taşkın M. Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyumunu Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.

Yalçınkaya Kara M. Pre-diyabetik ve yeni tanı almış tip 2 diyabetli hastalarda serum apelin-36 düzeyleri ile kardiyovasküler risk faktörlerinin karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Tıbbi Biyokimya Laboratuvarı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.

Yaman E, Şahin M. Diyabetes mellitusda eğitim. *KSU Tıp Fak Derg*, 2015, 10(2):17-20.

Yandım A. Diyabetik ayağı olan ve olmayan diyabetes mellituslu hastaların sağlık inançları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2011.

Yeşil S. Diyabetik Ayak Yarısında Patogenez ve Genel Yaklaşım. İçinde: İmamoğlu Ş. (editör). *Diabetes Mellitus*. 1. Baskı, DEOMED Medikal Yayıncılık, 2006:357-365.

Yıldırım İG. Yaşlı Diyabetik Hastaların Tıbbi Beslenme Tedavisine Uyumluluğu ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.

Yıldız E. Diyabetik Ayak Gelişen Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2012.

Yılmaz M. Tip 1 ve Tip 2 Diyabetli Bireylerde Yeme Tutum Durumlarının, Yaşam Kalitesi ve Metabolik Kontrol Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kronik Hastalıklar Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2014.

Yiğit Y, Özüçelik DN, Ayhan H, Gencer EG, Karakum M. Acil servise diyabetik ketoasidoz tablosu ile başvuran hastaların yeni tanı diyabet açısından değerlendirilmesi. *Haseki TIP Bülteni*, 2013, 51:168-72.

Yumuk VD. Diyabetin Akut Komplikasyonları. İçinde: Altıparmak MR, Hamuryudan V, Sonsuz A, Yazıcı H (eds). *Cerrahpaşa İç Hastalıkları*. 2. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2012:1405-1415.

Yurt A. Streptozosinle Diyabet Oluşturulan Farelerde Üzüm Çekirdeği Ekstresinin Nöropatik Ağrı Üzerine Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2015.

Yüksel A. Diyabette Ayak Bakımı. Diyabet Hemşireliği Derneği http://www.tdhd.org/dhd_kitap/12blm.pdf. 01 Ekim 2016.

Yüksek A, Talay M. Tip 2 Diyabetin Tanı ve Tedavisi. İçinde: Dursun AN. (Çeviri editörü). *Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes*. Edelman SV, Henry RR. (eds). 1. Baskı, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd.Şti., 2005:42-268.

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Gamze YILDIZ ASLAN
Doğum tarihi	: 08.01.1982
Doğum yeri	: Balıkesir
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Bahçelievler Mah. Teknik Lise Cad. Ekol Sitesi C/Blok No:31 Kat:3 D7 Altıeylül/BALIKESİR
Tel	: 0505 588 54 17
E-mail	: gamze10.ga@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Balıkesir Lisesi (1999)
Lisans	: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu (2001-2005)
Lisans	: Eskişehir Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi (2007-2011)
Yüksek lisans	: Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2014-devam ediyor)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Balıkesir Üniversitesi Yabancı Dil Sınavı 71.25 (2012)

EK-2. ANKET FORMU

I. Sosyo-Demografik Özellikler Formu

- 1) Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek
- 2) Yaşınız:.....
- 3) Medeni Durumunuz:
 - 1) Evli 2) Dul 3) Bekar 4) Boşanmış 5) Ayrı yaşıyor
- 4) Eğitim Durumunuz:
 - 1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlköğretim
 - 4) Ortaöğretim 5) Üniversite 6) Diğer
- 5) Mesleğiniz:
 - 1) Ev Hanımı 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest Meslek 5) Emekli
 - 6) İşsiz 7) Diğer
- 7) Sağlık Güvenceniz:
 - 1) SGK 2) Özel Sigorta 3) Yok
- 8) Toplam aylık geliriniz:
 - 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla
- 9) Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz?
 - 1) Köy 2) İlçe 3) Şehir 4) Büyük şehir 5) Yurt dışı
- 10) Kiminle yaşıyorsunuz
 - 1) Yalnız 2) Diğer aile bireyleriyle : (.....) 3) Diğer
- 11) Aile Tipiniz nedir?
 - 1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile 3) Parçalanmış Aile

II. Diyabetle ve Diyabette Tedaviye Uyumla İlgili Form

- 12) Kaç Aydır/Yıldır Diyabet Hastasıınız?.....
- 13) Diyabet tipiniz nedir?
 - 1) Tip 1 diyabet 2) Tip 2 diyabet
- 14) Tanı konulan başka bir kronik hastalığınız var mı?
 - 1) Evet 2) Yok

15) Diyabet dışında herhangi bir hastalığınız varsa hangisidir?

- 1) Koroner kalp hastalığı 2) İnme 3) Astım, kronik bronşit
4) Gastrit 5) Böbrek yetmezliği
6)Hipertiroidi 7) Hipotiroidi 8) Hipertansiyon
9) Diğer

16) Ailede Diyabet Öyküsü var mı/yakınlığı nedir?

- 1) Hayır, yok 2) Birinci Derece Akrabalarımda Var 3) İkinci Derece Akrabalarımda Var 4) Diğer

17) Diyabetinizin Tedavi Şekli nedir?.....

- 1) Oral Antidiyabetik İlaç (Şeker Düşürücü Hap) 2) İnsülin 3) İnsülin ve hap 4) Diğer.....

18) Kan şekerinizi kontrol altında tutmak için başka yöntemler (bitkisel ilaç v.b.) kullanıyor musunuz?

- 1) Evet..... 2) Hayır 3) Bazen.....

19) Komplikasyonların Varlığı: 1) Var (türünü belirtiniz) 2) Yok
(kaç kez olduğunu belirtiniz)

Akut Komplikasyonlar

- 1) Hipoglisemi 2) Hiperglisemi 3) DKA 4) HHNK

Kronik Komplikasyonlar 1) Var (türünü belirtiniz) 2) Yok
(kaç kez olduğunu belirtiniz)

- 1) Retinopati 2) Nefropati 3) Nöropati 4) Diyabetik Ayak 5) Amputasyon
6) Koroner arter hastalığı 7) Serebrovasküler hastalık 8) Hipertansiyon 9) Periferik Vasküler Hastalıklar

20) Sigara İçiyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır 3) Bıraktım : (ne kadar zaman önce, belirtiniz).....

21) Cevabınız Evet ise Miktarı:.....adet/gün
Süresi:.....yıl

22) Alkol Alıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır 3) Bıraktım : (ne kadar zaman önce, belirtiniz)
.....

23) Cevabınız Evet ise Miktarı:.....adet/gün
Süresi:.....yıl

24) Hangi Sıklıkta Diyabet Kontrolü için Sağlık Kuruluşuna Gidiyorsunuz?

- 1) Ayda 1 kez 2) 2 Ayda 1 kez 3) 3 Ayda 1 kez 4) 6 Ayda 1 kez 5) Yılda 1 kez
6) Diğer.....
- 25) Düzenli olarak Sağlık Kuruluşuna gitmiyorsanız nedeni nedir?
1) Ulaşım sorunları 2) Hastalığınızın önemli ve ciddi boyutta olmadığını düşünüyorum
3) Yoğunum 4) Kontrole gitmeyi unutuyorum 5) Diğer
.....
- 26) Size önerilen tedaviyi düzenli uyguluyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır
(Neden.....)
- 27) Tedavinizin sürekli olduğunu biliyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır 3) Emin değilim
- 28) Tedavinizi kabulleniyor musunuz? (Tedavinize uyum gösteriyor musunuz?) 1)
Evet 2) Hayır
- 29) Tedavinizi kabullenmiyorsanız
neden?.....
- 30) Tedavinizin hangi bölümünü kabullenmekte zorlanıyor sunuz? Açıklar mısınız?
1) İnsülin ile ilgili 2) Hap ile ilgili 3) Diyet ile ilgili 4) Egzersiz ile ilgili
- 31) Kan şekeri takibini yapıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
- 32) Cevabınız evetse ne kadar sıklıkta ölçersiniz?
1) Her gün 2) 2-3 günde bir 3) Haftada bir 4) Haftada 4-5 kez 5) Ayda bir 6) Birkaç
ayda bir 7) 6 ayda bir yılda bir 8) Nadiren 9) İhtiyaç duydukça
- 33) Şeker ölçüm cihazınız var mı? 1) Evet 2) Hayır
- 34) Tıbbi Beslenme Tedavinizi (Diyetinizi) düzenli uyguluyor musunuz?
1) Evet düzenli uyguluyorum 2) Arada uyguluyorum ama düzenli değil 3) Hiç
uygulamıyorum 4) Diğer
- 35) Cevabınız hayır ise neden?
1) Hastalığım ilaç veya insülinle kontrol altında olduğundan diyeti uygulamaya gerek
duymadım.
2) Uygulanması zor 3) Ekonomik problemler 4) Doymuyorum
5) Diğer.....
- 36) Günde kaç öğün yemek yersiniz?.....Ana öğün.....Ara öğün
- 37) Öğün saatleriniz düzenli midir? 1) Evet 2) Hayır

- 38) Diyabette beslenmenin düzenlenmesi için diyetisyenle görüştünüz mü?
1) Evet 2) Hayır 3) Yönlendirildim ancak görüşmedim
- 39) Diyetisyenin tavsiyelerine uyar mısınız?
1) Tamamen uyuyorum 2) Çoğunlukla uyuyorum 3) Bazen uyuyorum 4) Hiçbir zaman uymuyorum
5) Diğer
- 40) Sizce diyabet hastalığının tedavisinde beslenme önemli midir? 1) Evet 2) Hayır
- 41) Beslenmenizde nelere dikkat edersiniz?
.....
- 42) Düzenli Egzersiz Yapıyor musunuz?
1) Evet (Sıklığı..... Türü.....)
2) Hayır 3) Bazen yapıyorum 4) Diğer.....
- 43) Düzenli egzersiz yapmıyorsanız nedenleri nelerdir?
.....
- 44) İlaçlarınızı düzenli ve önerilen şekilde kullanıyor musunuz?
1) Evet düzenli kullanıyorum 2) Arada kullanıyorum ama düzenli değil 3) Hiç kullanmıyorum
4) Diğer
- 45) İlaçlarınızı düzenli kullanmıyorsanız nedeni nedir?
1) İnsülini düzenli kullanmıyorum çünkü iğneden korkuyorum 2) İnsülinle ilgili olumsuz duygular aldım
3) İnsülini yaparken sayıları göremiyorum 4) Hapın yan etkilerinden dolayı düzenli kullanmıyorum
5) Unutuyorum 6) Diğer.....
- 46) İlacın adını ve dozunu doğru tanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
- 47) İlaçlarınızı alma zamanını başka birisinin hatırlatması gerekiyor mu?
1) Her zaman 2) Çoğu zaman 3) Hiçbir zaman 4) Bazen 5) Ara sıra
- 48) İlacınızı almamaya karar verdiğiniz oluyor mu?
1) Her zaman 2) Çoğu zaman 3) Hiçbir zaman 4) Bazen 5) Ara sıra
- 49) İlaçlarınızı içmeyi unuttuğunuz oluyor mu? 1) Her zaman 2) Çoğu zaman 3) Hiçbir zaman 4) Bazen 5) Ara sıra
- 50) Kendinizi iyi hissettiğiniz zaman ilacı almayı bıraktığınız oluyor mu?
1) Her zaman 2) Çoğu zaman 3) Hiçbir zaman 4) Bazen 5) Ara sıra

- 51) İlacı aldığınız zaman kendinizi kötü hissettiğinizde kendiliğinden ilacı bıraktığınız oluyor mu?
1) Her zaman 2) Çoğu zaman 3) Hiçbir zaman 4) Bazen 5) Ara sıra
- 52) Başka bireylerin diyabet ilaçlarından alır mısınız?
1) Her zaman 2) Çoğu zaman 3) Hiçbir zaman 4) Bazen 5) Ara sıra
- 53) Dikkatsizlik sonucu ilaç almadığınız olur mu? 1) Her zaman 2) Çoğu zaman 3) Hiçbir zaman 4) Bazen 5) Ara sıra
- 54) İlaçlarınızın dozunu doktora sormadan kendiniz değiştirdiğiniz olur mu?
1) Her zaman 2) Çoğu zaman 3) Hiçbir zaman 4) Bazen 5) Ara sıra
- 55) Evden ayrıldığınızda ilaçlarınızı yanınıza alıyor musunuz?
1) Her zaman 2) Çoğu zaman 3) Hiçbir zaman 4) Bazen 5) Ara sıra
- 56) Diyabet tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgileriniz size göre nasıl?
1) Yeterli 2) Yetersiz 3) Orta derecede 4) Diğer.....
- 57) Diyabet hastası olduğunuz için özellikle ayak bakımınıza dikkat eder mi siz?
1) Evet 2) Hayır
- 58) Ayak bakımı ile ilgili aşağıdaki soruları cevaplandırınız.
- Ayaklarınızın kontrolünü ne sıklıkta yapar sınız?
1) Aklıma geldikçe 2) Her gün 3) Banyoya girdikçe 4) Haftada bir kez 5) Diğer
- Ayaklarınızı yıkıyor musunuz?
1) Evet (Ne sıklıkla? a) Gün aşırı b) Aklıma geldikçe c) Her gün d) Banyoya girdikçe e) Diğer 2) Hayır
- Ayağımı yıkadıktan sonra ayaklarımı özellikle parmak aralarını iyice kurularım.1) Evet 2) Hayır
- Ayak-bacak egzersizleri yapar mısınız?
1) Evet (Ne sıklıkla? a) Aklıma geldikçe b) Her gün (kaç defa...) c) Haftada bir kez d) Diğer 2) Hayır
- Ayaklarımı soğuk ve sıcaktan korurum.1) Evet 2) Hayır
- Tırnaklarımı keserken derin kesmem ve tırnak derisini zedelememeye özen gösteririm. 1)Evet 2) Hayır
- Ayaklarımın altını nasır, kızarıklık, su toplama ya da açık yara açısından kontrol ederim. 1) Evet2) Hayır
- Temiz, yünlü-pamuklu-dikişsiz ve yumuşak çorap giyerim. 1) Evet 2) Hayır

- Ayaklarıma uygun, çok sıkı veya çok bol olmayan çoraplar giyerim. 1) Evet 2) Hayır
- Ayak bakımımı yaparken keskin aletler kullanmam. (jilet, makas vb). 1) Evet 2) Hayır
- Ayakkabımın giymeden önce içinde ayakkabımın içini çivi, toz, taş gibi yabancı, sert cisim vb. olup olmadığını kontrol ederim. 1) Evet 2) Hayır
- Çoraplarımı her gün değiştiririm. 1) Evet 2) Hayır
- Ayağımı tam kavrayan, genişliği, boyu, yüksekliği uygun ayakkabı giyerim. 1) Evet 2) Hayır
- Derisi sertleşmemiş ve iç yüzeyi pürüzsüz ayakkabılar giyerim. 1) Evet 2) Hayır
- Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Aldınız mı? Aldıysanız Kimden aldınız? 1) Aldım (.....) Almadım
- 59) Diyabet tedavi ve bakımınız ile ilgili aile desteğiniz var mı? 1) Evet 2) Hayır
- 60) Diyabet tedavi ve bakımında sizce aile desteği önemli mi? 1) Evet 2) Hayır
- 61) Cevabınız evetse neden?.....
- 62) Diyabet bakımınız için size en çok kim yardım ediyor?
1) Annem 2) Babam 3) Eşim 4) Çocuklarım 5) Kardeşim 6) Diğer akrabalarım 7) Arkadaşlarım
8) Sağlık Personeli 9) Hiç kimse
- 63) Ailenizin kaç üyesi diyabetli olduğunuzu biliyor? 1) Hiç biri 2) Bir kaç 3) Hepsini 4) Diğer
- 64) Diyabet bakımınız için ailenizin size olan desteğini 0 ile 10 arasında puanlandırınız.

III. Metabolik Kontrol Formu

Metabolik Sonuç Kriterleri

HbA1c %.....

Total Kolesterolmg/dl

LDLmg/dl

HDLmg/dl

Trigliseridmg/dl

Kan Basıncımm/Hg

Boyunuz Kilonuz

Beden Kütle İndeksikg/m²

EK-3. Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi

Hensarling'in Diyabet Aile Destek Çizelgesi

Lütfen aşağıdaki maddelerin her birine, yanlarındaki kutucukları işaretleyerek cevap veriniz.

Soru	Asla	Hemen hemen hiç	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Bir aile bireyi, eğer rica edersem, benimle birlikte doktor randevularıma gelir.					
2. Bir aile bireyi, eğer rica edersem, benimle birlikte diyabet sınıfı / eğitimine katılır.					
3. Aile bireyim diyabet hakkında güncel bilgileri takip eder.					
4. Aile bireyim diyabetimle ilgili problem yaşadığım zamanları bilir.					
5. Aile bireyim diyabetim hakkında konuştuğum zaman beni dinler.					
6. Aile bireyim diyabetimle ilgili hissettiklerime anlayı gösterir.					
7. Aile bireyime diyabetimle ilgili danışmaktan çekinmem					
8. Bir aile bireyi unuttuğum zaman kan şekerimi kontrol etmemi hatırlatır.					
9. Bir aile bi reyi egzersiz çabalarımı destekler.					
10. Bir aile bireyi diyetimi uygulamam konusunda beni teşvik eder.					
11. Bir aile bireyi diyabet ilaçlarımı zamanında yazdırmamı hatırlatır.					
12. Diyabetimle ilgili sorunlar yaşarken bir aile bireyimden yardım isteme konusunda kendimi rahat hissederim.					
13. Ailemin öğün zamanları düzenlidir.					
14. Bir aile bireyi, senede en az bir kere bir göz doktoruna görünmemi teşvik eder.					
15. Bir aile bireyi ayaklarımı kontrol etmemi teşvik eder.					
16. Bir aile bireyi yılda en az bir kere bir diş doktoruna gitmemi teşvik eder.					
17. Diyabetime özen göstermeme yardım etmesi için bir aile bireyinden destek istemekten çekinmem.					
18. Ailem yiyebileceğim gıdaları benim için hazır bulundurur.					
19. Bir aile bireyi, gerektiği gibi yemem konusunda gösterdiğim çabaları destekler.					
20. Bir aile bireyi, yılda en az bir kere doktora gitmemi teşvik eder.					
21. Bir aile bireyi diyabetimle ilgili sıkıntılı hissederken bana yardımcı olur.					
22. Bir aile bireyi diyabetimle ilgili kendimi üzgün/hüzünlü hissettiğim zamanları bilir.					
23. Bir aile bireyi rahatsız günleri atlatmamda bana nasıl yardımcı olacağını bilir.					
24. Bir aile bireyi, gerekli olursa, diyabet ilaçları / gereçlerinin parasını ödememe yardımcı olur.					

Cevaplarınız, diyabet tedavinizle ilgili olarak aile bireylerinizle yaşadıklarınızın ne sıklıkta olduğunu söylemelidir.

Bu çizelgede doğru ya da yanlış cevap yoktur. Sadece en iyi tahmininizi yapın. Ailenizden kimse cevaplarınızı görmeyecektir.

EK -4. Yaşam Kalitesi Endeksi Diabetve Version -III

I.BÖLÜM: Aşağıdaki ifadelerin her biri için yaşamınızın o alanından ne kadar memnun olduğunuzu en iyi tanımlayan cevabı seçiniz. Cevabınızı soru hizasındaki numarayı daire içine alarak işaretleyiniz. Soruların cevabı doğru yada yanlış olarak nitelendirilmemektedir

Aşağıdakilerden ne derece memnunsunuz?	1-Hiç memnun değilim	2-Orta derecede memnun değilim	3-Hafif derecede memnun değilim	4-Hafif derecede memnunum	5-Orta derecede memnunum	6-Çok memnunum
1. Sağlığımız						
2. Tıbbi bakımınız						
3. Günlük aktivitelerinizi sürdürmek için sahip olduğunuz enerji						
4. Yardımsız kendi bakımınızı yapabileceğiniz						
5. Kan şekerini kontrol edebileceğiniz						
6. Diyabet nedeniyle yaşamınızda yapmak zorunda olduğunuz değişiklikler (diyet, egzersiz, insülin veya oral ilaç kullanma, kan şekerini kontrol etme gibi)						
7. Kendi yaşamınızı kontrol edebileceğiniz						
8. İsteddiğiniz kadar uzun yaşamak için sahip olduğunuz şans						
9. Ailenizin sağlığı						
10. Çocuklarınızın sağlığı						
11. Ailenizin mutluluğu						
12. Cinsel hayatınız						
13. Eşiniz, sevgiliniz, partneriniz						
14. Arkadaşlarınız						
15. Ailenizden aldığınız manevi destek						
16. Aileniz dışındaki insanlardan aldığınız manevi destek						
17. Ailevi sorumluluklarınızı yerine getirebilme gücünüz						
18. Başkaları için faydalı olabilme dereceniz						
19. Yaşamınızdaki sıkıntıların yoğunluk derecesi						
20. Komşularınız						
21. Eviniz, apartmanınız yada yaşadığınız yer						
22. İşiniz (eğer çalışıyorsanız)						
23. İşsiz olmak (eğer çalışmıyorsanız)						
24. Eğitiminiz						
25. Parasal ihtiyaçlarınızı karşılayabilme dereceniz						
26. Eğlence amaçlı yaptığınız şeyler						
27. Mutlu bir gelecek için sahip olduğunuz şanslar						
28. İç huzurunuz						
29. Allah inancınız						
30. Kişisel amaçlarınıza ulaşabilmeniz						
31. Genel olarak mutluluğunuz						
32. Genel olarak yaşamınız						
33. Kişisel görünüşünüz						
34. Genel olarak kendiniz						

II.BÖLÜM: Aşağıdaki ifadelerin her biri için yaşamınızın o alanının sizin için ne kadar önemli olduğunu en iyi tanımlayan cevabı seçiniz. Cevabınızı soru hizasındaki numarayı daire içine alarak işaretleyiniz. Soruların cevabı doğru yada yanlış olarak nitelendirilmemektedir.

Aşağıdakilerden ne derece memnunsunuz?	1-Çok önemsiz	2-Orta derecede önemsiz	3-Hafif derecede önemsiz	4-Hafif derecede önemli	5-Orta derecede önemli	6-Çok önemli
1. Sağlığınız						
2. Tıbbi bakımınız						
3. Günlük aktivitelerinizi sürdürmek için yeterli enerjiye sahip olma						
4. Yardımsız kendi bakımınızı yapabilme						
5. Kan şekerini kontrol edebilme						
6. Diyabet nedeniyle yaşamınızda yapmak zorunda olduğunuz değişiklikler (diyet, egzersiz, insülin veya oral ilaç kullanma, kan şekerini kontrol etme gibi)						
7. Kendi yaşamınızı kontrol edebilmeniz						
8. İsteddiğiniz kadar uzun yaşayabilmek						
9. Ailenizin sağlığı						
10. Çocuklarınız						
11. Ailenizin mutluluğu						
12. Cinsel hayatınız						
13. Eşiniz, sevgiliniz, partneriniz						
14. Arkadaşlarınız						
15. Ailenizden aldığınız manevi destek						
16. Aileniz dışındaki insanlardan aldığınız manevi destek						
17. Ailevi sorumluluklarınızı yerine getirebilme gücünüz						
18. Başkaları için faydalı olabilmeniz						
19. Yaşamınızda endişe olmaması						
20. Komşularınız						
21. Eviniz, apartmanınız yada yaşadığınız yer						
22. İşiniz (eğer çalışıyorsanız)						
23. İş sahibi olmak (eğer çalışmıyorsanız)						
24. Eğitiminiz						
25. Parasal ihtiyaçlarınızı karşılayabilmek						
26. Eğlence amaçlı şeyler yapabilmek						
27. Mutlu bir geleceğe sahip olmak						
28. İç huzurunuz						
29. Allah inancınız						
30. Kişisel amaçlarınıza ulaşabilmeniz						
31. Genel olarak mutluluğunuz						
32. Genel olarak yaşamınızdan tatmin olmak						
33. Kişisel görünüşünüz						
34. Genel olarak kendiniz						

EK-5. Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 25/01/2016-E.3501



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 27183868-044-
Konu : Gamze YILDIZ ASLAN- Anket
çalışması

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 26/11/2015 tarihli ve 46720092/300/46022 sayılı yazınız.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin 15.01.2016 tarih ve 85163007/799-E.585 sayılı Gamze YILDIZ ASLAN'ın yüksek lisans tez konusu olan "Diyabetli Bireylerde Aile Desteği ile Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu çalışması ile ilgili yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Yılmaz ARI
Rektör Yardımcısı

Ek :
Yazı (2 sayfa)

**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU**

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	BALIKESİR ÜNİV. TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ	Çağış Yerleşkesi, Uşak yolu üzeri, 10145 BALIKESİR
	TELEFON	0266 612 14 61/1122
	FAKS	0266 612 14 59
	E-POSTA	etik.bautip@gmail.com

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Diyabetli Bireylerde Aile Desteği ile Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	
BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr. Özlem TEKİR	
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü	
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu	
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/47	Tarih: 09/03/2016	
	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 <u>etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına</u> toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Fuat EREL	Göğüs Hastalıkları	Balıkesir Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç.Dr. Gülten ERKEN	Fizyoloji	Balıkesir Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç.Dr. Esin SÖĞÜTLÜ SARI	Göz Hastalıkları	Balıkesir Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Yrd.Doç.Dr. F. Bahar SUNAY	Histoloji ve Embriyoloji	Balıkesir Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Yrd.Doç.Dr. Elif AKSÖZ	Tıbbi Farmakoloji	Balıkesir Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Uzm.Dr. Mehmet ÇALIŞKAN	Halk Sağlığı	Balıkesir KEAS Organize Sanayii	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Av. Mustafa Tuğrul MENÇE	Avukat	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Y.Müh. Nejdet ERDOĞAN	Sağlık Meslek Mensubu Olmayan	Balıkesir B.Şehir Belediyesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Ecz. Hüsnü KUNDAKÇI	Eczacı	BAÜ Sağlık Uyg. ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının:

Unvanı, Adı Soyadı: Doç.Dr. Fuat EREL

İmza: