

**TİP 2 DİYABETLİ HASTALARIN BAKIM VE
TEDAVİYE YÖNELİK TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

Sakine USTAALIOĞLU

İç Hastahkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN**

Yüksek Lisans Tezi-2015

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TİP 2 DİYABETLİ HASTALARIN BAKIM VE TEDAVİYE
YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
İNCELENMESİ**

Sakine USTAALIOĞLU

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN**

**ERZURUM
2015**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**TİP 2 DİYABETLİ HASTALARIN BAKIM VE TEDAVİYE
YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

Sakine USTAALİOĞLU

Tez Savunma Tarihi: 28.12.2015

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Mehtap TAN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Zümrüt AKGÜN ŞAHİN (Kafkas Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM – 2015**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Diyabetes Mellitusun Tanımı	3
2.2. Diyabetes Mellitusun Epidemiyolojisi	3
2.3. Diyabetes Mellitusun Tanı Kriterleri	5
2.4. Diyabetes Mellitusun Semptomları	7
2.5. Diyabetes Mellitusun Sınıflandırılması	8
2.5.1. Tip 1 Diyabetes Mellitus	8
2.5.2. Tip 2 Diyabetes Mellitus	9
2.5.3. Gestasyonel Diyabetes Mellitus	9
2.5.4. Diyabetes Mellitusun Diğer Spesifik Türleri	9
2.5.5. Bozulmuş Glikoz Toleransı (IGT) ve Bozulmuş Açlık Glikozu (İFG)	10
2.6. Diyabetes Mellitusun Komplikasyonları	10
2.6.1. Diyabetes Mellitusun Akut Komplikasyonları	10
2.6.1.1. Hipoglisemi	10
2.6.1.2. Diyabetik Ketoasidoz (DKA)	11
2.6.1.3. Nonketotik Hiperglisemik Hiperosmolar Koma (HHNK)	12
2.6.2. Diyabetes Mellitusun Kronik Komplikasyonları	12
2.6.2.1. Makrovasküler Komplikasyonları	12
2.6.2.2. Mikrovasküler Komplikasyonlar	12
2.7. Diyabetes Mellitusun Tedavisi	17
2.7.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi	17
2.7.2. Düzenli Egzersiz Programı	19
2.7.3. İlaç Tedavisi	20
2.7.3.1. Oral Antidiyabetikler	20
2.7.3.2. İnsülin Tedavisi	20
2.7.4. Bireysel Kan Şekeri İzlemi	23
2.7.5. Diyabet Eğitimi	24
2.8. Diyabetli Hastaların Tedaviye Uyumunu Etkileyen Faktörler ve Hemşirenin Rolü	26

3. MATERYAL VE METOT	29
3.1. Araştırmanın Türü	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.4. Veri Toplama Araçları.....	29
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK II)	29
3.4.2. Diyabet Tutum Ölçeği (EK III).....	29
3.5. Verilerin Toplanması.....	31
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	31
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	32
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	32
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
KAYNAKLAR	48
EK I: ÖZGEÇMİŞ	61
EK II: KİŞİSEL BİLGİ FORMU	62
EK III: DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİ	63
EK IV: BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU	67
EK V: ETİK KURUL ONAY FORMU	68
EK VI: ARAŞTIRMA İZİNİ	71

TEŞEKKÜR

Tez konumun belirlenmesinde ve çalışmamın tamamlanmasında bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen danışmam hocam Prof. Dr. Mehtap Tan' a,

Çalışmam sırasında yardımlarını esirgemeyen Ordu Fatsa Devlet Hastanesi dâhiliye servisi/polikliniğinde çalışan hemşire arkadaşlarıma ve doktorlara, yanımda olmasa da bana destek olan arkadaşım Safiye Yanmış' a, eğitimim boyunca özellikle tez yazımı sırasında bana her zaman destek olan ve beni cesaretlendiren sevgili eşime, yaramazlık yapmayarak annesine yardımcı olan biricik oğluma, bugünlere gelmemde büyük emeği olan her zaman gurur duyduğum çok değerli anneme ve babama teşekkür ederim.

Sakine USTAALİOĞLU

ÖZET

Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi

Amaç: Bu araştırma Tip 2 Diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarını incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Materyal ve Metot: Bu araştırma Ocak 2014-Aralık 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma evrenini, Ocak-Mart 2014 tarihleri arasında Ordu Fatsa Devlet Hastanesinin dâhiliye servisinde yatan ve dâhiliye polikliniğine başvuran ve tanı süresi en az bir yıl olan Tip 2 Diyabetli hastalar oluşturmuştur. Örneklemine ise bu tarihler arasında araştırmaya alınma kriterlerine uyan 110 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu ve diyabet tutum ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS 16.0 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Cronbach Alpha, bağımsız örnekleme t testi, tek yönlü ANOVA, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %72.7' si kadın, %90.9' u evli, %90.9' u ilköğretim mezunu, %68.2' si ev hanımıdır. Hastaların yaş ortalaması 53.99 ± 7.75 , kilo ortalaması 80.48 ± 1.47 dir. Diyabetli bireylerin %41.8' inin tanı süresinin 6-10 yıl olduğu, %64.5' nin ailesinde diyabet olduğu ve %95.8' ini I. derece akrabaların oluşturduğu görülmüştür. Hastaların %60.9' unun diyabet eğitimi aldığı ve bu eğitimin genelde doktor tarafından verildiği belirlenmiştir. Diyabet tutum ölçeği puan ortalaması 3.67 ± 0.36 olarak bulunmuştur. Hastaların bakım ve tedaviye yönelik pozitif tutum sergilediği tespit edilmiştir. Diyabet tutum ölçeği alt gruplarına bakıldığında en yüksek pozitif tutumun gösterildiği Özel Eğitim Gereksinimi alt grubu, en düşük pozitif tutum ise Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti alt grubu olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışma sonucunda, hastaların sahip oldukları negatif ve pozitif tutumların belirlenmesi vasıtasıyla, negatif tutumların iyileştirilmesi, pozitif tutumların desteklenmesi, diyabette bireysel yönetimin sağlanabilmesi yönünde katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Bakım, davranış, diyabette tutum, tedavi, tip 2 diyabet.

ABSTRACT

Examination of Type 2 Diabetics Attitudes and Behaviours Against Care and Treatment

Aim: It is planned as illustrative with the purpose of investigating Type 2 diabetics attitudes and behaviours against care and treatment.

Material and Method: This research was carried out between January 2014-December 2015. The type 2 diabetics who have been treated in internal diseases service of State Hospital Fatsa/Ordu between the dates of January-March 2014 and have applied to internal diseases polyclinic and whose diagnosis period is a year have constituted examination's universe. However, one hundred ten patients being favourable to working conditions between these dates have formed the sample of this. Personal information form and diabet scale have been used collecting of data. The data have been analyzed with the help of SPSS 16.0 pack programme. Descriptive statistics, Cronbach Alpha, t test in independent-sample, one way ANOVA, Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis test were used in evaluating the data.

Results: Among the patients included in the research; %72.7 of them is women %90.9 of them is married, %90.9 of them is primary school graduate and %68.2 of them is housewife. The average age of the patients is 53.99 ± 7.75 and average weight of them is 80.48 ± 1.47 . It is determined that the diagnosis time of %41.8 of the diabetic patients is between 6-10 years, the families of %64.5 are diabetic patients whose %95.8 is consisted of first degree relatives, It is also determined that %60.9 of the patients get diabetic education and this education was generally given by the doctors. The point average of diabetic attitude scale is found as 3.67 ± 0.36 . It is confirmed that the patients present positive attitude towards the cure and the treatment. Considering the subgroups of the diabetic attitude scale, we observed that the highest positive attitude is demonstrated in Special Education Requirement subgroup and the lowest positive attitude is presented in Type 2 Diabetic Seriousness subgroup.

Conclusion: At the end of the examination, it has been thought that by means of finding out the patient's negative and positive manners, curing the negative manners, supporting the positive manners will contribute to assistance in the direction of the individual direction.

Key Words: Care, behaviour, manner in diabetes, treatment, type 2 diabetics.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADA	: Amerikan Diyabet Cemiyeti
APG	: Açlık plazma glukozu
BKİ	: Beden kitle indeksi
DKA	: Diyabetik ketoasidoz
DM	: Diyabetes Mellitus
DN	: Diyabetik Nöfropati
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ	: Diyabet Tutum Ölçeği
GDM	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
HDL	: Yüksek yoğunluklu lipoprotein
HHNK	: Nonketotik Hiperglisemik Hiperosmolar Koma
IADPSG	: Uluslar Arası Diyabetik Gebelik Çalışma Grupları Birliği
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
IFG	: Bozulmuş açlık glukozu
IGT-BGT	: Bozulmuş glukoz toleransı
OAD	: Oral antidiyabetik
OGTT	: Oral glukoz tolerans testi
PAH	: Periferik Arter Hastalığı
PG	: Plazma glukozu
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Diyabet hemşiresinin rol ve sorumlulukları	27

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. TURDEP I-TURDEP II çalışması	4
Tablo 2.2. Diabetes melitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri	5
Tablo 2.3. ADA ve DSÖ'ye göre GDM tanı kriterleri	7
Tablo 2.4. Diabetes melitusun etiyolojik sınıflandırması	8
Tablo 2.5. İnsülin tipleri ve etki profilleri.....	20
Tablo 4.1. Hastalara ait sosyo-demografik özelliklerin dağılımı	33
Tablo 4.2. Hastaların hastalıklarına ait bilgilerin dağılımı	35
Tablo 4.3. Hastaların DTÖ alt gruplarına ait ortalamalarının dağılımı	37
Tablo 4.4. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile DTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması	38
Tablo 4.5. Hastalığa ait özellikler ile DTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması	40

1. GİRİŞ

Dünyada giderek artmakta olan diyabetes mellitüs günümüzde önemli bir sağlık sorununu oluşturmaktadır. Yaşam tarzındaki değişikliklerle birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde özellikle tip 2 diyabet prevalansı hızla artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelere, gelişmiş ülkelere göç eden topluluklarda diyabet epidemisinde bahsedilmektedir. 2013 yılı itibari ile dünyadaki diyabet nüfusu 382 milyon iken bu sayının 2035 yılında %55 oranında artarak 592 milyona çıkması beklenmektedir. Bu durumun başlıca nedenleri artan nüfus, yaşlanma ve yaşam tarzındaki değişiklikler sonucu obezite ve fiziksel inaktivitenin artmasıdır.¹

Diyabetes mellitüs (DM), insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli destek, tıbbi bakım ve diyabetlinin öz bakım eğitimlerini gerektiren, kronik seyirli endokrin ve metabolik bir hastalıktır. Hastalığın, akut komplikasyon riskini azaltmak ve kronik komplikasyonlarından korunmak için sağlık çalışanları ve hastaların sürekli eğitimi gereklidir.²

Diyabetli birey, günlük diyabet yönetimini ve kontrolünü başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmesi için yeterli bilgi, beceri ve pozitif tutumlara sahip olması gerekir. Hastaların gösterdikleri olumlu tutum ve davranışlar diyabet tedavisinin temelini oluşturur. Tutumlar uzun süreli duygu, inanç ve davranış eğilimleridir ve bireyseldir. Diyabetli bireyin eğitim öncesinde tutumları ve yanlış olan alışkanlıkları değerlendirilmelidir. Yanlış alışkanlıklar bilirse davranışa dönüşmeden düzeltilebilir.³

4

Etkili diyabet yönetimi ve kontrolü bireyin davranış uyumunu gerektirir. Diyabetik bireylerin hastalığa ilişkin inanç ve tutumları ile tedavinin gerekliliği için tanımlanan davranış uyumu arasında anlamlı ilişki vardır.^{5, 6} Kendisinde var olan

diyabet tipinin diğer tiplere göre daha hafif olduğunu düşünen ve hastalığını dikkate almayan diyabetli birey öğrenmeye motive edilemez. Böyle bir hastada ilk olarak ele alınması gereken konu inanç ve tutumlar olmalıdır.^{7, 8} Hastaların tutumları diyabet bakımını önemli derecede etkilemektedir. zcan⁹ araştırmasında, diyabetin yaşam kalitesi üzerine etkisi konusunda negatif bir tutuma sahip olan hastaların diyabet bakımında daha fazla engelle karşılaştıklarını ve pozitif tutuma sahip olanlara göre de bakımlarının yetersiz olduğunu saptamıştır. Negatif tutuma sahip hastaların metabolik kontrol düzeylerinin daha kötü olduğunu, HbA1c ve kan basınçlarının da daha yüksek olduğunu gözlemiştir. Aynı zamanda beden kitle indeksi (BKİ) ile diyabet tutumu arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yapılan araştırmalara göre pozitif tutuma sahip bireylerin glikoz kontrollerinin, öz bakım becerilerinin, diyabet hakkındaki bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu gözlenmiştir.⁶ Bu sonuçlar, bireylerin bakım ve tedaviye yönelik tutumlarının değerlendirilmesinin hastalığın yönetiminde ve kontrolünde ne derece önemli olduğunu göstermektedir. Diyabetle başa çıkmak için hastanın iyilik halinin pozitif olmasına, kendi kendine bakım becerilerine, hastalık hakkında geniş bilgiye, sağlığına ve kendine bakım konusunda pozitif tutum göstermesine gereksinim vardır.⁵⁻¹²

Bu alışma ile diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabetes Mellitusun Tanımı

Diyabet, pankreasın beta hücrelerinden salgılanan insülin hormonunun mutlak veya kısmi eksikliği veya periferik etkisizliği sonucu ortaya çıkan, hiperglisemi ile kendini belli eden, karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında bozukluklar, kapiller membran değişiklikleri ve hızlanmış ateroskleroz ile seyreden, makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonların geliştiği kronik seyirli endokrin ve metabolik bir hastalıktır.^{13, 14}

2.2. Diyabetes Mellitusun Epidemiyolojisi

Diyabet, ülkemizde ve dünyada görülen önemli bir hastalıktır. 2006 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan kronik hastalıklar raporunda diyabet en fazla ve en sık görülen kronik hastalıkların başında gelmektedir. Dünya da sıklığı hızla artan diyabet dünyanın taşımak zorunda kaldığı global bir yük ve dünyanın en önemli halk sağlığı sorunları arasında olduğu için pandemi olarak tanımlanmaktadır.¹⁴⁻¹⁶

Ülkemizde, 1997-1998 yıllarında gerçekleştirilen Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans (TURDEP-I) çalışmasında diyabet prevalansının %7.2 olduğu, 2010 yılında tekrarlanan TURDEP-II çalışmasında ise prevalansın %13.7' ye ulaştığı bildirilmektedir. TURDEP-II sonuçlarına göre diyabet sıklığı kadınlara (%17.2) oranla erkeklerde (%16.0) daha düşük bulunmuştur. 20 yaş üstü kişilerde gerçekleştirilen çalışmanın %28.7' si prediyabet olarak kabul edilmektedir. Kentsel bölgede diyabet oranı %17.0 iken kırsal bölgede %15.5 olarak bulunmuştur. Ülkemizin kuzey bölgesi en düşük diyabet prevalansına sahip iken (%14.5), doğu bölgesi (%18.2) en yüksek diyabet prevalansına sahiptir. TURDEP-II çalışmasında diyabet riskinin, yaş, yaşanılan yer, bel çevresinde

artış, beden kitle indeksinde artış, düşük eğitim düzeyi ve hipertansiyon varlığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır.¹⁵⁻¹⁷

Uluslararası Diyabet Fedarasyonu (IDF) Diyabet Atlası'na göre, 2013 yılı itibarı ile 20-79 yaş grubunda diyabet prevalansı %14.58, dünya nüfusuna göre standardize edilmiş prevalans %14.85 ve diyabetli birey sayısı 7 milyondan fazladır. Bozulmuş glukoz toleransı prevalansı %7.6 ve prediyabetli birey sayısının 3.5 milyondan fazla olduğu düşünülmektedir. IDF Diyabet Atlası'na göre ülkemizde diyabetli bireylerin yaklaşık 2.5 milyonu tanı konulmamış diyabetli bireylerdir. Ayrıca, hastaların yaklaşık yarısı 40-60 yaş aralığındadır. Altıncı Diyabet Atlası'nda IDF, 2013 yılı için Türkiye'de erişkin yaş nüfusundan 59.786 kişinin diyabet ve diyabet ilişkili nedenlerle kaybedildiğini öngörmektedir. Ulusal Hastalık Yüğü çalışmasının 2004 yılı verilerine göre, Türkiye'de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 10 hastalık arasında diyabet %2.2 ile 8. sırada yer almaktadır; cinsiyetlere göre bakıldığında ise erkeklerde 11. kadınlarda ise 7. sırada ölüm nedenidir. Ayrıca, ulusal düzeyde İşlev Kaybına Uyarlanmış Yaşam Yılı sıralamasında ilk 20 hastalığın dağılımında tüm yaş gruplarında diyabet 12. sırada bulunmaktadır. Son Diyabet Atlasına göre IDF, Türkiye'de 2010 yılında diyabet nedeniyle kişi başına sağlık harcamasının ortalama 572 dolar olduğunu ve 2013 yılında ise bu rakamın 866 dolara ulaşacağını öngörmektedir.¹⁸

TURDEP-I ve TURDEP-II çalışmasının sonuçları Tablo 2.1' de görülmektedir.¹⁶

Tablo 2.1. TURDEP I- TURDEP II Çalışması

TURDEP-I	TURDEP-II
<ul style="list-style-type: none">• Katılım %85• ≥ 20 yaş, 24.788 kişi• 13.708 Kadın, 11.080 Erkek• 15.669 Kent, 9.119 Kır	<ul style="list-style-type: none">• Katılım %89• ≥ 20 yaş, 26.499 kişi• 16.696 Kadın, 9.327 Erkek• 15.783 Kent, 10.441 Kır

Yaş (yıl)	Ortalama ±SD	Ortanca	Yaş (yıl)	Ortalama ±SD	Ortanca
Erkek	41.3±14.4	37.7	Erkek	46.8±15.8	45.9
Kadın	40.9±14.9	38.0	Kadın	45.2±15.1	44.4
Toplam	41.0±14.7	37.9	Toplam	45.8±15.4	44.9

Sonuçlar, ülkemizde obezite ve diyabetin en önemli halk sağlığı sorunları arasında olduğuna işaret etmektedir. Gelecekte bu gibi sorunların azaltılabilmesi ve önlenmesi için obezite ve diyabeti önlemeye yönelik bir eylem planı oluşturulması gerekmektedir.¹⁹

2.3. Diyabetes Mellitusun Tanı Kriterleri

Diyabet farklı birçok hastalığı kapsadığı için glukoz intoleransı olan hastaların sınıflandırılmasında klinisyenler ve araştırmacıların genellikle kabul edilen terminolojinin yanı sıra standardize sınıflama ve tanısal kriterleri kullanmaları gerekir. Temmuz 1997' de Amerikan Diyabet Cemiyeti (ADA) 1979' da basılan Ulusal Diyabet Veri Grubunun kriterlerinin yerini alacak tanı ve sınıflama kriterlerini 2003 yılında tekrar revize edilmiştir.

Diyabet ve glikoz metabolizmasının diğer bozuklukları için 2003 ve 2010 yılı revizyonlarını da kapsayan yeni tanı kriterleri Tablo 2.2' de görülmektedir.^{20, 21}

Tablo 2.2. Diyabetes Mellitus ve Glukoz Metabolizmasının Diğer Bozukluklarında Tanı Kriterleri

	Aşık DM	İzole IFG(**)	İzole IGT	IFG + IGT	DM Riski Yüksek
APG (≥8 st açlıkta)	≥126 mg/dl	100-125 mg/dl	<100 mg/dl	100-125 mg/dl	-
OGTT stPG (75 g glukoz)	2. ≥200 mg/dl	<140 mg/dl	140-199 mg/dl	140-199 mg/dl	-

Tablo 2.2' nin Devamı

Rastgele PG	≥ 200 mg/dl	+	-	-	-
	Diyabet				
	Semptomları				
A1C(***)	≥ 6.5	-	-	-	%5.7-6.4
	(≥ 48				(39-46
	mmol/mol)				mmol/mol)

(*)Glisemi venöz plazmada glukoz oksidaz yöntemi ile 'mg/dl' olarak ölçülür. 'Aşikar DM' tanısı için dört tanı kriterinden herhangi birisi yeterli iken 'İzole IFG', 'İzole IGT' ve 'IFG + IGT' için her iki kriterin bulunması şarttır. (**) 2006 yılı WHO/IDF Raporunda normal APG kesim noktasının 110 mg/dl ve IFG 110-125 mg/dl olarak korunması benimsenmiştir. (***) Standardize metotlarla ölçülmelidir.

Açlık Plazma Glukozu: En az 8 saatlik açlık sonrası kan tahlili yapılır. Aynı günlerde yapılmış en az 2 kan tahlili bulunmalıdır. 100 mg/dl' den düşük çıkan sonuçlar normal glukoz toleransı olarak değerlendirilir. 100-125 mg/dl aralığı diyabet öncesi olarak kabul edilir. 126 mg/dl ve üzeri değerler ise diyabetes mellitus olarak kabul edilir.^{22, 23}

Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT): Diyabet riski yüksek kişilerde OGTT yapılması diyabet ve prediyabet tanısını koymakta fayda sağlar. Açlık kan şekeri ölçümü için örnek alındıktan sonra 75 gram glukozlu sıvı içirilir. 2 saat sonra kan şekeri ölçülür. 140 mg/dl'den düşük bir değer çıkarsa normal kabul edilir. 140-199 mg/dl aralığı diyabet öncesi olarak değerlendirilir. 200 mg/dl ve daha büyük değerler ise diyabet tanısını koydurur.²²⁻²⁴

Rastgele Plazma Glukoz Ölçümü: Diyabet semptomları ile birlikte rastgele bir zamanda ölçülen plazma glukoz düzeyinin 200 mg/dl veya üzerinde olması diyabet tanısını koydurur.²⁴

HbA1c Ölçümü: Kan tahlili ile değerlendirilir. Kan glukoz düzeyi arttığı oranda HbA1c de artar. Son 3 aylık dönemdeki kan glukoz düzeyini anlamamıza yardımcı olur.

% 6.5 ve daha büyük değerler ölçülmesi durumunda diyabetes mellitus teşhisine ulaşılır. HbA1c ölçümü için günümüzde kullanılan testler tamamen standardize olmadığı için bu tetkikin diyabetes mellitus tanısında kullanımı net değildir.²⁴

ADA ve DSÖ' ye göre gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) tanı kriterleri Tablo 2.3' te gösterilmiştir.²

Tablo 2.3. ADA ve DSÖ' ye Göre GDM Tanı Kriterleri

		APG	1.stPG	2.stPG	3.stPG
Tek aşamalı test					
WHO	75 g glukozlu OGTT	≥ 126	-	≥ 140	-
Kriterleri	(en az 1 patolojik değer tanı koydurur)				
IADPSG/ADA	75 g glukozlu OGTT	≥ 92	≥ 180	≥ 153	-
Kriterleri	(en az 1 patolojik değer tanı koydurur)				
İki aşamalı test (**)					
İlk aşama	50 g glukozlu test	-	≥ 140	-	-
İkinci aşama	100 g glukozlu OGTT	≥ 95	≥ 180	≥ 155	≥ 140
	(en az 2 patolojik değer tanı koydurur)				
	75 g glukozlu OGTT	≥ 95	≥ 180	≥ 155	-
	(en az 2 patolojik değer tanı koydurur)				

(*)Glisemi venöz plazmada glukoz oksidaz yöntemi ile 'mg/dl' olarak ölçülür. (**)İki aşamalı tanı testi günümüzde daha az tercih edilmektedir. IADPSG: Uluslararası Diyabetik Gebelik Çalışma Grupları Birliği,

2.4. Diyabetes Mellitusun Semptomları

Klasik Semptomlar: Poliüri, polidipsi, polifaji, halsizlik, noktüri, çabuk yorulma, ağız kuruluğu.

Daha Az Görülen Semptomlar: Bulanık görme, açıklanamayan kilo kaybı, kaşıntı, inatçı enfeksiyonlar, tekrarlayan mantar enfeksiyonları.^{13, 14}

2.5. Diyabetes Mellitusun Sınıflandırılması

Diyabetin etiyojisi ve patogenezinin daha iyi anlaşılmasıyla, hastalığın sınıflandırılması sürekli olarak yenilenmektedir.²⁵

Diyabetin klinik ve etiyojik tipleri 1997' de ADA tarafından belirlenmiş ve 1999' da DSÖ tarafından düzenlenerek kabul edilmiş ve yayınlanmıştır.^{26,27}

Diyabetes melitusun etiyojik sınıflandırması Tablo 2.4' te görülmektedir.^{13, 28,}

29

Tablo 2.4. Diyabetes Melitusun Etiyojik Sınıflandırması

I. Tip 1 Diyabet

- A. İmmun aracılıklı
- B. İdyopatik

II. Tip 2 Diyabet

III. Diğer Spesifik Diyabet Tipleri

- A. β -hücre fonksiyonlarının genetik defekti
- B. İnsülinin etkisindeki genetik defektler
- C. Pankreasın ekzokrin doku hastalıkları
- D. Endokrinopatiler
- E. İlaç veya kimyasal ajanlar
- G. İmmun aracılıklı nadir diyabet formları
- H. Diyabetle ilişkili genetik sendromlar

IV. Gestasyonel Diyabetes Mellitus

2.5.1. Tip 1 Diyabetes Mellitus

Pankreastaki beta hücrelerinin yıkımı sonucu mutlak insülin eksikliği ile ortaya çıkan diyabet tipidir.³⁰⁻³³ Genellikle 35 yaş altında görülmekle birlikte en sık 10-15 yaş arasında görülür. Tüm diyabetlilerin yaklaşık %5-10' unu oluşturmaktadır³⁴ ve her yıl tanı konulan hasta sayısının 70.000 olduğu düşünülmektedir. Mutlak insülin eksikliği olduğu için tedavide mutlaka insüline gereksinim vardır.^{20, 35-37}

2.5.2. Tip 2 Diyabetes Mellitus

İnsülin direnci ve glukoz toleransındaki bozukluklara bağlı oluşabilen genetik ve çevresel faktörler nedeniyle ortaya çıkan diyabet tipidir.^{30, 31} Genellikle tip 2 diyabetli bireylerde insülin yetmezliğinden ziyade insülin fazlalığı ve insülin direnci mevcuttur.^{20,}

26

Dünyada ve erişkin toplumda en sık görülen diyabet tipidir ve tip 2 diyabetliler tüm diyabetlilerin yaklaşık %90' ını oluşturur.^{27, 38, 39} Gelişmiş ülkelerde toplumun %5-10' u tip 2 diyabetlidir.⁴⁰

Çoğunlukla 30 yaş sonrası ortaya çıkar, ancak son 10-15 yılda obezitenin artışı sonucu çocukluk veya adolesan çağlarında da tip 2 diyabet vakalarına rastlanmaktadır. Hastaların geneli kilolu ya da obezdir. Başlangıçta diyabetik ketoasidoza (DKA) yatkın değildir fakat uzun süren hiperglisemi durumunda veya β -hücre rezervinin azaldığı ileri dönemlerde DKA görülebilir. Hastalığın başlangıcı sinsidir ve hastaların çoğunda başlangıçta hiçbir belirti yoktur. Bazı hastalarda ise bulanık görme, el ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma, ayak ağrıları, tekrarlayan mantar enfeksiyonları veya yara iyileşmesinde gecikme gibi belirtiler görülebilir.^{2, 13, 14}

2.5.3. Gestasyonel Diyabetes Mellitus

GDM, ilk kez gebelik durumunda ve özellikle gebeliğin 28. haftasından sonra ortaya çıkan diyabet tipidir.^{20, 30, 41, 42} İlerleyen dönemde gestasyonel diyabetli kadınlarda tip 2 diyabet görülme oranı artmıştır ve 10-20 yıl içerisinde tip 2 diyabet gelişme riski %30-40 civarındadır. Ayrıca gestasyonel diyabetli annelerin bebeklerinde tip 2 diyabet ve obezite görülme riski vardır.^{35, 42, 43}

2.5.4. Diyabetes Mellitusun Diğer Spesifik Türleri

Pankreası etkileyen birçok nedenden dolayı ortaya çıkan kan şekeri yüksekliğini tanımlar. Beta hücre fonksiyonunda ki genetik bozukluk, insülin fonksiyonunda genetik

bozukluk, pankreasın ekzokrin hastalıkları, endokrinopatiler, ilaç ve kimyasal ajanlar, enfeksiyonlar, immün nedenli diyabetin nadir görülen formları ve diyabetle ilişkili diğer genetik sendromlar bu türler arasında yer almaktadır.^{14, 20}

2.5.5. Bozulmuş Glikoz Toleransı (IGT) ve Bozulmuş Açlık Glikozu (İFG)

Daha önce sınırda diyabet ya da latent diyabet diye adlandırılan IGT ve İFG, artık prediyabet olarak tanımlanmaktadır.²

İFG ve IGT, diyabet açısından önemli risk faktörleridir. İFG kriteri farklı zamanlarda açlık kan şekerinin 100-125 mg/dl (5.6-6.9 mmol/l) olarak ölçülmesidir. IGT kriteri 75 gramlık iki ayrı glukoz tolerans testinde 2. saat glukoz değerinin 140-199 mg/dl (7.8-11.0 mmol/l) arasında bulunmasıdır.²¹

2.6. Diyabetes Mellitusun Komplikasyonları

2.6.1. Diyabetes Mellitusun Akut Komplikasyonları

2.6.1.1. Hipoglisemi

Hipoglisemi, acil müdahale gerektiren ve en fazla hayati önem taşıyan diyabet komplikasyonlarından biridir.

Genel olarak hipoglisemi tanısı için whipple triadı olarak adlandırılan; glisemi < 50 mg/dl bulunması ve düşük glisemi ile uyumlu semptomların olması yeterlidir. ADA 2009 yılı rehberinde diyabetli bireyler için hipoglisemi sınırı PG<70 mg/dl olarak kabul edilmiştir. Titreme, soğuk terleme, anksiyete, bulantı, çarpıntı, acıkma gibi adrenerjik belirtiler; sersemlik hissi, baş ağrısı, konsantre olamama, konuşmada güçlük, halsizlik, konfüzyon gibi nöroglükopenik belirtiler gelişir. Hipogliseminin ana nedeni mutlak veya göreceli insülin fazlalığıdır.⁴⁴⁻⁴⁶ Az yemek yeme, insülin dozunun fazla yapılması, aşırı egzersiz yapma veya egzersiz-beslenme oranının iyi ayarlanamaması, aşırı alkol alımı, hipoglisemiye neden olur.^{46, 47}

Hipoglisemide tedavi sadece sorun çözücü değil, aynı zamanda nedenleri ortadan kaldıran ve tekrar oluşumunu önlemeye yönelik olmalıdır. Hemşirelik bakımı yönünden hasta öğünlerini, insülinin etkisi ile örtüşmesine ve fiziksel aktivitesini artırdığında, ara öğünler de ek gıda almaya özen göstermelidir. Hasta ve ailesi hipoglisemi belirtileri ve hazırlayıcı faktörler konusunda eğitim verilmeli ve hastaya yanında diyabetli olduğunu belirten kimlik taşıması önerilmelidir.^{44, 48}

2.6.1.2. Diyabetik Ketoasidoz

Diyabetin en ciddi akut komplikasyonlarından biri olan diyabetik ketoasidoz dolaşımdaki insülinin belirgin biçimde azalması ya da yokluğu sonucu ortaya çıkar. Kan glukoz düzeyi 300-800 mg/dl arasındadır.^{13, 49}

Genellikle tip 1 diyabetli hastalarda ortaya çıkan DKA nadiren Tip 2 diyabetlilerde de görülebilmektedir. Vakaların %10' u ilk tanı, %90' ı daha önce tanı konulmuş kişilerde görülmektedir. Diyabetik ketoasidoz genellikle 24 saat gibi bir süre içinde ortaya çıkar ve halsizlik, bulantı-kusma, ağız kuruluğu, poliuri, polidipsi, karın ağrısı ve kilo kaybı gibi belirtilerle kendini gösterir.^{14, 49}

Fazla beslenme, insülin eksikliği veya direnci, insülin dozunun unutulması, herhangi bir nedenle kusma ya da diyare, enfeksiyonlar, miyokard infarktüsü, stres, safra kesesi hastalıkları, pankreatit, gebelik, akut hipotroidizm, menstural siklus, diyabetik ketoasidoza neden olur.^{13, 49}

Diyabetik ketoasidozda uygulanacak tedavinin amacı dolaşım hacmini ve doku perfuzyonunu düzenlemek, serum glukoz ve osmolalitesini normal sınırlara getirmek, idrar ve serumdaki keton cisimlerini temizlemek, elektrolit dengesini düzeltmektir. Bunun için sıvı eksikliği biran önce yerine konulmalı ve acil olarak insülin tedavisi verilmelidir. İnsülin tedavisi sırasında saatlik kan şekeri takibi yapılmalı ve hastanın plazma glikozunu düşürme hızı saatte 50-70 mg/dl seviyesinde tutulmalıdır.^{49, 50}

2.6.1.3. Nonketotik Hiperglisemik Hiperosmolar Koma (HHNK)

Diyabetik ketosidoz olmaksızın şiddetli hiperglisemi, plazma hiperosmolalitesi, dehidratasyon ve mental değişikliklerle karakterize bir komplikasyondur. Hastaların çoğu orta yaş üzerindedir. Daha önce diyabeti bilinmemektedir, olsa bile bu genellikle hafiftir. Mortalite %40-70 oranındadır. Günlerce veya haftalarca süren artmış susuzluk ve polidipsi vardır. Glikoz yapımı ile atımı arasında bir dengesizlik görülür.^{44, 45, 51} Plazma glukoz düzeyleri ketoasidozdan yüksektir (>600-1200 mg/dl) ve ph:7.25 civarındadır.¹³

HHNK'nın tedavisinde metabolik buzukluğu tedavi ederken olayı tetikleyici faktörler araştırılmalıdır. İnsülin, sıvı ve elektrolit replasmanı başlıca tedavilerdir.^{47, 52}

2.6.2. Diyabetes Mellitusun Kronik Komplikasyonları

2.6.2.1. Makrovasküler Komplikasyonları

Diyabetin makrovasküler komplikasyonları orta ve büyük damarlardaki değişiklikler sonucu meydana gelir.¹³

Kalpte koroner arter hastalığı, iskemik kalp hastalığı ve miyokard infarktüsü, periferik arterlerde periferik arter hastalığı (PAH), serebrovasküler sistemde serebrovasküler hastalık görülür.¹⁴

Diyabetik bireylerde kardiyovasküler hastalıklar en önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Tip 2 diyabetlilerde özellikle koroner arter hastalıkları riski diyabet olmayanlara göre 2-4 kat daha fazladır. Bu hastaların %60-75' i makrovasküler hastalıklar nedeni ile kaybedilmektedir.^{2, 35}

Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi için; hipertansiyonun, lipit düzeyinin ve obezitenin kontrol altına alınması, sigaranın bırakılması, egzersiz ve düzenli beslenmenin sağlanması gerekir.¹³

2.6.2.2. Mikrovasküler Komplikasyonlar

2.6.2.2.1. Diyabetik Retinopati

Diyabetik retinopati, diyabetin en sık görülen ve tedavi edilebilen kronik komplikasyonudur.⁵³

Diyabetik retinopati, retina kapillerinin dolaşan kandaki yüksek glikoz düzeylerine uzun süre maruz kalması sonucu meydana gelen yapısal ve fonksiyonel değişiklikler olarak tanımlanır.⁵³⁻⁵⁵

Diyabete bağlı göz bozuklukları öncelikle çocuklarda ve gençlerde, insülin kullanan diyabetlilerde ortaya çıkar. Diyabet süresi 15 yıl olan, şekeri kontrolsüz kişilerin %2' si kör olurken, %10' unda ağır görme bozukluğu gelişir. Tip 1 diyabetlilerde tanıdan 10 yıl sonra retinopati görülme oranı %50' dir. Tanıdan 20 yıl sonra tip1 diyabetlilerin tümünde tip2 diyabetlilerin ise yaklaşık %60' ında retinopati görülür.¹⁴

Diyabetik retinopatide temel sorun kapiller damarlardaki hasara bağlı olarak dolaşımın yani retina beslenmesinin azalmasıdır. Tedavide ilaç tedavisi ve cerrahi tedavi uygulanmaktadır.⁵⁶ Ama en önemli faktör diyabet kontrolünün sağlanmasıdır.

2.6.2.2.2. Diyabetik Nefropati

Diyabetik nefropati, diyabetin tüm tiplerinde görülen önemli mikrovasküler komplikasyonlardan biridir. Ayrıca son dönem böbrek yetmezliğinin en sık nedenidir.⁵⁷ Tip 1 diyabetiklerin %30-40' ında, tip 2 diyabetiklerin ise %5-10' unda görülmektedir. Erkeklerde görülme olasılığı kadınlara göre 1.7 kat daha fazladır.²⁵

Diyabetik nefropatinin gelişimde hiperglisemi, hipertansiyon, dislipidemi, obezite, sigara, ileri yaş, insülin direnci, cinsiyet (erkek), yüksek proteinli beslenme ve genetik risk faktörleri etkilidir.⁵⁸⁻⁶⁰ Nefropati riskinin önlenmesi ve gelişmiş nefropatinin yavaşlatılması için öncelikle protein kısıtlamasının yanında kan şekeri ve kan basıncı kontrol hedeflerine ulaşması önemli yaklaşımlardır.^{35, 61}

Diyabetik nefropatinin tedavisinde;

- Sıkı glisemik kontrol
- Dislipidemi tedavisi
- ACE (anjiyotensin dönüştürücü enzim) inhibitörlerinin kullanımı
- Hipertansiyonun kontrol altına alınması
- Protein kısıtlaması
- Sağlıklı beslenme ve sodyum tüketimini azaltma
- Diyet ve yaşam tarzı değişikliği
- Son dönem böbrek yetmezliği geliştikten sonra ise konservatif ve renal

replasman tedavileri uygulanır.^{13, 57, 62}

2.6.2.2.3. Diyabetik Nöropati

Diyabetin uzun vadeli komplikasyonlarından biridir. Periferik (sensorimotor), otonomik ve spinal sinirler dâhil olmak üzere bütün sinir tiplerini etkiler. Mononöropati, simetrik periferik polinöropati ve otonomik nöropati şeklinde sınıflandırılır.^{13, 63}

En sık rastlanan şekli periferik simetrik duyuşal polinöropatidir.^{62, 64} En erken duyu kaybı ayak başparmağında ortaya çıkar ve yukarı doğru ilerler. Üst ekstremiteler daha az etkilenir. Özellikle alt ekstremitelerde distalde pareteziler, ağrı, yanma ve anormal duruş nöropatinin semptomlarıdır. Semptomu olmayan hastalarda bile alt ekstremitelerde tendon refleksi kaybı ve vibrasyon duyusunda azalma vardır. İlerleyen polinöropatide kas güçsüzlüğü ve kas erimesi görülür. Diffuz küçük lifleri etkileyen nöropati, otonom nöropatiye, dolayısıyla ayakta diyabetik ülserlere Charcot atropatisine ve semptomatik otonomik disfonksiyona neden olur.⁶⁵ Periferik nöropatili hastalar travmalardan korunmalı, uygun ayak bakımı verilmeli, rutin aralıklarla ayak muayenesi yapılmalı ve bu konuda hastalara geniş kapsamlı eğitim verilmelidir.^{2, 45}

Mononöropatide tek bir sinirde ya da sinir grubunda kan akışının bozulmasıdır. Sıklıkla 3. ve 6. kranial sinirler, femoral ve siyatik sinirler etkilenir. Sinire bası nedeniyle olan felçler median sinirde daha sıktır ve karpal tunel sendromuyla sonuçlanır.^{64, 65} Mononöropatide görülen ağrı şiddetli değildir, genellikle iki ila altı ay arasında kendiliğinden geçer ve ağrılı dönemlerde hafif analjeziklerin kullanılması yeterli olur.^{14, 64}

Otonomik nöropati, diyabetin önemli ve uzun dönem komplikasyonudur. Parasempatik ya da sempatik sinirler ön planda etkilenmiştir. Sessiz seyreden tipidir. Diyabeti olan bireylerin %30 unu etkiler.⁶² Otonomik nöropati semptomlarının başlamasını takiben 10 yıl içinde diyabetiklilerin %30-50' sinde mortalite görülür. Erken tanı ve tedavi sinirlerdeki harabiyeti yavaşlatabilir veya durdurabilir.^{2, 45}

Diyabetik nöropati tedavisi semptomatik yani belirtileri gidermeye yöneliktir. Bu nedenle hastalığın ortaya çıkmasını önlemek veya geciktirmek önemlidir. Ağrı olduğunda hafif analjezikler kullanılabilir.^{66, 67}

2.6.2.2.4. Diyabetik Ayak

Diyabetik bireylerdeki ayak lezyonları, hastanede yatışın ve travmatik olmayan alt ekstremité amputasyonlarının en sık nedenidir. Tip 2 diyabetli bireylerin yaklaşık %15'inde ayak ülseri gelişir ve bunların %14-24' ünde amputasyon meydana gelir.^{14, 68}

Diyabetik ayak yaralarının oluşmasında nöropati ve iskemi en önemli iki faktördür. Nöropati veya iskemi sonucunda oluşan travma ve yaralanmaların sekonder olarak enfekte olmaları diyabetik ayak enfeksiyonuna neden olur.⁶⁹⁻⁷¹ Diyabetik ayak yarası olan hastaların %60' ında periferik nöropati, %20' sinde iskemi, %20' sinde nöropati ve PAH birlikte bulunur.⁷²

Diyabetik ayakta risk faktörleri

- Nöropati

- Yetersiz ayak bakımı
- Periferik damar hastalığı
- Hijyen eksikliği
- Ayak deformitesi
- Sigara
- Enfeksiyon
- Obezite
- Ödem
- 65 yaş ve üzeri
- Makrovasküler hastalıklar
- Düzensiz glisemik kontrol
- Dislipidemi^{14, 73, 74}

Diyabetik ayak oluşumunu önlemek için risk faktörlerinin zamanında ve doğru bir şekilde gözden geçirilmesi, hastaların düzenli ayak bakım eğitimi alması gereklidir.⁷⁵

Diyabetik ayak tedavisinde,

1. Kan glukozunun kontrolü
2. Basının kaldırılması
3. Yara bakımı
4. Antibiyotik
5. Anjioplasti
6. Cerrahi Tedavi (Debridman, amputasyon, vasküler)
7. Rehabilitasyon
8. Özel ayakkabı
9. Hasta eğitimi

10. Hastanın yakından takibi önemlidir.^{71, 73, 76, 77}

Diyabetik ayağı olan bireye, kendi kendine muayene etme, deri ve ayak bakımı, tırnak muayenesi, uygun ayakkabı, çorap seçimi, ısı kontrolü, derin hassasiyet kontrolü konularında eğitim verilmelidir.^{71, 78-80}

2.7. Diyabetes Mellitusun Tedavisi

Diyabet tedavisinin hedefleri;

- Diyabetlinin bireysel yönetimini sağlamak,
- Kan şekerini hedeflenen düzeyde tutmak,
- Diyabete yönelik belirtileri gidermek,
- Akut ve kronik komplikasyonların ortaya çıkışını, ilerlemesini önlemek veya geciktirmek,
- Tip 2 diyabette pankreasın β hücre fonksiyonlarını korumak,
- Diyabetli bireyin yaşam kalitesini arttırmaktır.^{45, 81}

Başarılı diyabet tedavisi ve izlemi için aşağıda belirtilen temel öğelerin dikkatli koordinasyonu ve sentezi gereklidir;

- 1-Tıbbi beslenme tedavisi
- 2-Düzenli egzersiz programı
- 3-İlaç tedavisi (Oral antidiyabetik tedavi (OAD), İnsulin)
- 4-Bireysel kan şekeri izlemi
- 5-Diyabet eğitimi.^{14, 82}

2.7.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Diyabet, başta beslenme düzeni olmak üzere bazı değişikliklerin yapılmasını gerektirmektedir. Kan şekerini oluşturan asıl kaynak besinler olduğu için tıbbi beslenme tedavisi tüm diyabetli bireylere tedavinin bir bileşeni olarak önerilmektedir.^{83, 84}

Tıbbi beslenme tedavisi; genel değerlendirme, eğitim, hedef saptama ve tedavinin değerlendirilmesi olmak üzere dört temel uygulamadan oluşmaktadır.⁸³ Tedavi planlanırken tip 1 ve tip 2 diyabette insülin salgılama kapasitesinde farklılıklardan dolayı, temel ilkeler aynı olsa da tedavide öncelik sırası farklılık göstermektedir. Tip 1 diyabette, öğün zamanlaması, besin tüketim öyküsü ve egzersize göre besin tüketimi; tip 2 diyabette ise kalori kısıtlaması yapmanın, az ve sık beslenmenin önemi anlatılmaktadır.^{83, 85} Tip 2 diyabet riski yüksek olan bireylerde düzenli kilo verme ve düzenli fiziksel aktivite ile bu risk azaltılabilmektedir.¹³

Tıbbi beslenme tedavisi planlanırken enerji gereksinimi, besin öğeleri ve öğün planı dikkate alınmalıdır. Tanıdan sonra hastaya ideal kilosuna göre kalori içeren, yeterli protein bulunduran ve enerjisinin %40-60' ı karbonhidratlardan oluşan bir diyet verilmelidir. Başlangıç için standart olarak erkeklerde 36 kcal/kg ve kadınlarda 34 kcal/kg yeterli kabul edilmektedir. Bu hesaplamaları yaparken hastanın mevcut ağırlığı değil ideal kilosu dikkate alınmalıdır.¹³

Diyabetli bireyler için doğru enerji gereksinimini karşılayan öğün planı hayati önem taşır. Beden kitle indeksi tespit edilerek de günlük total kaloriyi hesaplamak gerekir.^{83, 86}

Diyabetik bireylerin;

- Yeterli ve dengeli beslenmesine dikkat edilmeli,
- Bireyin gereksinimleri karşılanmalı,
- Uygun fiziksel aktivite düzenlenmeli,
- Öğün planı çeşitli yiyecekleri içermeli,
- Doymuş yağ alımı azaltılmalı,
- Bireyin beslenme alışkanlıkları, yaşam şekli ve sosyoekonomik kültürel özellikleri dikkate alınmalıdır.

Diyabetli bireyin beslenme eğitiminin yapılması diyetisyenin görevidir. Diyabet hemşireleri diyabette beslenme konusunda gerekli eğitimi almalı, diyabetli hastanın periyodik değerlendirilmesi sırasında hastanın diyetle uyumu konusunda yardımcı olmalıdırlar.^{83, 86}

2.7.2. Düzenli Egzersiz Programı

Egzersizin güvenli ve etkili bir şekilde yapılması gerektiğinden egzersiz önermeden önce bireyin tıbbi muayenesi mutlaka yapılmalı ve yaşı, diyabetin süresi, komplikasyon varlığı gibi bilgiler dikkate alınmalıdır.^{87, 88} Egzersiz öncesinde kan şekeri düzeyi 250 mg/dl ve üzerinde ise ya da ketonlar var ise egzersiz bunlar düzeline kadar ertelenmelidir. Eğer kan şekeri düzeyi 100 mg/dl altında ise egzersiz öncesi ilave karbonhidrat alınmalı ve sık kan şekeri takibi yapılmalıdır.¹⁴

Egzersizin tipi, süresi, sıklığı, yoğunluğu ve egzersiz sırasında yapılması gerekenler kapsamlı bir şekilde planlanmalıdır. Diyabetli birey egzersiz öncesi kan şekeri kontrolü yapması, hipoglisemi ve hiperglisemiye karşı önlem alması, beslenme-egzersiz ilişkisine uygun davranması ve açlık döneminde egzersiz yapmaması, uygun malzemeleri seçerek egzersize başlaması konusunda eğitilmelidir.⁸⁹⁻⁹¹

Diyabette egzersizin faydaları:

- Düzenli yapıldığında diyabetlilerde kan şekeri kontrolü sağlar,
- Açlık ve tokluk kan şekerinin yükselmesini engeller,
- Periferik dokularda insülin duyarlılığını artırır,
- Uygun beslenme tedavisi ile birlikte kilonun korunması ya da kaybında yardımcı olur,
- Tip 2 diyabetlilerde OAD ihtiyacını azaltır,
- İnsülin kullanan diyabetlilerde gün içinde alınan insülin ihtiyacını azaltır,
- Kan basıncını düşürür ve kardiyak iş kapasitesini artırır,

- Kardiyovasküler risk faktörlerini azaltır,
- Total kolesterolü azaltır ve HDL (yüksek yoğunluklu lipoprotein) kolesterolü yükseltir,
- Stresi azaltır, bireyin kendini iyi hissetmesine yardımcı olur.^{14,91}

2.7.3. İlaç Tedavisi

2.7.3.1. Oral Antidiyabetikler

Sadece diyet ve egzersiz ile tedavi edilemeyen tip 2 diyabetli hastalarda oral antidiyabetikler kullanılmaktadır. Bu ilaçlar, doğrudan pankreas hücrelerinden insülin salınımını arttırarak etki gösterir ya da periferik glikoz kullanımını arttırır ve karaciğerden glikoz çıkışını azaltır. Sulfonilüreler, biguanitler, alfa-glukozidaz inhibitörleri, tiazolidinedion derivelere oral antidiyabetik ilaçlardır.^{13,92}

2.7.3.2. İnsülin Tedavisi

Tip 1 diyabetli bireylerde pankreasın langerhans adacıkları insülin üretme yeteneğini kaybetmiştir. Bu nedenle dışarıdan uzun süreli insülin verilmesi zorunludur. Tip 2 diyabetlilerde ise, diyet ve oral ilaçlarla kan glikoz düzeyi kontrol altına alınmadığı durumlarda uzun süre insülin verilebilir. Genellikle tip 2 diyabetli bireyler sadece diyet veya diyet-oral antidiyabetik ilaç ile kontrol edilir. Ancak hastalık, gebelik, ameliyat ve stres gibi durumlarda geçici olarak insüline gereksinim duyulabilir.¹³

İnsülin tipleri ve etki profilleri Tablo 2.5’ te gösterilmektedir.²

Tablo 2.5. İnsülin Tipleri ve Etki Profilleri

İnsülin tipi	Jenerik adı	Piyasa adı	Etki başlangıcı	Pik etki	Etki süresi
Prandiyal (bolus) insülinler					
Kısa etkili (human regüler)	Kristalize insülin	insan	Actrapid HM Humulin R	30-60 dk	2-4 st 5-8 st

Tablo 2.5' in Devamı

Hızlı etkili (prandiyal analog)	Glulisin insülin	Apidra	15 dk	30-90 dk	3-5 st	
	Lispro insülin	Humalog				
	Aspart insülin	Novorapit				
Bazal insülinler						
Orta etkili (Bazal NPH)	NPH insan insülin	Humulin N İnsulatard HM	1-3 st	8 st	12-16 st	
Uzun etkili (Bazal analog)	Glargin insülin	Lantus	1 st	Piksiz	20-26 st	
	Detemir insülin	Levemir				
Ultra uzun etkili (**)	Degludec insülin	Tresiba	2 st	Piksiz	40 st	
(Bazal analog)						
Hazır karışım (bifazik) insülinler						
Hazır karışım human (regüler+NPH)	%30 Kristalize+%70 NPH insan insülin	Humulin M 70/30 Mixtard HM 30	30-60 dk	Değişken	10-16 st	
Hazır karışım analog (lispro+NPL)	%25 insülin lispro+%75 insülin lispro protamin	Humalog Mix25	10-15 dk	Değişken	10-16 st	
	%50 insülin lispro+%50 insülin lispro protamin	Humalog Mix50				
Hazır karışım analog (aspart+NPA)	%30 insülin aspart+%70 insülin aspart protamin	NovoMix30	10-15 dk	Değişken	10-16 st	
Hazır karışım analog (aspart+ Degludec) (**)	%30 insülin aspart+%70 insülin degludec	Ryzodeg 30	10-15 dk	Değişken	40 st	

(*)Uzun etkili (bazal) analog insülinler eşdeğer etkili değildir. Bazal insülin olarak glargin kullanıldığında insülin gereksinimi, detemir'e göre %25-35 daha azdır. Detemir insülinin günden güne varyasyonu ve kilo aldırıcı etkisi glargin'e göre (0.5-1 kg) biraz daha azdır. Düşük dozlarda detemir (bazı vakalarda glargin) insülinin etki süresi kısalmış, bu nedenle özellikle tip 1 diyabetlilerde, bazal insülin gereksinimi <0.35 IU/kg/gün ise ikinci bir doz gerekebilir.

(**)Avrupa ülkelerinde kullanılmaktadır, ülkemizde yoktur.

Genellikle insülinler cilt altına enjekte edilir. Ancak, hızlı/kısa etkili insülinler, acil durumlarda intramüsküler veya intravenöz infüzyon şeklinde de uygulanabilir. Orta/uzun etkili insülinlerin intravenöz kullanımı kontrendikedir.²

Kısa etkili insülinlerin yemeklerden 30 dakika önce uygulanması gerekir. Çünkü cilt altına uygulandıktan 30 dakika sonra etkisi başlamaktadır. Kristalize insülinin görünümü berraktır ve cilt altı veya intravenöz yol ile verilebilir.

Orta etkili NPH insülin bulanık görünümündedir. Yemekten 30 dakika önce yapılır. Tek başına kullanıldığında hipoglisemi riskini önlemek için zirve etkisinin olduğu saatlerde ara öğün alması gereklidir.

Uzun etkili protamin zinc insülin, yavaş etkilidir ve bazen yavaş etkisinden dolayı zirve etkisi belirgin olmayabilir.¹³

İnsülin tedavisinin komplikasyonları;

- Hipoglisemi
- Kilo artışı
- Masif hepatomegali
- Ödem
- Anti-insülin antikoları ve alerji
- Lipoatrofi
- Lipohipertrofi
- Kanama, sızma ve ağrı
- Hiperinsülinemi ile ateroskleroz ve kanser riski.²

İnsülinin saklanması: İnsülinler 2-8 °C arasında, buzdolabında saklanır, açıldıktan sonra 3 ay buzdolabında durabilir. Kalem insülinlerin kartuşu oda ısısında 3 hafta, buzdolabında ise 3 ay saklanabilir. İnsülinler araba ve uçak bagajına konulmamalı, ısının çok yüksek olduğu ortamlarda buz aküleri kullanılmalıdır. Renk

değişikliği, kristalleşme ve partiküller olursa kullanılmamalıdır. İnsülin üzerindeki son kullanma tarihine dikkat edilmelidir. Kullanılmayan insülinler buzdolabında saklanmalıdır.⁴⁵

İnsülin karın bölgesine, uyluğun ön lateraline, üst kola ve skapulanın altına subcutan olarak uygulanır. Emilim en hızlı karın bölgesinde daha sonra kollarda, bacaklarda ve uyluk bölgesindedir.¹³ İnsülin enjeksiyonu yapılırken bölgenin alkol ile temizlenmesine gerek yoktur. Genellikle insülin enjeksiyonu bir hafta-bir ay boyunca aynı bölgeye uygulanır. İnsülin emilimini etkileyen lipohipertrofiyi önlemek için enjeksiyonun aynı noktaya yapılmamasına dikkat edilmelidir.¹⁴

İnsülin tedavisi her diyabetli için bireysel hedefler doğrultusunda hazırlanmalıdır. Diyabetli bireyin yaşı, yaşam tarzı, motivasyonu, genel sağlık durumu ve kişisel becerileri tedavide göz önünde bulundurulmalıdır. Tedaviye başlamadan önce diyabetliye insülin kullanımı ve hastalığı ile ilgili konularda eğitim ve destek verilmelidir.^{28, 35}

2.7.4. Bireysel Kan Şekeri İzlemi

Diyabette metabolik kontrolün sağlanması amacı ile diyabetlinin kendi kendine glisemi, glikozuri ve keton takibini yapması *self monitoring* veya *home monitoring* olarak adlandırılmaktadır.^{93, 94}

Diyabetik bireyin kendi kendine izlem yapmasının yararları;

- Daha iyi, kolay ve ucuz glisemi kontrolü sağlar,
- Hipoglisemi ve hiperglisemi ataklarının tespiti ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlar,
- Komplikasyonların erken tanısı ve gelişiminin geciktirilmesine ve önlenmesine yardımcı olur,
- Daha serbest ve güvenli bir yaşam sağlar,

- Daha iyi glisemik kontrol sağlanarak uzun vadede kronik komplikasyonlar azalır, yaşam kalitesi artar, dolayısıyla hastaneye yatış nedenleri azalır.⁹⁵⁻⁹⁸

Diyabetli bireyin evde glisemi izleminden en iyi şekilde yararlanabilmesi için sürekli eğitim ve motivasyonu sağlanmalıdır.⁹⁷ Öncelikle diyabetliye kan şekeri izleminin önemi, yararları, ölçümün nasıl yapılacağı, sonuçların nasıl kaydedileceği, elde edilen ölçüm sonuçlarının nasıl yorumlanacağı ve eylem planları hakkında uygun eğitim verilmelidir.¹⁴

2.7.5. Diyabet Eğitimi

Diyabet tedavisinin esaslarından biri olan diyabet eğitimi ve danışmanlık, etkin diyabet öz bakımı ile iç içe, yaşam boyu devam eden bir süreçtir.^{8, 99, 100} Hastalar, diyabet ile başa çıkmak, sorunları çözebilmek, bağımsız ve kontrol sahibi olabilmek için hastalığı konusunda yeterli bilgiye sahip olmalıdır.¹⁰⁰ Diyabet eğitimi, metabolik kontrolün sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artmasında önemli rol oynar. Eğitim ile hastaneye yatış süresinin, diyabete bağlı amputasyonların (%50), körlük ve kronik renal yetersizliğin (%30) ve Amerika'da diyabet harcamalarının yılda 3 milyar dolar azaldığı görülmüştür.⁸

Diyabet eğitimi doğru ve önemlidir ancak tek başına bilgi, her zaman yeterli sağlık davranışları ya da öz bakım sağlamaz. İnançlar, davranışlar, memnuniyet ve hastalık durumu, bilgi ve davranışı etkileyen bazı faktörlerdir.¹⁰⁰

Diyabetik hasta eğitiminin amaçları;

- Diyabetli hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlamak,
- Tedavi giderlerini azaltmak,
- Tedavi hatalarını önlemek,
- Gelişebilecek komplikasyonlardan korumak,

- Hastanın yeni teknolojiyi kullanmasını sağlamak için bilgi ve deneyimini artırmak,

- Verilen eğitimin hastalığın yönetimini gerçekleştirmede uygun öz-bakım aktivitelerine dönüştürmek.^{46(s.135-167), 101, 102}

1989' da diyabet bakımında ekip yaklaşımının önemini vurgulayan Saint Vincent Deklerasyonunda (SVD) diyabetli eğitiminde hemşirenin rollerine yer verilmiştir. Bu kapsamda hemşirenin rolü;

- Eğitim programının içeriğini hazırlar ve eğitim materyalini geliştirir.
- Birinci basamak tedavi hizmetleri ile işbirliği yaparak hastaları evlerinde ziyaret eder, eğitim ve bakım programlarını toplum sağlığı hizmetlerine entegre eder.
- Bireysel ve grup eğitimi için programları organize eder, uygular ve değerlendirir.
- Diyabetlilerle ilişkisi olan bireylere (öğretmen, polis vb.) eğitim programları geliştirir.
- Hastanelerde ve toplumda diyabetli bireyler için hizmetleri koordine eder.
- Bölgesel diyabet merkezlerindeki sağlık bakım elemanlarına kaynak ve danışman olur.
- Araştırmaya dayanan klinik uygulamalarda aktif olur.
- Ekibin yürüttüğü çalışmalara katılır, aynı zamanda bağımsız hemşirelik araştırmaları yapar.
- Diyabet ile ilgili eğitim programlarının geliştirilmesinde rol oynar.^{103, 104}

Diyabet bakım ekibinin üyesi olan diyabet hemşiresi, diyabet yönetimi ile ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalı ve bu sahip olduğu bilgiyi kullanabilmelidir.^{45, 105}

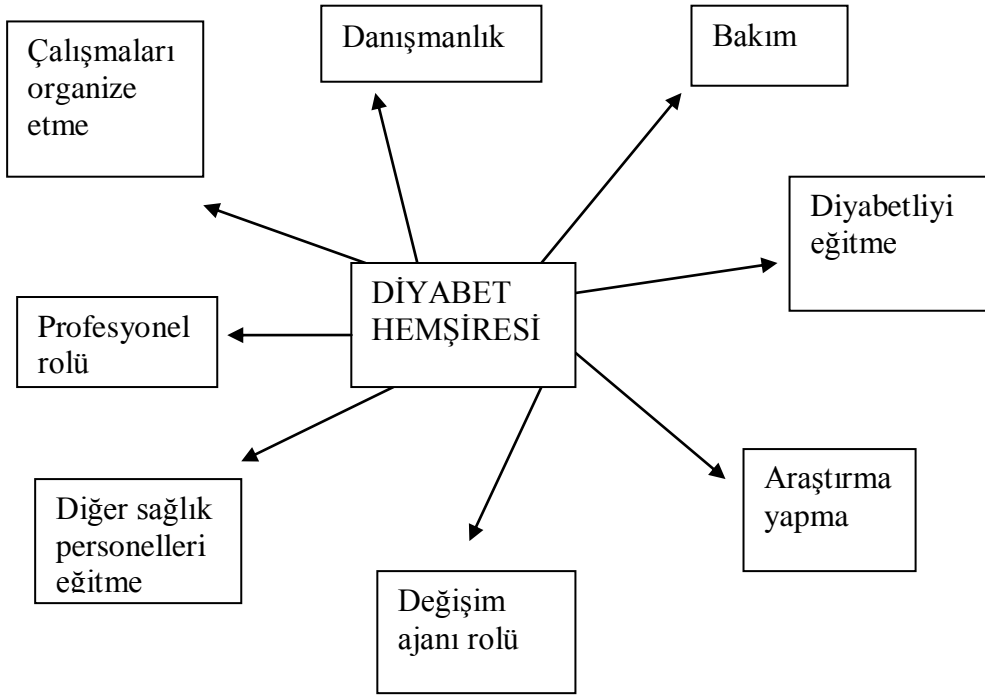
Tüm bunların sonucunda diyabet bakım kalitesini geliştiren, kişinin bireysel yönetimini başarmasını sağlayan temel yaklaşım eğitimidir. Hastanın ne söylediğini dinleyerek, amacı belirli, problem çözücü tutum içinde, dinamik öğrenme ve beceri geliştirmeye yönelik eğitimler programlamak diyabet hemşiresinin rol ve sorumlulukları içerisinde yer alır.^{14, 105, 106}

2.8. Diyabetli Hastaların Tedaviye Uyumunu Etkileyen Faktörler ve Hemşirenin Rolü

Diyabetli bireyin günlük tedavi ve bakımının başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için yeterli bilgi ve becerinin yanı sıra olumlu tutuma da sahip olmaları gerekmektedir. Aynı zamanda istek ve motivasyonunun yüksek olması önem taşımaktadır.¹⁰⁷⁻¹⁰⁹

Hastaların kendi sağlıklarına özellikle de kendi tedavisine ilişkin tutum ve davranışları tedavisinin temelini oluşturmaktadır. İnançlar ve tutumlar birbirleri ile neden sonuç ilişkisinden ötürü sıkı bir bağlantı içindedir. İnançlar iç dünyalar ile ilgili algıların ve tanımların meydana getirdiği sürekli duygulardır. Tutumlar organize olmuş uzun süreli duygu, inanç ve davranış eğilimleridir. Bir eğilimin tutum olabilmesi için, bireyin o eğilimi uzun süre göstermesi gerekir. Bireylerin inanç sistemleri ile ailelerin ve toplumun inanç ve önyargıları hastalığa karşı tutum üzerinde çok etkilidir. İnsanların tutum ve inançlar önceden bilinirse davranışları kestirilebilir ve düzeltilebilir. Diyabetle başa çıkmak için hastanın kendi kendine bakım becerilerine, hastalık hakkında çok bilgiye ve pozitif tutum almasına gereksinim vardır.^{5, 110-112}

Diyabet hemşiresinin rol ve sorumlulukları Şekil 2.1' de görülmektedir.¹⁰⁴



Şekil 2.1. Diyabet Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Diyabetle başa çıkmak için hastanın iyilik halinin pozitif olmasına, kendi kendine bakım becerilerine, hastalık hakkında pek çok bilgiye, sağlığına ve kendine bakım konusunda pozitif tutum göstermesine gereksinim vardır. Öncelikle hastanın;

- Sağlığının önemli olduğuna,
- Bir hastalığı olduğuna,
- Hastalığının ciddi ve ömür boyu süreceğine,
- Hastalığa yönelik şikâyetlerin giderilmesi, risklerin azaltılması ve yaşam kalitesinin düzeltilmesinin ve hastalığın tedavisinin mümkün olduğuna,
- Tedavinin yolunda gitmesi için bireyin bilgi ve katılımının gerekliliğine,
- Davranış ve yaşam biçimindeki değişikliğin sonuçlara çok büyük ve ucuz etki gösterdiğine, oysa yan etkiler oluştuktan sonraki ödemelerin çok pahalı olduğuna,
- Doğru bilgi ve davranış ile yaşam süresinin kısalmadığına,

- Evlenme ve çocuk sahibi olmak gibi doğal beklentilerin iyi metabolik kontrol varsa gerçekleşmesine engel bulunmadığına, belki sadece çocuk sayısının kısıtlı tutulmasının gerekli olduğuna,

- Diyabet tedavisinde; öncelikle, hastalığın kontrolünün önemli olduğuna, ekip çalışması gerektiğine, her zaman danışabileceği bir ekibin olduğuna inanması gerekmektedir.¹¹⁰

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma; Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarını incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Ordu Fatsa Devlet Hastanesi dâhiliye servisi/polikliniğinde Ocak 2014-Aralık 2015, tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırma evrenini, Ocak-Mart 2014 tarihleri arasında ilgili hastanenin dâhiliye servisinde yatan/dâhiliye polikliniğine başvuran ve tanı süresi en az bir yıl olan Tip 2 Diyabetli hastalar oluşturmuştur. Örneklemini ise bu tarihler arasında araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan 110 hasta oluşturmuştur.

Araştırmaya alınma kriterleri; okuryazar olmak, iletişime ve işbirliğine açık olmak, tanılanmış psikiyatrik bozukluğu olmamak, 18-65 yaş arasında olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmek.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK II)

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taranarak hazırlanan formda hastaların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, boy, kilo, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi, ekonomik durum, eğitim durumu, meslek, aile tipi, ailedeki birey sayısı) ve diyabete yönelik tutum ve davranışlarını (hastalık süresi, ailedeki şeker hastalığı durumu, diyetle uyum, egzersiz durumu, kan şekeri kontrol durumu, kontrol sıklığı, hastalıkla ilgili bilgi alma durumu, hastalık bilgisini kimden aldığı) içeren sorular yer almaktadır.^{4, 8, 10-12, 113-115}

3.4.2. Diyabet Tutum Ölçeği (DTÖ) (EK III)

Amerika'da Ulusal Diyabet Komisyonu tarafından geliştirilen DTÖ' nün Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Özcan⁹ tarafından gerçekleştirilmiştir. Alt grupların test-tekrar korelasyon katsayıları 0.52-0.93, Cronbach's Alpha değerleri ise 0.61-0.93 sınırları arasındadır. Alt grupların ölçek toplam puanı ile korelasyonları değerlendirilmiş ve 0.39-0.94 sınırları arasında olduğu bulunmuştur. Ölçek maddelerinin ölçek toplam puanı ile korelasyonları 0.38-0.80 değerleri arasındadır. Sonuç olarak geçerlik-güvenirlik çalışmasında korelasyon katsayıları 0.30'dan yüksek, test-tekrar test ve Cronbach Alpha değerleri genel olarak fazla bulunmuştur.⁹ Diyabet bakım ekibi ve diyabetli bireyler olmak üzere iki farklı gruba uygulanabilen ölçek, bu iki grubun tutumlarının değerlendirilmesini sağlar. Bununla birlikte DTÖ, diyabet eğitim programlarının etkisini, eğitimin etkinliğinde hasta tutumunun önemini ve tutum ile davranış arasındaki ilişkiyi açıklamak için kullanılabilir. DTÖ' nün içerdiği 7 alt grup; özel eğitim gereksinimi, hasta uyumuna karşı tutum, Tip 2 diyabetin ciddiyeti, kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar, hastanın yaşamına diyabetin etkisi, hasta otonomisine karşı tutum ve ekip bakımına karşı tutumdur. Özel eğitim gereksinimi alt grubu 1, 8, 9, 13, 26, 28, 30, hasta uyumuna karşı tutum alt grubu 4, 15, 19, 22, 27, 29, Tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubu 5, 6, 12, kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar alt grubu 10, 17, 24, 34, hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt grubu 2, 11, 14, 18, 21, hasta otonomisine karşı tutum alt grubu 3, 7, 25, 31, 33 ve ekip bakımına karşı tutum alt grubu 16, 20, 23, 32 numaralı soruları içermektedir. Alt grupların madde sayısı 3 ile 7 arasında değişmektedir. Ölçek maddeleri 1' den 5' e kadar değişen, likert tipi puanlama ile puanlanmıştır. Puan > 3 ise pozitif tutum, puan ≤ 3 ise negatif tutumu ifade etmektedir. Puanın 5' e doğru artışı veya 1' e doğru düşüşü o yöndeki tutumu güçlendirmektedir. DTÖ' nün her bir alt grubu oluşturan tüm madde puanlarının toplanarak alt grup madde

sayısına bölünmesi ile o bireyin alt gruba ait, 1 ile 5 arasında değişen tutum puanı hesaplanmaktadır. Aynı şekilde ölçekteki tüm maddelerin puanlarının toplanarak 34' e bölünmesi ile genel olarak diyabet tutum puanı hesaplanmaktadır. Ölçek toplam puanının yorumlanması da madde puanlarının yorumlanmasına benzemektedir. Ölçek puanı > 3 ise pozitif tutumu, ölçek puanı ≤ 3 ise negatif tutumu ifade etmekte ve puanın artışı veya düşüşü o yöndeki tutumu güçlendirmektedir. Ölçek kendi kendine doldurma yöntemi ile uygulanır.⁵

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında kişisel bilgi formu ve DTÖ kullanılmıştır. Veriler, klinikte hastalar araştırmayla ilgili bilgilendirildikten ve sözel onam alındıktan sonra kendi kendine doldurma yöntemi ile toplanmıştır. Hastaların anlamadığı sorularda müdale edilip açıklama yapılmıştır. Her bir diyabetli hasta için ortalama 15-30 dakika zaman ayrılmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Science) 16.0 paket programında değerlendirilmiştir. Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler, hastalıkla ilgili veriler, diyabet tutum ölçeğine ait veriler SPSS'de yüzdeler, ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi. Tanıtıcı ve hastalıkla ilgili özelliklerin diyabet tutum ölçeği alt grupları ile karşılaştırılmasında bağımsız örnekleme t testi, tek yönlü ANOVA, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. DTÖ alt gruplarının güvenilirlik analizinde Cronbach Alpha değerine bakılmıştır. Sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.01$ ve $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenleri DTÖ puanlarıdır.

Bağımsız değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri hastaların tanıtıcı ve hastalıkla ilgili özellikleridir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırma Ordu Fatsa Devlet Hastanesinin dâhiliye polikliniğine/servisine belirtilen tarihlerde başvuran tanı süresi en az bir yıl olan tip 2 diyabetli hasta grubuna genellenebilir.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya katılan hastalara araştırmaya yönelik bilgiler verilmiş, araştırmanın amacı anlatılmış ve bilgilendirilmiş onam formu (EK IV) etik bir ilke olarak yerine getirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan diyabetik bireylerin gönüllü olarak katılımlarını sağlamak için sözel onamları alınmıştır.

Tez önerisi Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul'una sunulmuş ve araştırma için Etik Kurul onayı alınmıştır (EK V). Verilerin toplanması için Ordu Fatsa Devlet Hastanesi'nden gerekli yazılı izin alınmıştır (EK VI).

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastalara Ait Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı (N=110)

Sosyo-Demografik Özellikler	N	%
Yaş		
< 40	3	2.7
40-50	33	30.0
51-60	46	41.8
< 65	28	25.5
Cinsiyet		
Kadın	80	72.7
Erkek	30	27.3
Medeni Durum		
Evli	100	90.9
Bekar	10	9.1
Beden Kitle İndeksi		
Normal	25	22.7
Fazla kilolu	38	34.6
I.derece obez	33	30.0
II. derece obez	11	10.0
III. derece morbid obez	3	2.7
Sağlık Güvencesi		
Emekli Sandığı	17	15.5
SSK	59	53.6
Bağ-Kur	23	20.9
Yok	11	10.0
Ekonomik Durum		
İyi	7	6.4
Orta	85	77.3
Kötü	18	16.3
Eğitim Durumu		
İlkokul	100	90.9
Ortaokul	7	6.4
Lise	3	2.7

Tablo 4.1' in Devamı		
Meslek		
İşçi	14	10.9
Memur	4	5.5
Emekli	3	2.7
Serbest Meslek	14	12.7
Ev Hanımı	75	68.2
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	78	70.9
Geniş Aile	30	27.3
Parçalanmış Aile	2	1.8
Ailedeki Birey Sayısı		
1-3	55	50.0
4-6	47	42.7
7 ve Üzeri	8	7.3
		X±SS
Yaş	53.99±7.75	
Boy	1.65±7.92	
Kilo	80.48±1.47	
Ailedeki Birey Sayısı	3.67±1.77	

Araştırmaya alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1' de verilmiştir. Hastaların %2.7' si 40 yaş altı, %30' u 40-50 yaş, %41.8' i 51-60 yaş, %25.5' i 61-65 yaş arasındadır. Grubun yaş ortalaması 53.99±7.75'tir. Araştırmanın çoğunluğunu evli (n=100, %90.9) ve kadın (n=80, %72.7) hastalar oluşturmaktadır.

Hastaların beden kitle indeksleri incelendiğinde %22.7' si (n=25) normal, %34.5' i (n=38) fazla kilolu, %30' u (n=33) I.derece obez, % 10' u (n=11) II. derece obez, %2.7' si (n=3) III. derece morbid obezdir. Grubun kilo ortalaması 80.48±1.47, boy ortalaması 1.65±7.92'dir.

Araştırmaya katılanların eğitim düzeyleri incelendiğinde %90.9' u ilkokul, %6.4' ü ortaokul, %2.7' si lise mezunudur. Hastaların %15.5' inin (n=17) emekli sandığı, %53.6' sının (n=59) SSK, %20.9' unun (n=23) Bağ-Kur, %10' unun (n=11) ise sağlık güvencesi olmadığı saptanmıştır. Hastaların %77.3' ünün ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu bulunmuştur.

Hastaların %10.9' u (n=14) işçi, %5.5' i (n=4) memur, %2.7' si (n=3) emekli, %12.7' si (n=14) serbest meslek, %68.2' si (n=75) ev hanımıdır. Araştırmaya katılan hastaların aile tipi incelendiğinde %70.9' unu çekirdek aile, %27.3' ünü geniş aile, %1.8' ini parçalanmış aile oluşturmaktadır. Ailedeki birey sayısının ise %50' si 1-3 kişiden, %42.7' si 4-6 kişiden %7.3' ü 7 ve üzerinden oluşmuştur. Ailedeki birey sayısı ortalama 3.67 ± 1.77 ' dir.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalıklarına Ait Bilgilerin Dağılımı (N=110)

Hastalıkla İlgili Veriler	N	%
Diyabet Süresi (yıl)		
1-5	32	29.1
6-10	46	41.8
11-15	12	10.9
16-20	17	15.5
21 ve üzeri	3	2.7
Ailede Diyabet Varlığı		
Evet	71	64.5
Hayır	39	35.5
Ailedeki Diyabetliye Hastanın Yakınlığı (n=71)		
I. derece akraba	68	95.8
II. derece akraba	3	4.2
Hastanın Diyete Uyum Durumu		
Evet	40	36.4
Hayır	33	30.0
Bazen	37	33.6

Tablo 4.2' nin Devamı		
Spor Yapma Durumu		
Evet	15	13.6
Hayır	74	67.3
Bazen	21	19.1
Kan Şekeri Kontrolü		
Evet	65	59.1
Hayır	17	15.4
Bazen	28	25.5
Kontrolle Gitme Durumu		
Ayda 1 kez	32	29.1
2 ayda 1 kez	10	9.1
3 ayda 1 kez	10	9.1
6 ayda 1 kez	18	16.4
12 ayda 1 kez	3	2.7
Düzenli kontrole gitmiyorum	37	33.6
Diyabet Eğitimi Alma Durumu		
Evet	67	60.9
Hayır	43	39.1
Diyabet Eğitimi Aldığı Kişi (n=67)		
Doktor	43	64.2
Diyabet hemşiresi	19	28.4
Doktor ve diyabet hemşiresi	5	7.4
Diyabet Süresi	X±SS	9.44±5.87

Hastalıkla ilgili bulgular incelendiğinde hastaların diyabet süresinin %29.1' inin 1-5 yıl, %41.8' inin 6-10 yıl, %10.9' unun 11-15 yıl, %15.5' inin 16-20 yıl, %2.7' sinin 21 ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Diyabet süresi ortalama 9.44±5.87 olarak bulunmuştur. Hastaların %64.5' inin ailesinde diyabet hastalığı olduğu ve %95.8' inin I.derece akrabalarından oluştuğu saptanmıştır.

Hastaların diyete uyumları değerlendirildiğinde %36.4' ünün (n=40) evet, %30' unun (n=33) hayır, %33.6' sının (n=37) bazen dediği görülmüştür. Hastaların %67.3' ünün (n=74) egzersiz yapmadığı belirlenmiştir.

Hastaların kan şekeri kontrol durumu incelendiğinde %59.1' i (n=65) evet, %15.5' i (n=17) hayır, %25.5' i (n=28) bazen cevabı verdiği görülmüştür.

Araştırmaya katılanların kontrole gitme sıklığı incelendiğinde %29.1' i (n=32) ayda 1 kez, %9.1' i (n=10) 2 ayda 1 kez, %9.1' i (n=10) 3 ayda 1 kez, %16.4' ü (n=18) 6 ayda 1 kez, %2.7' si (n=3) 12 ayda 1 kez, %33.6' sı (n=37) ise düzenli kontrole gitmediği saptanmıştır.

Hastaların %60.9' unun (n=67) diyabet eğitimi aldığı ve eğitimin çoğunlukla doktor (n=43, %64.2) tarafından verildiği görülmüştür.

Tablo 4.3. Hastaların Diyabet Tutum Ölçeği (DTÖ) Alt Gruplarına Ait Ortalamalarının Dağılımı (N=110)

Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutları	X_±Sd
Özel Eğitim Gereksinimi	4.22 _± 0.39
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	3.60 _± 0.62
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	3.11 _± 0.74
Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	3.40 _± 0.56
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	3.58 _± 0.73
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	4.17 _± 0.35
Ekip Bakımına Karşı Tutum	3.59 _± 0.44
Diyabet Tutumu Ölçeği Total Puanı	3.67_±0.36

Diyabet tutum ölçeği alt grupların puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.3' te görülmektedir. Ortalamaların 3 puan veya altında olması negatif tutumu, 3 puanın üzerinde olması pozitif tutumu ifade etmektedir.

Alt gruplardan alınan puan ortalamasını incelediğimizde, puanlar 3.11 ± 0.74 ile 4.22 ± 0.39 arasında değişmektedir. En yüksek pozitif tutum Özel Eğitim Gereksinimi alt grubuna ait iken en düşük pozitif tutumun Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti alt grubuna ait olduğu bulunmuştur.

Diyabet tutum ölçeğini genel olarak değerlendirildiğinde, ölçek total puanın 3.67 ± 0.36 olduğu ve orta düzeyde pozitif tutum sergilendiği görülmektedir.

Tablo 4.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile DTÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması (N=110)

Sosyo–Demografik Özellikler	Diyabet Tutum Ölçeği		
	Sayı (N)	Ortalama (X)	Sd (+)
< 40	3	3.89	0.24
40-50	33	3.67	0.31
51-60	46	3.72	0.29
< 65	28	3.55	0.48
	F: 1.65	p>0.05 (0.18)	
Cinsiyet			
Kadın	80	3.70	0.32
Erkek	30	3.57	0.44
	t: 1.65	p<0.05 (0.03)	
Medeni Durum			
Evli	100	3.65	0.36
Bekâr	10	3.77	0.26
	MWU: 5,47	p>0.05 (0.44)	
Beden Kitle İndeksi			
Normal	25	3.65	0.39
Fazla kilolu	38	3.58	0.40
I. derece obez	33	3.75	0.32
II. derece obez	11	3.73	0.24
III. derece morbid obez	3	3.70	0.13
	F: 1.01	p>0.05 (0.40)	

Tablo 4.4'ün Devamı			
Ekonomik Durum			
İyi	7	3.74	0.24
Orta	85	3.64	0.39
Kötü	18	3.75	0.22
	F: 0.77	p>0.05 (0.46)	
Eğitim Düzeyi			
İlkokul	100	3.68	0.34
Ortaokul	7	3.32	0.48
Lise	3	3.92	0.23
	KW: 5,72	p<0.05 (0.04)	
Meslek			
İşçi	14	3.28	0.51
Memur	4	3.70	0.16
Emekli	3	3.88	0.01
Serbest Meslek	14	3.72	0.25
Ev Hanımı	75	3.72	0.31
	F: 5.50	p<0.001 (0.00)	
Aile Tipi			
Çekirdek Aile	78	3.71	0.33
Geniş Aile	30	3.53	0.41
Parçalanmış Aile	2	3.86	0.16
	F: 3.35	p<0.05 (0.03)	
Ailedeki Birey Sayısı			
1-3	55	3,65	0,33
4-6	47	3,70	0,40
7 ve Üzeri	8	3,54	0,30
	F: 0.77	p>0.05 (0.46)	

Hastaların yaş, medeni durum, BKİ, ekonomik durum ve ailedeki birey sayısı DTÖ' ye göre karşılaştırıldığında puan ortalamaları açısından gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ve bu değişkenlerin bakım ve tedaviye yönelik tutumu etkilemediği görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Diyabetli hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleği ($p<0.001$) ve aile tipi ile diyabet tutumları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.5. Hastalığa Ait Özellikler ile DTÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması (N=110)

Hastalıkla İlgili özellikler	Diyabet Tutum Ölçeği		
	Sayı (N)	Ortalama (X)	Sd (\pm)
Diyabet Süresi (yıl)			
1-5	32	3.68	0.26
6-10	46	3.67	0.41
11-15	12	3.46	0.46
16-20	17	3.69	0.21
21 ve üzeri	3	4.06	0.32
	F: 1.89	p>0.05 (0.11)	
Ailede Diyabet Varlığı			
Evet	71	3.72	0.28
Hayır	39	3.57	0.45
	t: 2.04	p<0.001 (0.00)	
Hastanın Diyete Uyum Durumu			
Evet	40	3.73	0.24
Hayır	33	3.48	0.49
Bazen	37	3.76	0.26
	F: 6.72	p<0.01 (0.002)	
Spor Yapma Durumu			
Evet	15	3.83	0.14
Hayır	74	3.62	0.39
Bazen	21	3.71	0.29
	F: 2.25	p>0.05 (0.11)	

Tablo 4.5' in Devamı			
Kontrolle Gitme Durumu			
Ayda 1 kez	32	3.72	0.22
2 ayda 1 kez	10	3.75	0.22
3 ayda 1 kez	10	3.75	0.40
6 ayda 1 kez	18	3.42	0.51
12 ayda 1 kez	3	3.65	0.15
Düzenli kontrole gitmiyorum	37	3.70	0.36
	F: 2.21	p>0.05 (0.058)	
Diyabet Eğitimi Alma Durumu			
Evet	67	3.65	0.41
Hayır	43	3.70	0.26
	t: -0.70	p<0.05 (0.01)	

Araştırmaya alınan diyabetlilerin ailedeki diyabet varlığı ($p<0.001$), diyetle uyum ($p<0.01$) ve diyabet eğitimi alma durumu ($p<0.05$) ile diyabet tutumları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.5).

Hastaların diyabetin süresi, spor yapma durumu ve kontrole gitme sıklığı ile bakım ve tedaviye yönelik diyabet tutumu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Diyabet tutum ölçeğinin puan ortalaması değerlendirildiğinde hastaların diyabete yönelik pozitif tutum sergilediği görülmüştür (Tablo 4.3).

En güçlü pozitif tutumun sergilendiği alt grup özel eğitim gereksinimi alt grubudur (Tablo 4.3). Bu alt grupta diyabet ekibi üyelerinin diyabet ve yönetimi hakkında özel bir eğitim almaları konusunda hastaların tutumları sorgulanmaktadır. Hastalar sağlık ekibi üyelerinin tedavi, bakım ve eğitim konusunda özel bilgi ve beceriye sahip olmasını istemektedir. Gedik⁵, Javanshir⁸, Özcan⁹, Elkoca¹⁰, Kartal¹², Anderson¹¹⁶ tarafından yapılan çalışmalarda en yüksek pozitif tutum gösteren alt grup özel eğitim gereksinimi alt grubudur. Böylelikle ortaya çıkan sonuçların sağlık ekibi üyeleri için düzenlenen eğitimlerin iyileştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması için bir gereklilik oluşturacağı belirlenmiştir.

En düşük pozitif tutum gösterilen alt grup tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubudur (Tablo 4.3). Bu alt gruptaki sorular insülinle ilgili olan sorulardır. Diyabetli bireyler insuline bağımlı olmayan diyabeti daha az dikkate almaktadırlar. Bu sonuç diyabet kontrolünü zorlaştırabilmektedir ve negatif tutuma neden olabilmektedir. İnsüline bağımlılık hastalığın daha da kötüye gitmesi veya insülin nedeniyle hastaların yaşamlarının daha da azalacağı ve diğer kişilerin hastaya farklı davranacağı gibi düşünceler ortaya çıkarabilir. Özcan⁹ tarafından yapılan diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi konulu tez çalışmasında en düşük pozitif tutum olarak tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubuna ait olduğu belirlenmiştir. Yine Gedik⁵ in⁵ Tip 2 diyabetli hastaların bakıma ve tedaviye yönelik tutumlarının ve iyilik hallerinin belirlenmesi adlı çalışmasında en zayıf pozitif tutumun tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutuna ait olduğu görülmüştür. Peyrot ve ark' nın¹¹⁷ yaptığı çalışmada hastaların insüline ilişkin tutumları incelenmiştir ve Amerikalı hastaların tüm diğer ülkelerdeki

(Almanya, Japonya, İskandinav ülkeleri, İspanya) hastalardan insülin etkinliğine daha az inandıkları belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda da en düşük pozitif tutum sergilenen alt grup tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubudur.^{8, 10, 12} Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar daha önce yapılan araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.^{5, 8-10, 12, 117}

Hastaların yaş, medeni durum, BKİ, ekonomik durum ve ailedeki birey sayısı ile diyabet tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.4).

Hastaların cinsiyetleri ile diyabet tutumu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ve kadınların erkeklere göre daha fazla pozitif tutuma sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Johnson ve ark' nın¹¹⁸ yaptığı çalışmada kadınların erkeklerden Tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubunda daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

Diyabet tutumu ile hastaların medeni durumları arasındaki ilişki incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.4). Javanshir' in⁸ yaptığı çalışmada hastaların diyabet tutumunun medeni durumlarına göre anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Bu araştırmanın bulgusu daha önce yapılan araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Eğitim düzeyi ile diyabet tutumu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Lise mezunu diyabetliler ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre daha fazla pozitif tutum sergilemişlerdir. Hasta uyumuna karşı tutum ve hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt gruplarında da lise mezunları, ilkokul mezunlarına göre daha fazla pozitif tutum göstermiştir. Elkoca' nın¹⁰ yapmış olduğu çalışmada da diyabet tutumunun eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde hasta uyumuna karşı tutum alt grubunda yüksekokul

mezunlarının daha fazla pozitif tutum sergilediği görülmüştür. Aynı zamanda kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar alt grubunda ilköğretim mezunlarının daha yüksek pozitif tutuma sahip olduğu saptanmıştır. Kartal ve ark' nın¹² araştırmasında diyabet tutumu eğitim düzeyine göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Hastaların diyabet tutumları ile meslekleri arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ve emekliler daha fazla pozitif tutum göstermiştir (Tablo 4.4). Aynı zamanda işçilerin diğer meslek gruplarına göre daha düşük pozitif tutuma sahip olduğu bulunmuştur. Hasta uyumuna karşı tutum, kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar ve hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt grupları açısından emekliler diğer meslek gruplarına göre daha fazla pozitif tutum sergilemiştir. Javanshir' in⁸ araştırmasında kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar alt grubunda ev hanımları başka meslek gruplarına göre daha az pozitif tutuma sahip oldukları görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda kendisine zaman ayırma imkânı olan hastaların hastalığa karşı daha fazla pozitif tutum sergilediğini söyleyebiliriz.

Hastaların aile tipi ile diyabet tutumları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4). Parçalanmış ailelerin, geniş ailelere göre daha yüksek düzeyde pozitif tutuma sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Elkoca' nın¹⁰ çalışmasında da parçalanmış ailelerin daha fazla pozitif tutum sergilediği bulunmuştur. Araştırma sonuçları bu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların ekonomik durumları ile diyabet tutumları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Tüm gruplarda hastalar pozitif tutuma sahiptir (Tablo 4.4). Javanshir' in⁸ çalışmasında hastaların ekonomik durumlarına göre diyabet tutumları değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Tip

2 diyabetin ciddiyeti alt grubunda hastaların negatif tutum sergilediği görülmüştür ($p>0.05$).

Çalışmaya alınan hastaların diyabet süresi ile diyabet tutumları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.5). Çalışmadan elde edilen sonuçlar daha önce yapılan araştırma sonuçlarıyla benzer bulunmuştur.^{10, 12}

Diyabet tutumları ile ailede diyabet varlığı arasındaki ilişki karşılaştırıldığında ailesinde diyabet olanların daha fazla pozitif tutum sergilediği görülmüştür (Tablo 4.5). Hastaların ailelerinde diyabet varlığı onların hastalıkla ilgili bilgi düzeylerinin ve tecrübelerinin daha fazla olduğunu gösterir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar daha önce yapılan araştırma sonuçlarıyla benzer bulunmuştur.^{5, 8, 9}

Beslenme durumlarına göre diyabet tutumu karşılaştırıldığında aradaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.5). Kartal ve ark' nın¹² çalışmasında çoğunluğun beslenmesine dikkat ettiği görülmüştür ve diyabet tutumları ile arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). Beslenmesine dikkat eden diyabetliler pozitif tutum, dikkat etmeyenler ise negatif tutum sergilemiştir. Beslenmesine dikkat eden hastaların diyabet tutumu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların egzersiz durumu ile diyabet tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.5). Yapılan bazı çalışmalarda egzersiz yapanlar ile yapmayanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur.^{9, 10} Egzersiz yapan ve bazen egzersiz yapan diyabetlilerin egzersiz yapmayan bireylere göre daha yüksek pozitif tutum sergilediği görülmüştür. Bu çalışmada ise egzersiz yapmayan grubun fazlalığının sonuçların bu yönde çıkmasına neden olduğunu söyleyebiliriz.

Hastaların diyabet eğitimi ile diyabet tutumları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuş olup, diyabet eğitimi alanlar almayanlara göre daha az pozitif tutum sergilemiştir (Tablo 4.5). Upadhyay ve ark' nın¹¹⁹ yaptıkları çalışmada

hastaların bilgi düzeyi ile diyabete ilişkin tutumları arasında pozitif ilişki olduğunu, diyabet bilgisi iyi olan bireylerin hastalığa ilişkin tutumlarının da iyi olduğunu saptamışlardır. Araştırma sonuçları daha önce yapılan çalışma bulguları ile benzerlik göstermemektedir.^{8, 11, 120}

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarını incelemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçlarında;

Tüm hastaların DTÖ' ye göre orta düzeyde pozitif tutuma sahip olduğu görülmüştür.

En yüksek pozitif tutum gösterilen alt grup özel eğitim gereksinimi, en düşük pozitif tutum gösterilen alt grup ise tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubudur.

Diyabetlilerin çoğunluğunu kadınlar oluşturmuştur ve kadınların diyabet tutum puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.

Yaş, ailedeki birey sayısı, medeni durum, ekonomik durum ve tanı süresi ile diyabet tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışma sonucunda;

Diyabete karşı tutumun bakım ve tedaviyi etkilediğini düşünerek; hastaların sahip oldukları negatif tutumların belirlenmesi ve bu tutumların iyileştirilmesi, pozitif tutumların desteklenmesi, diyabette bireysel yönetimin sağlanabilmesi ve diyabet tutumlarının iyileştirilmesi, planlı eğitim programlarının düzenlenmesi için bu konuyla ilgili daha geniş evren ile çalışma yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. <http://www.idf.org/diabetesatlas>. 13 Kasım 2015.
2. Gündoğdu AS. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). *Diyabetes Mellitüs ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuz*, 6. Baskı. Ankara, Grafik Tasarım ve Yayın Hizmetleri, 2013: 216.
3. Brunner LS, Suddarth DS. *Textbook of Medical Surgical Nursing*, 10th ed. Tahran, 2004: 261-267.
4. Tekin Yanık Y. Tip 2 Diyabetlilerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2011.
5. Çelik SG. Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakıma ve Tedaviye Yönelik Tutumlarının ve İyilik Hallerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2002.
6. Daniel M, Messer LC. Perception of disease severity and barriers to self care predict glysemic control in aboriginal persons with type 2 diabetes mellitus. *Chronic Diseases in Canada*, 2002, 23: 130-128.
7. Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 2003, 40: 627-643.
8. Javanshir M. Tip I ve Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Tutumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2006.

9. Özcan Ş. Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1999.
10. Elkoca A. Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalığa Karşı Tutumları ve Problem Alanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2010.
11. Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T, Çelik Z. Diyabet eğitim programının, diyabetik hastaların tutumları üzerine etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2010, 5: 95-105.
12. Kartal A, Çağırğan G, Tıgılı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2008, 7: 223-230.
13. Akdemir N, Birol L. Diyabetes Mellitus. İçinde: *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 2.Baskı. Ankara, Sistem Ofset Basım Yayım, 2005: 708-729.
14. Durna Z, Akın S. Diyabet(tip 2) ve Bakım. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2012: 291-332.
15. Özdemir İ, Hoccoğlu Ç. Tip 2 diabetes mellitus ve yaşam kalitesi: Bir gözden geçirme. *Göztepe Tıp Dergisi*, 2009, 24: 73-78.
16. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar I, Tütüncü Y, Sargin M, Dinççag N, Karsidag K, Kalaça S, Ozcan C, King H. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*, 2002, 25: 1551-1556.
17. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, Karsidag K, Genc S, Telci A, Canbaz B, Turker F, Yılmaz T, Cakir B, Tuomilehto J. TURDEP-II Study

Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal Epidemiology*, 2013, 28: 169-80.

18. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf. 25 Mayıs 2015.

19. Türk Diyabet Cemiyeti. www.diabetcemiyeti.org/c/turdep-2-sonuclarinin-ozeti. 10 Ocak 2015.

20. Atmaca A. Diyabetess mellitusun tanı ve izlem kriterleri. *Journal of Experimental Medical*, 2012, 29: 2-6.

21. Kumbasar AB. Bozulmuş Glukoz Toleransı, Bozulmuş Açlık Glikozu. İçinde: Altuntaş Y, Yenigün M (editörler). *Her Yönüyle Dyiabetes Mellitus*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001: 236-245.

22. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Diyabet önleme programı 2015-2020. http://diyabet.gov.tr/content/files/guncel/turkiye_diyabet_programi.pdf. 15 Nisan 2015.

23. Dinççağ N. Diabetes mellitus tanı ve tedavisinde güncel durum. *İç Hastalıkları Dergisi*, 2011, 18: 181-223.

24. Özgür F. Diabette belirti – bulgular ve tanı kriterleri. <http://bilheal.bilkent.edu.tr/aykonu/ay2013/diabet/diabet.html>. 10 Mart 2015.

25. Özata M. *Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet*, 2. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2011: 529-675.

26. Bennett PH, Knowler WC. Diabetes Mellitus ve Glikoz Hemeostazının Tanımı, Teşhisi ve Sınıflandırması. İçinde: Kahn CR, Weir GC, King GL, Jacobson AM, Moses AC, Smith RJ(editörler). *Joslin's Diabetes Mellitus*, İstanbul, Medikal Yayıncılık, Lippincott Williams & Wilkms, 2008: 331-339.

27. apoğlu İ, Ünüvar N. Diyabetes mellitusun yeni tanı kriterleri ve sınıflandırılması. *İç Hastalıkları Dergisi*, 2001, 8: 3-8.
28. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 2010, 33: 62-69.
29. Türkiye Diyabet Vakfı Ulusal Diyabet Kongresi Konsensus Grubu. Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2013. www.turkdiab.org/i/2013/DİYABET%20REHBERİ%202013.pdf. 3. Baskı, 20 Haziran 2015.
30. Tanrıverdi MH, elepkolu T, Aslanhan H. Diyabet ve birinci basamak sağlık hizmetleri. *Journal Of Clinical And Experimental Investigations*, 2013, 4: 562-567.
31. Dunning T, Ward G. Diyabetin Belirtileri, Tanısı ve Sınıflandırması. İçinde: Hatemi HH(Türkçe eviri editörü). *Diyabette Klinik Sorunların Bakım ve Gözetimi*, 1. Baskı. İstanbul, 121 Medikal Yayıncılık, 2009: 5-35.
32. Üstünsoy obanoğlu ZS, Altuntaş Y, Karamustafaloğlu KO, Şengül A, obanoğlu N. Tip 1 ve tip 2 diyabetes mellitus hastalarında yeme bozuklukları bozulmuş yeme davranışı. *Düşünen Adam Dergisi*, 2008, 21: 24-31.
33. Taşkın E, Yılmaz E, Kılıç M, Ertuğrul S. İnsüline bağımlı diyabetes mellitusun epidemiyolojik özellikleri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2007, 21: 75-79.
34. Aslan Ü, Korkmaz M. Diyabetli bireylerin insülin uygulama bilgi-beceri düzeyleri: doğru ve yanlışlar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2015, 8: 18-26.
35. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2011. *Diabetes Care* , 34: 11-61.
36. Yılmaz T. Tip 1 Diabetes Mellitus. İçinde: Ş. İmamoğlu, C. Ersoy(editörler). *Diabetes Mellitus 2009*, 3.Baskı. İstanbul, Deomed Medikal Yayıncılık, 2009: 38-51.

37. Behrman RE, Kliegmen RM. Nelsan Essentials of Pediatrics. İçinde: Tuzcu M(editör). *Endokrin Hastalıkları*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001: 679-693.
38. Durna Z. Diyabetin Sınıflandırılması ve Tanı Kriterleri. İçinde: Erdoğan S(editör). *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. İstanbul, Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş, 2002: 11-19.
39. Inzuchi SE. *Diabetes Mellitus El Kitabı*, Demiriz IŞ. Demiriz B(çeviri editörleri). Nobel Tıp Kitapevi, 2009.
40. Satman İ. Diyabetes Mellitusun Epidemiyolojisi. İçinde: İmamoğlu Ş(Editör), Özyardımcı Ersoy C(Yard. Ed.). *Diabetes Mellitus 2009, Multidisipliner Yaklaşımla Tanı, Tedavi ve İzlem*, 2. Baskı. İstanbul, Deomed Yayıncılık, 2009: 11-32.
41. Dunning T, Ward G. Gestasyonel diyabet. İçinde: Hatemi HH(Türkçe çeviri editörü). *Diyabette Klinik Sorunların Bakım ve Gözetimi*, 1. Baskı. İstanbul, 121 Medikal Yayıncılık, 2009: 177-184.
42. Karakurt F, Çarlıoğlu A, Kasapoğlu B, İnegöl Gümüş İ. Gestasyonel diabetes mellitus tanı ve tedavisi. *Yeni Tıp Dergisi*, 2009, 26: 134-138.
43. Gogas D, Deyneli O, Aydın H, Tarçın Ö. Diyabet ve Gebelik. İçinde: İmamoğlu Ş, Ersoy C(Editörler). *Diabetes Mellitus 2009*, 3.Baskı. İstanbul, Deomed Medikal Yayıncılık, 2009: 531-536.
44. Olgun N. Hipoglisemi ve Hiperglisemi. İçinde: Erdoğan S(editör). *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*, İstanbul, Yüce reklam/yayım/dağıtım, 2002: 105-116.
45. Olgun N, Aslan FE, Coşansu G, Çelik S. Diyabetes Mellitus. İçinde: Karadakovan A, Aslan FE(editörler). *Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Adana, Nobel Tıp Kitabevi, 2010: 829-864.

46. Akalın S, Aslan M, Başkal N, Yılmaz C, Yılmaz MT, İmamoğlu Ş. *Diabetes Mellitus 2000*. Yılmaz C, Yılmaz MT, İmamoğlu Ş(editörler). İstanbul, Gri tasarım, 2000: 135-167.
47. Karşıdağ K. Hipoglisemi, Diyabetik Ketoasidoz, Ketozsuz Hiperosmolar Hiperglisemi, Laktikasidoz. İçinde: Yenigün M(editör). *Her Yönüyle Diabetes Mellitus*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2001: 285-313.
48. Çorapçioğlu D. Tip 2 Diyabet Kronik Komplikasyonlarında Tedavi Prensipleri. İçinde: Dinççağ N(editör). *Türk Diyabet Yıllığı*, İstanbul, 1999-2000: 219-241.
49. Hatun Ş, Çizmecioğlu F, Çalikoğlu AS. Çocukluk çağında diyabetik ketoasidoz ve tedavisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2006, 49: 50-59.
50. Gürlek A. Diyabetik ketoasidozlu ve hiperosmolar koma hastasına yaklaşım. *Turkish Journal Of Endocrinology And Metabolism*, 2003, 7: 35-36.
51. Taşan E. Hiperosmolar nonketotik diyabet koması. *Diabetes Mellitus Sempozyumu*, İstanbul, 1997, 123-129.
52. Kavaklı B, Sargın M, Gümüş M. Diyabetes mellitusun akut metabolik komplikasyonları-II: Hiperglisemik hiperosmolar nonketotik koma. *Kartal Eğitim ve Araştırma Klinikleri*, 1998, 9: 1-4.
53. Taş A, Bayraktar MZ, Erdem Ü, Sobacı G, Uçar M. Diyabetik hastalarda retinopati sıklığı ve risk faktörleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2005, 47: 164-174.
54. Kan E, Kılıç Kan E, Çeliker Ü, Çolak R, Küçüksoy M. Endokrinoloji polikliniğine başvuran hastalarda diyabetik retinopati bilinci. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007, 14: 245-249.
55. Özmen B, Güçlü F, Kafesçiler S, Özmen D, Hekimsoy Z. The relationship between glycosylated haemoglobin and diabetic retinopathy in patients with type 2 diabetes.department of endocrinology. *Turkish Journal Endocrinology*, 2007, 11: 10-5.

56. American Diabetes Association. Aspirin therapy in diabetes (position statement). *Diabetes Care*, 2004, 27: 72-73.
57. Yavuzer S. Diyabetik nefropati. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Dergisi*, 2015, 6: 33-7.
58. Kurt M, Atmaca A, Gürlek A. Diyabetik nefropati. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2004, 35: 12- 17.
59. Tuğrul A. Diyabetik nefropati. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002, 19: 113- 121.
60. Bogdanovic R. Diabetic nephropathy in children. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2001, 16: 120-122.
61. Öztürk S, Bozkurt OB, Çoban T, Tatlı E, Şar F, Kazancıoğlu R. Aşıkâr diyabetik nefropatili tip 2 diyabetik hastalarda prognoz göstergeleri. *Türkiye Klinikleri Nefroloji Dergisi*, 2009, 4: 1-10.
62. Dunning T, Ward G. Uzun Dönem Komplikasyonlar. İçinde: Hatemi HH(Türkçe çeviri editörü). *Diyabette Klinik Sorunların Bakım ve Gözetimi*, 1. Baskı. İstanbul, 121 Medikal Yayıncılık, 2009: 121-143.
63. Ateş GT. Glisemik kontrolün diyabetin kronik komplikasyonlarına etkisi. *Diyabet Bilimi*, 2006, 4: 58-63.
64. Anadolu İn Affiliation With Johns Hopkins Medicine. Sinir Hasarı ve Diyabet. <http://www.anadolusaglik.org/tr/tibbi-bolumler/dâhili-bilimler/ichastaliklari-endokrinoloji-ve-metabolizma-hastaliklari/sinir-hasari-ve-diyabet>. 07 Ağustos 2015.
65. Terzi M, Cengiz N, Onar MK. Diyabetik nöropati. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2004, 21: 39-49.

66. 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.
67. Özcan Ş. Kronik Komplikasyonlar. İçinde: Erdoğan S(Editör). *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*, İstanbul, Yüce reklam/yayım/dağıtım, 2002: 141-155.
68. Denizeri SB. Diyabetik ayak. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Dergisi*, 2015, 6: 52-7.
69. Yetkin DÖ. Türkiye Diyabet ve Obezite Vakfı. Diyabetik Ayak. [http://www.diabetvakfi.org/ Inf.Php? Partid=5&Catid=5& Pid=8](http://www.diabetvakfi.org/Inf.Php?Partid=5&Catid=5&Pid=8). Haziran, 2014.
70. Baktıroğlu S. Diyabetik ayak yarası: etyopatogenez. *Türkiye Klinikleri Genel Cerrahi Özel*, 2010, 3: 12-17.
71. Neşe AÇ, Ovayolu N. Diyabetik ayak ve bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9: 89-97.
72. Açar KG. Diyabetik Ayakta Tedavi Yaklaşımları ve Wagner Sınıflamasının Tedaviyi Yönlendirmedeki Rolü. T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
73. Arslan M. Diyabetik ayak ve tedavisi. *Aktüel Tıp Dergisi*, 2003, 8: 30-37.
74. Richard JL, Sotto A, Lavigne JP. New insights in diabetic foot infection. *World Journal of Diabetes*, 2011, 2: 24-32.
75. Özkara A, Aktürk M, Delibaşı T, Karaahmetoğlu S. Diyabetik ayaklı 84 hastada risk faktörlerinin incelenmesi. *Türkiye Tıp Dergisi*, 2002, 9: 102-105.
76. Bozyer İ, Baybek H, Eksen M, Türkcan Düzöz G, Yavaş S. Muğla Devlet Hastanesi ve Sosyal Sigortalar Kurumu Muğla Hastanesi dâhiliye kliniklerinde yatan diyabetli hastaların ayak bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004, ISSN: 1303-5134.

77. Batkın D, Çetinkaya F. Diabetes Mellitus Hastalarının Ayak Bakımı ve Diabetik Ayak Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005, 14: 6-12.
78. American Diabetes Association. Preventive foot care in diabetes (position statement). *Diabetes Care*, 2004, 27: 63-64.
79. Bölükbaş N, Paydaş M, Bostan Ö. Diyabetli hastaların ayak bakımı ile ilgili davranışlarının ve mevcut ayak durumlarının saptanması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006, 2: 82-91.
80. Aydoğan Ü, Akbulut H, Çetin Doğaner Y. Diyabetik ayak. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2010, 9: 375-382.
81. Lebovitz HE. Treating hyperglycemia in type 2 diabetes: new goals and strategies. *Cleveland Clinic Journal Medicine*, 2002, 69: 809-20.
82. Akar Z, Bebiş H, Özdemir S. Diyabetli hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri ile sağlık inançları arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 30: 32-46.
83. Evran M, Özcan S. Diyabet ve beslenme. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Dergisi*, 2015, 6: 63-7.
84. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezite, diyabet ve metabolik hastalıklar. <http://diyabet.gov.tr/index.php?lang=tr&page=48>. 3 Nisan 2015.
85. İmamoğlu Ş, Özyardımcı Ersoy C, Şişmanoğlu Gürdal B. Diabetes Mellitus'ta Tıbbi Beslenme Tedavisi. İçinde: İmamoğlu Ş, Ersoy C (Editörler). *Diabetes Mellitus 2009, Multidisipliner Yaklaşımla Tanı, Tedavi ve İzlem*, 2. Baskı. İstanbul, Deomed Yayıncılık, 2009: 113-121.
86. Türkiye Diyabet Vakfı. Beslenme Tedavisi. www.turkdiab.org/page.aspx?u=1&s=18. 20 Mayıs 2015.

87. Can S, Ersöz G. Tip 2 diabetes mellitus tedavisinde egzersizin yeri ve önemi. *Türkiye Klinikleri Journal Sports Sciences*, 2013, 5: 29-38.
88. Topuz O. Diyabetes Mellitus ve Egzersiz. İçinde: Yenigün M, Altuntaş Y(Editörler). *Her Yönüyle Diyabetes Mellitus*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2001: 921-932.
89. American Diabetes Association. Physical activityl exercise and diabetes (position statment). *Diabetes Care*, 2004, 27: 559-568.
90. Pek H. Diyabet ve Egzersiz. İçinde: Erdoğan S(Editör). *Diyabet Hemşireliği*, İstanbul, Yüce Reklam, Yayın, Dağıtım AŞ, 2005: 31-37.
91. Türkiye Diyabet Vakfı. Egzersiz. www.turkdiab.org/page.aspx?u=1&s=22. 20 Mayıs 2015.
92. Özcan Ş. Oral Antidiyabetik Tedavisinin Yönetimi. İçinde: Erdoğan S(editör). *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*, İstanbul, 2002: 56-66.
93. Olgun N, Yalın H, Demir HG. Diyabetli birey nasıl izlenmelidir? *Turkish Family Physician*, 2011, 2: 6-18.
94. Türkiye Diyabet Vakfı. Evde Şeker Takibi. <http://www.turkdiab.org/page.aspx?u=1&s=24>. 1 Ağustos 2015.
95. Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health behavior models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 2000, 3: 180-193.
96. Skinner TC, Hampson SE. Personal models of diabetes in relation to self care, well being, and glycemc control. *Diabetes Care*, 2001, 24: 828-833.
97. Olgun N. Kendi kendini izleme. İçinde: Erdoğan S(editör). *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*, İstanbul, Yüce reklam/yayım/dağıtım, 2002: 67-69.

98. 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.
99. T.C Sağlık Bakanlığı. Erişkin Diyabetli Bireyler İçin Eğitimci Rehberi. <http://beslenme.gov.tr/content/files/diyabet/DiyabetliBireylerIcinEgitimciRehberi.pdf>. 20 Mayıs 2015.
100. Dunning T, Ward G. Diyabet Eğitimi. İçinde: Hatemi HH(Türkçe çeviri editörü). *Diyabette Klinik Sorunların Bakım ve Gözetimi*, 1. Baskı. İstanbul, 121 Medikal Yayıncılık, 2009: 165-176.
101. Akalın S, Aslan M, Başkal N, Çorakçı A, Dinççağ N, Erbaş T, Hatun Ş, İlkova H, Korugan Ü, Yeşil S. Diyabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Eğitiminin Önemi. İçinde: Yılmaz C, Yılmaz MT, İmamoğlu Ş(editörler). *Diabetes Mellitus 2000*, İstanbul, Gri Tasarım, 2000: 47-52.
102. Akyol AD. Diyabet Eğitimi. İçinde: Fadiloğlu Ç (editör). 3. *Ege Dahili Tıp Günleri Diyabet Hemşireliği*, İzmir, Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, 2004: 201-207.
103. Türk Diyabet Hemşireliği Derneği. Dünyada Diyabet Hemşireliği. www.tdhd.org> diyabet_hemşireliği_nedir. 10 Haziran 2015.
104. Akın S. Diyabetli Hastalarda Uyumun ve Aile Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi, 2011.
105. Özcan Ş. Diabetes mellituslu hastanın yönetimi ve hemşirelik. İçinde: Yenigün M(editör). *Her Yönüyle Diabetes Mellitus*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 1.Baskı. 2001: 969-997.

106. Kahraman A, Olgun N. Diyabet eğitimi ve diyabet hemşiresinin rolü. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Dergisi*, 2015, 6: 87-92.
107. Demirtaş A, Akbayrak N. Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların, hastalarına uyum ve kabullenme kriterlerinin belirlenmesi. *Anatolion Journal Clinical Investigation*, 2009, 3: 10-18.
108. Büyükkaya BD, Esen A. Hastalığı kabul ölçeğinin Türk toplumundaki diyabetik bireylere uyarlanması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2011, 10: 155-164.
109. Kartal A, Özsoy SA. Tip 2 diyabetli hastalarda planlı eğitim programının sağlık inancına ve metabolik kontrole etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014: 1-15.
110. Dinççağ N. Diyabetes Mellitus'lu Hastanın Eğitimi. İçinde: Yenigün M, Altuntaş Y(editörler). *Her Yönüyle Diyabetes Mellitus*. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi, 2001: 997-1002.
111. Anderson RM, Fitzgerald JT, Gorenflo DW, Oh MS. A Comparison of the diabetes-related attitudes of health care professionals and patients. *Patient Education and Counseling*, 1993, 21: 41-50.
112. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2004, 27.
113. Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006, 7: 18-26.
114. Palabıyık YD. Diyabetik Hastaların Diyabetik Ayak İle 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.

115. Karaboğa EZ. 60. Yıl ve Binevler Sağlık Ocağına Başvuran Diyabetli Hastaların Diyabet ve Diyabetik Ayak Hakkında Bildikleri ve Uyguladıkları Davranışlarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep üniversitesi, 2012.
116. Anderson RM, Fitzgerald JT, Funnel MM, Gruppen LD. The third version of the diabetes attitude scale. *Clinical Care*, 1998, 21: 1403-1407.
117. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skorvlund SE, Snoek FJ, Matthews DR, Landgraf R, Kleinebreil L. Resistance to insulin therapy among patients and providers. *Diabetes Care*, 2005, 28: 2673-2679.
118. Johnson C, Whetstone WR. Assessing transcultural attitudes towards diabetes in Trinidad. *Journal of National Black Nurses Association*, 2005, 16: 15-9.
119. K Upadhyay D, Palaian S, Shankar PR, Mishra P. Knowledge, attitude and practice about diabetes among diabetes patients in western nepal. *Rawal Medical Journal*, 2008, 33: 8-11.
120. 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.

EK 1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
<p>Adı Soyadı: Sakine USTAALİOĞLU Doğum tarihi: 20.03.1991 Doğum yeri: Terme Medeni hali: Evli, 1 çocuk Uyruğu: T.C. Adres: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM Tel: 0545 615 24 24 Faks: - E-mail: sa_ki_ne_19@hotmail.com</p>
Eğitim
<p>Lise: Terme Lisesi (2007) Lisans: Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2007-2011) Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2011- 2015) Doktora: - -</p>
Yabancı Dil Bilgisi
<p>İngilizce: Orta derecede Almanca: Rusça:</p>
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
.....
İlgi Alanları ve Hobiler
.....

EK II: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Adı Soyadı:

Tarih:

Yaş:

Tel:

Boy:..... Kilo:.....

1. Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek

2. Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar

3. Sağlık Güvencesiniz: a) Emekli sandığı b) SSK c) Bağ-kur d) Özel sigorta e) Yok
f) Diğer

4. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

a) İyi

b) Orta

c) Kötü

5. Eğitim durumunuz: a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite veya yüksekokul
e) Okur-yazar değil

6. Mesleğiniz: a) İşçi b) Memur c) Emekli d) Serbest meslek e) Ev hanımı
f) Diğer.....

7. Aile Tipiniz: 1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile 3) Parçalanmış Aile

8. Ailedeki Birey Sayısı:.....

9. Kaç yıldır şeker hastasıınız:

10. Ailede başka şeker hastalığı olan var mı? a) Evet (kim.....) b) Hayır

11. Beslenmenize özen gösterir misiniz? a) Evet b) Hayır c)

Bazen

12. Spor yapar mısınız? a) Evet b) Hayır c) Bazen

13. Kan şekerinizi kontrol eder misiniz? a) Evet b) Hayır c)

Bazen

14. Hangi sıklıkla kontrol ettirirsiniz? a) Ayda bir kez b) 2 ayda 1 kez c) 3
ayda 1 kez d) 6 ayda 1 kez e) 12 ayda 1 kez f) Düzenli kontrole gitmiyorum

15. Hastalığınızla ilgili bilgi aldınız mı? a) Evet b) Hayır

16. Hastalığınızla ilgili bilgiyi kimden aldınız?

EK III: DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİ

DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda diyabet konusunda çeşitli açıklamalar sıralanmıştır. Numaralanmış tüm açıklamalar “Genelde düşüncem şudur....” cümlesini tamamlamaktadır. Açıklamalardan herhangi biri için bir birey doğru olduğunu düşünürken bir başka birey doğru olmadığına inanabilir. Her açıklamaya vereceğiniz yanıt genellikle inandıklarınızın bir göstergesi olmalıdır. Her bir açıklama için düşüncenizi anlatan sözcük ya da sözcük grubunun altındaki parantezi işaretleyiniz. Her bir açıklamaya cevap vermeniz önem taşımaktadır.

İlginiz ve özeniniz için teşekkür ederim.

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

Genelde Düşüncem Şudur:	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Sağlık bakımı çalışanlarının etkili diyabet tedavisi uygulamak için özel bir eğitim almaları gerekir.	()	()	()	()	()
2. Diyabetli olma, bireyin yaşama bakışını değiştirir.	()	()	()	()	()
3. Diyabetli bireylere, kendi kendine bakım yöntemlerinin asıl seçmeleri ve yapmaları gerektiği öğretilmelidir (Örneğin beslenme şekli, kan şekerini izleme biçimi, günlük insülin enjeksiyonu sayısı)	()	()	()	()	()
4. Diyabetli bireylerin yaşamlarındaki en önemli şey, diyabetlerini kontrol altına almaktır.	()	()	()	()	()
5. Yalnızca diyetle kontrol edilebilen diyabet oldukça hafif bir hastalıktır.	()	()	()	()	()
6. İnsüline bağımlı olmayan diyabet, insüline bağımlı diyabetten daha hafif bir hastalıktır.	()	()	()	()	()

Genelde Düşüncem Şudur:	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
7. Diyabetli birey, diyabet tedavisi ile ilgili olarak neler yapması gerektiğini belirlemelidir.	()	()	()	()	()
8. Diyabetlilere diyabet bakımını öğreten hemşire ve diyetisyenlerin, danışmanlık becerilerini öğrenmeleri önemlidir.	()	()	()	()	()
9. Diyabet bakımı hızlı bir değişim geçirdiği için, sağlık bakım çalışanlarına diyabet hakkında öğrenmeyi sürdürmeleri şartı getirilmelidir.	()	()	()	()	()
10. Kan şekeri kontrolü kötü olan diyabetli bireylerde, kan şekeri kontrolü iyi olan bireylere kıyasla diyabet komplikasyonlarının gelişme olasılığı daha fazladır.	()	()	()	()	()
11. Diyabet tedavisi moral bozucudur.	()	()	()	()	()
12. Diyabetleri yalnızca diyetle tedavi edilen bireylerin, diyabetin uzun dönem komplikasyonlarına yakalanma konusunda endişelenmelerine gerek yoktur.	()	()	()	()	()
13. Diyabetli bireyleri tedavi eden sağlık bakımı çalışanları, hastaları ile iyi iletişim kurmaları konusunda eğitilmelidir.	()	()	()	()	()
14. Diyabet, diyabetli bireyin yaşamının hemen hemen her anını etkiler.	()	()	()	()	()
15. Diyabetli işbirliği yapmaz ve önerilen tedaviye uymazsa sağlık bakımı çalışanlarının onlar için yapabileceği fazla bir şey yoktur.	()	()	()	()	()
16. Doktorlar, bakımları konusunda diyabetlileri yeterince bilgilendirmek için, hemşire ve diyetisyenlerin yardımına gereksinim duyarlar.	()	()	()	()	()

Genelde Düşüncem Şudur:	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
17. Kan şekerinin hedeflenen sınırlarda tutulması, diyabetin uzun dönemdeki komplikasyonlarını azaltacaktır.	()	()	()	()	()
18. Diyabetin psikolojik etkisi oldukça azdır.	()	()	()	()	()
19. Önerilen diyabet tedavisini uygulamayan bireyler diyabetin kontrolüne ilişkin bakıma aslında önem vermemektedirler.	()	()	()	()	()
20. Doktorlar diyabetli bireyleri diyetlerinde yardımcı olması için bir diyetisyene göndermelidir.	()	()	()	()	()
21. Diyabet çok ciddi bir hastalıktır.	()	()	()	()	()
22. Hastalara diyabet komplikasyonlarından bahsetme, önerilen tedaviye uymaları konusunda onları ürkütecektir.	()	()	()	()	()
23. Doktorların, diyabetli hastayı tedavi etme konusunda hemşire ve diyetisyenlerin yardımına ihtiyaçları yoktur.	()	()	()	()	()
24. Kan şekerini istenen düzeyde tutmak için uğraşmanın yararı yoktur, çünkü diyabetin komplikasyonları nasıl olsa ortaya çıkacaktır.	()	()	()	()	()
25. Diyabetli hastaların, kan şekerini kontrol altında tutmak için ne kadar çaba göstereceklerine karar verme hakları vardır.	()	()	()	()	()
26. Diyabet konusunda özel eğitimi olan hemşire ve diyetisyenler hastalara daha iyi bakım verirler.	()	()	()	()	()
27. Diyabetik gençlerin ebeveynleri, çocuklarının kendilerine nasıl baktıkları ile yakından ilgilenmelidirler.	()	()	()	()	()

Genelde Düşüncem Şudur:	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
28. Diyabet eğitimcileri başarılı olmak için eğitimci olma konusunda çok şey öğrenmelidir.	()	()	()	()	()
29. Diyabet bakımı hakkında kararlar doktor tarafından verilmelidir.	()	()	()	()	()
30. Sağlık bakım çalışanlarının diyabet eğitimi, yaşlılık diyabetini de kapsamalıdır.	()	()	()	()	()
31. Günlük diyabet bakımı konusunda önemli kararlar diyabetli birey tarafından verilmelidir.	()	()	()	()	()
32. Doktorlar diyabetli bireyi, hastalığı öğrenmesine yardımcı olması için eğitimci hemşireye göndermelidir.	()	()	()	()	()
33. Diyabetli birey kendi bakımında sorumluluk alabilmek için hastalığını çok iyi öğrenmelidir.	()	()	()	()	()
34. Kan şekerinin uzun bir süre yüksek seyretmesi ile uzun dönem diyabet komplikasyonlarının oluşması arasında ilişki vardır.	()	()	()	()	()

EK IV: BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI PROTOKOLÜ

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesini gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya velisinin Adı, İmzası, Adresi (varsa telefon no, faks no):

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı: Sakine USTAALİOĞLU

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, İmzası,

Görevi:

EK V: ETİK KURUL ONAY FORMU




ETİK KURUL SONUÇ FORMU




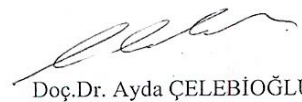
Araştırmanın Adı: “Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve tedaviye Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi”

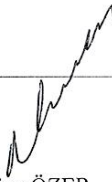
Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()


Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 11.12.2013 tarihinde yapılan toplantısında “Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve tedaviye Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi” konulu Prof.Dr.Mehtap TAN ve öğrenci Sakine USTAALİOĞLU'nun çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan


Doç.Dr.Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.


Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye


Doç.Dr.Nadiye ÖZER
Üye


Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



SAYI : 2036991/68.00- 426


28 OCA 2014

KONU : Tez Konusu Hk.

Sayın: Sakine USTAALİOĞLU
İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Tez konunuzun belirlenmesine ilişkin Enstitümüz Yönetim Kurulu'nun almış olduğu 24.01.2014 tarih ve "2014.4.1/a" sayılı kararı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
MÜDÜR

EK: 1 Adet Karar

e-mail:sagbilenst@atauni.edu.tr
Harici Tlf : 0 442 - 236 09 70

Dahili Tlf : 0-442-231-4885-4886-4887-4895
Fax : 0-442 - 236 09 69

“2014 4. 1/a” ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI OTURUM TARİHİ : 24.01.2014

Enstitümüz çeşitli Anabilim Dallarında eğitimlerini sürdüren Lisansüstü öğrencilerin tez konularının belirlenmesine ilişkin ilgili Anabilim Dalı Başkanlıklarının yazıları görüşüldü.

Enstitümüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sakine USTAALIOĞLU'nun tez konusunun belirlenmesine ilişkin Anabilim Dalı Başkanlığının 22.01.2014 tarih ve 49 sayılı yazısı görüşüldü.

Sakine USTAALIOĞLU'nun tez konusu hakkında Tez Başvuru Formu ve Etik Kurul Raporu dikkate alınarak Anabilim Dalı Başkanlığınca teklif edildiği şekli ile **“Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi”** olarak belirlenmesine, kararın Anabilim Dalı Başkanlığına ve öğrenciye bildirilmesine mevcudun oy birliği ile karar verildi.

MÜDÜR

Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM

MÜDÜR YRD.

Doç. Dr. Abdulkadir YILDIRIM

MÜDÜR YRD.

Doç. Dr. Reva BALCI AKPINAR

ÜYE

Prof. Dr. Mehtap TAN

ÜYE

Prof. Dr. Hayati Murat AKGÜL
(KATILMADI)

ÜYE

Doç. Dr. Meltem ÇETİN



EK VI: ARAŞTIRMA İZİNİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 88179374-535
Konu : Tez çalışması

004989 *28.02.2014

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz öğrencilerinden Sakine USTAOĞLU'nun tez çalışması ile ilgili Ordu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden alınan 20/02/2014 tarih ve 1963 sayılı yazı ve ekleri ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

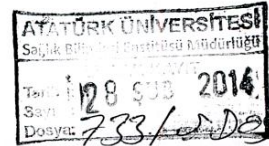
Prof. Dr. Ömer İrfan KÜFREVİOĞLU
Rektör Yardımcısı

İz. kaat. henz.

Eki:1

Öğr. İst.
3. 3. 2014
UW

Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi 25240 ERZURUM
Telefon: (0442) 2311601-2311343 (Büro) Faks: (0442) 2361916
e-posta: odaire@atauni.edu.tr





Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ordu İli Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ORDU İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
TIBBİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI

SAYI :80363387-422-1963
KONU :Tez Çalışması


2.p/02/2014

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)
ERZURUM

İlgi: 30.01.2014 tarih ve 88179374-259/2632 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Sakine USTAOĞLU'nun "Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi" konulu tez çalışması kapsamında yazı ekinde belirtilen anket uygulamasını Genel Sekreterliğimize bağlı Fatsa Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğinde 3. şahıslarla paylaşılmasını kaydıyla uygun bulunmuş olup, gerekli kolaylığın sağlanması amacıyla da Hastanemiz bilgilendirilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.


Uzm. Dr. Hasan ÖZTÜRK
Genel Sekreter

Adres: Bucak Mah. İbn-i Sina Cad. No:18 ORDU
Tel: 0 452 666 60 40- (303)
Mail: khb52.tb@saglik.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin: Sağ. Tek. B. ALTUNIŞIK
Tele-Fax: 0 452 666 60 48
Web: www.ordukhb.gov.tr



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ordu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 80363387-806.02.02/12943
Konu : Araştırma İzni Tenzip

10.11.2015

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Çiğeci Hastane Davize Bina Kontrollümlü ERZURUM

İlgi: a) 30.01.2014 tarih ve 88179374-259/2632 sayılı yazınız.
b) 20.02.2014 tarih ve 90363387-422-1963 sayılı yazımız.

İlgi (a) sayılı yazınız ile Genel Sekreterliğimize Bağlı Fatsa Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğinde "Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi" konulu tez çalışmaları kapsamına ilgi (b) sayılı yazı ile izin verilmiştir.

Ancak araştırma izni verilirken ilgili kişinin soyadını USTAALIOĞLU olarak yazılması gerekirken sehven USTAOĞLU olarak yazıldığı ilgilinin 10.11.2015 tarihli dilekçesinden tespit edilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Kubilay VURAL
Tıbbi Hizmetler Başkanı
e-imzalı

Ek : Dilekçe ve Kimlik Fotokobisi(2 sayfa)

Bucak Mh.İbni Sina Cad. No: 18 52200 ORDU
Telefon No: 0452 666 60 40 Faks No: 0452 666 60 48
e-posta: khb52.tb@saglik.gov.tr internet adresi: www.ordu.khb.saglik.gov.tr

Bilgi için: Nurten ÇITAK
Tıbbi Sekreter
nurten.citak@saglik.gov.tr Dahii / 316



Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belgeye ait bilgilere <http://212.156.84.94:8280/cozumhbys/belgeDetay.jsp> adresinden (80363387-806.02.02-12943-79582q6o) kodu ile erişebilirsiniz.