

Tip 2 Diyabeti Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destegin Hastalığı Kabul Düzeyine Etkisinin Belirlenmesi

Bedia Uysal Kara

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik Yüksek
Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Eylül 2019
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Refia Selma Görgülü
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Gülümser Kublay

2. Prof. Dr. Nermin Olgun

3. Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin

ÖZ

Bu araştırmada; tip 2 diyabeti olan hastalarda algılanan sosyal desteğin, hastalığı kabul düzeyine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada evrenin tamamı örneklem olarak alınmıştır. Gazimağusa Devlet Hastanesi iç hastalıkları servisleri ve polikliniklerine başvuran 152 hasta araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Veriler ‘‘Hasta Tanımlama Formu’’, ‘‘Hastalığı Kabul Ölçeği ’’ ve ‘‘ok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’’ kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistikler ve Mann-whitney U, Kruskal-Wallis H testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmada yaş ortalaması'nın 62,47 olduğu, %55,3'ünün erkek, %62,5'inin evli, %64'ünün ilkokul mezunu, %51'inin çalıştığı ve %62,5'inin eşleri ile birlikte yaşadıkları görülmüştür. Hastaların ortalama diyabet süresinin 13 yıl ve %61,8'inin ailesinde ya da çevresinde diyabet olduğu, tedavide %57,2 ile en çok insülin kullandıkları saptanmıştır. Hastaların fiziksel aktivite (%48), beslenme (%46,7)ve ilaç kullanımında (%41,5) en yüksek desteği eşlerinden aldıkları belirlenmiştir.

Hastalığı kabul ölçeği ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği genel ve alt boyut puanları yükseldikçe, hastalığı kabul ölçeği puanları da yükselmektedir, aralarında istatistiksel olarak pozitif doğrusal, yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=.000$).

Hemşirelerin diyabetli hastaların hastalığı kabul ve algıladıkları sosyal destek düzeylerini belirleyerek bakım ve eğitimi planlamaları, ayrıca bu konuda daha geniş aplı araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Algılanan sosyal destek, hastalığı kabul, hemşire, tip 2 diyabet

ABSTRACT

This study aimed to determine the effects of perceived social support in type 2 diabetes patients on the acceptance levels of the illness. The population of the study consisted of the diabetes patients who were hospitalized at the services of or visited the polyclinics of internal medicine at the Gazimağusa State Hospital in the months of January-February 2018. No sample selection was carried out, and the study was completed with 152 patients. The data were collected by using a “Patient Identification Form”, the “Acceptance of Illness Scale” and the “Multidimensional Scale of Perceived Social Support”. The statistical analysis of the data utilized descriptive statistics and Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H tests. The statistical significance level was taken as $p < 0.05$.

The mean age of the patients was 62.47, 55.3 were male, 62.5% were married, 64% were primary school graduates, 51% were employed, and 62.5% were living with their spouses. The mean diabetes duration of the patients was 13 years, 61.8% of them had diabetes in their families or people around them, and they mostly used insulin for treatment with a rate of 57.2%. It was determined that the patient received the highest amount of support from their spouses in terms of physical activity (48%), eating (46.7%) and medication (41.5%).

As the scores of the general and sub-dimension Multidimensional Scale of Perceived Social Support increased, the scores of the Acceptance of Illness Scale also increased. A positive, linear, strong and statistically significant relationship was found between the scales ($p = .000$).

It is recommended for nurses to plan the care and education of diabetes patients by determining their illness acceptance and perceived social support levels, and it is advisable to conduct more comprehensive studies on this topic.

Keywords: Perceived social support, acceptance of illness, nurse, type 2 diabetes

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın her aşamasında, bilgi ve deneyimleriyle bana büyük destek ve emek veren, emeğini benden esirgemeyen, yol gősterici, yardımcı, destekleyici, hoőgőrölü ve sabırlı Tez danıőmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin hocam başta olmak üzere, çalışmaya önemli katkılarda bulunan değerli jüri üyesi sayın Prof. Dr. Nermin Olgun'a, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Gülümser Kublay'a ve Hemşirelik Bölümü öğretim elemanlarına teőekkürlerimi sunarım.

Eğitimim boyunca desteklerini benden esirgemeyen hayat arkadaőım Okan Kara'ya ve varlığıyla beni ayakta tutan biricik kızım Hira Kara'ya çok teşekkür ederim.

Tercihlerimde yanımda olan, amaçlarım ve hedeflerim doğrultusunda ilerlerken beni destekleyen ve yüreklendiren sevgili annem Bahtiyar Uysal ve babam Mehmet Uysal'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR	vi
KISALTMALAR	x
TABLO LİSTESİ	xi
1 GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı	4
1.2 Araştırma Soruları	4
2 GENEL BİLGİLER	5
2.1 Diyabet	5
2.1.1 Diyabetin Tarihçesi ve Tanımı	5
2.1.2 Klinik Sınıflama ve Tanı Kriterleri	5
2.2 Tip 2 Diyabet	6
2.3 Tip 2 Şeker Hastalığının Etiyoloji / Fiziopatoloji	7
2.3.1 Diyabet Semptomları	7
2.3.2 Diyabet Tanı Kriteri	8
2.4 Diyabet Komplikasyonları	9
2.4.1 Akut Komplikasyonlar	9
2.4.2 Kronik Komplikasyonları	11
2.5 Diyabet Bakımı ve Tedavisi	14
2.6 Hastalık Kabulü	15
2.6.1 Diyabetli Bireylerde Hastalığın Kabulü	15
2.7 Sosyal Destek	16

3 GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1 Araştırmanın Tipi	17
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	17
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4 Veri Toplama Araçları	18
3.4.1 Hasta Tanımlama Formu	19
3.4.2 Hastalığı Kabul Ölçeği	19
3.4.3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	20
3.5 Veri Toplama Süreci	20
3.6 Araştırmanın Zaman Çizelgesi	21
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.9 Araştırmanın Etik Boyutu	22
4 BULGULAR	23
5 TARTIŞMA	42
6 SONUÇ VE ÖNERİLER	50
6.1 Sonuçlar	50
6.2 Öneriler	52
KAYNAKLAR	54
EKLER	63
Ek 1: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan Uygunluk İzni	64
Ek 2: Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu	65
Ek 3: Hasta Tanımlama Formu	67
Ek 4: Hastalık Kabul Ölçeği	70

Ek 5: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	71
Ek 6: Ölçek Kullanım İzinleri	73

KISALTMALAR

ADA	American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Derneği)
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DKA	Diyabetik Ketoasidoz Koması
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GMDH	Gazimağusa Devlet Hastanesi
HHNK	Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik Koma
HKÖ	Hastalığı Kabul Ölçeği
HT	Hipertansiyon
IFG	Impare Fast Glukoz(Bozulmuş Açlık Glukoz)
IGT	Impare Glukoz Tolerance (Bozulmuş Glukoz Toleransı)
İKH	İskemik Kalp Hastalığı
KAH	Koroner Arter Hastalığı
LA	Laktik Asidoz
MI	Miyokard Enfarktüsü
OAD	Oral Antidiyabetik
PAH	Periferik Arter Hastalığı
SVH	Serebrovasküler Hastalık
TURDEP II	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinoloji Hastalıklar Prevalans Çalışması-II

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Diyabetve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri ..	8
Tablo 2: Gazimağusa Devlet Hastanesinde çalışmanın yürütüleceği servislerin genel bilgisi	17
Tablo 3: Araştırma Zaman Çizelgesi	21
Tablo 4: Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri İle İlgili Dağılımı	23
Tablo 5: Hastaların Diyabet İle İlgili Verdikleri Cevaplara Ait Dağılım	24
Tablo 6: Hastaların Diyabet Dışında Kronik Hastalıklarına Ait Dağılım	26
Tablo 7: Hastaların Diyabet İle İlgili Cevaplarına Ait Dağılım	27
Tablo 8: Hastalara Evde Birlikte Yaşadıkları Kişilerin Aktivite, Beslenme ve İlaç Kullanımlarına Verdikleri Destek Durumu	28
Tablo 9: Hastalığı Kabul Ölçeği Genel Puanları İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Genel ve Alt Boyut Puanlarına Ait Korelasyon Sonuçları	29
Tablo 10: Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30
Tablo 11: Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 12: Hastaların Tanticı Özlükleri İle Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 13: Hastalara Ait Bazı Özelliklere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları	39
Tablo 14: Hastalara Ait Bazı ÖzelliklereGöreÇok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları	42

Tablo 15: Hastalara Ait Bazı Özelliklere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları	44
Tablo 16: Hastalara Ait Bazı Özelliklere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları	48

Bölüm 1

GİRİŞ

Diyabet; vücuttaki enerjinin önemli kaynağı olan karbonhidrat metabolizmasının bozulması sonucu oluşan kronik bir hastalıktır. Yaşadığımız zaman diliminde, gelir durumunun iyileşmesi hayat tarzını değişikliğe uğratmış, bu değişiklikler ile beraber tip 2 diyabet hastalığının görülmesi gittikçe artmaya başlamıştır. Dünyada hastalık görülme sıklığı ve komplikasyonları nedeniyle kronik hastalıkların en başında gelen diyabet, arter ve kapiller damarlarda duvar yapı bozukluğu, retinopati, diyabetik nefropati ve nöropati gibi komplikasyonları ile metabolik bir hastalıktır. Gelecekte 20 yıl içerisinde de artış devam edeceği beklenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre önümüzdeki 2025 yılında 420 milyon diyabetli hasta olacağı bildirilmiştir (1, 2, 3, 4, 5).

Diyabet: Kalp hastalıkları, böbrek yetmezliği, ayak amputasyonu ve görme ile ilgili körlüğe neden olan sebeplerin başında gelmektedir. American Diabetes Association'a (ADA) göre diyabet kronik komplikasyonlarına bağlı olarak gelişen yüksek tıbbi maliyetleri nedeniyle kişiyi doğrudan veya dolaylı olarak olumsuz etkilemesinin yanında, kişinin yaşam kalitesini de bozmaktadır (6).

Türkiye'de yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP II) sonucunda diyabet + prediyabetli hasta oranı toplamı %42,4 olarak görülmektedir. TURDEP II çalışmasında diyabet riskinin yaş, beden kitle indeksindeki artış, bel çevresi genişliğindeki artış, yaşanılan bölge, 8 yılın altındaki eğitim durumu ve hipertansiyon

varlığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (7). Kuzey Kıbrıs'ta 1996 yılında yapılan taramada gizli şeker oranını % 13.5 olarak bulunmuş, 2008 yılında Kuzey Kıbrıs Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan en son taramada ise yetişkin nüfusun (20-80 yaş aralığı) % 11'inin diyabet hastası, % 18'inin gizli diyabet olduğu saptanmıştır. Bu da bize glikoz tolerans bozukluğu olan kişilerin yıllar içerisinde daha yüksek rakamlara ulaştığı ve problemin ciddi boyutlarda olduğunu göstermektedir (8).

Bireyin hastalığını kabul etmesi; engellere, bozukluklara ve sınırlılıklara karşın sağlığını üst düzeyde tutabilmesini ve karşılaştığı durumla baş edebilmesini, dolayısıyla yaşam kalitesinin artmasını sağlar. Hastalık gibi bir durum bireylerin yaşamına girdiğinde hastalığı kabullenmesi büyük bir sorun olarak görülebilir. Çünkü hastalıklar bireyin yaşamına aniden girerek kronik bir duruma dönüşebilir. Kronik hastalıklar iyileşme ve alevlenme dönemleriyle bireyin yaşamına kısıtlılık getirerek, bireylerin işlevlerini yerine getirme kapasitesini tehdit eder. Yaşam boyu sürecektir kronik bir hastalık ile baş etmeyi öğrenmek gereklidir. Bireyin hastalığını kabul etmesi, vücudu üzerinde var olan duruma ilişkin olumsuz duygularında azalma, sağlığı geliştirici ve koruyucu tutumlarında artışlar görülmektedir. Hastalığı kabullenmemek ise hastalığın getirdiği sınırlamalara boyun eğme ile sonuçlanır ve bağımlılık duygusunda artma, öz saygı ve öz yeterlik duygusunda ise azalmaya neden olur (9).

Sosyal destek; bir çok türde tanımlara sahip olmakla beraber zorlu ve stresli yaşantılar karşısında bireyin etrafındaki insanlar (arkadaş, eş, diğer aile üyeleri) tarafından sağlanan manevi ve maddi yardım olarak kavramsallaştırılmaktadır (10). Algılanan sosyal destek, kişinin bir anlamda, kendine biçtiği kıymettir. Başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünülmesi, gerektiği zaman yardım bulacağını düşünen bireylerin algıladığı destek yüksek orandadır (11). Sosyal desteğin rolü hastalıklara karşı koruyucu ve baş etme kaynağı

olarak son 25 yıldır büyük ilgi görmektedir. Sosyal desteğin fiziksel ve ruhsal sağlık ile olumlu bir ilişkisi olduğunu gösteren çok sayıda araştırmalar bulunmaktadır (12, 13, 14, 15, 16). Ailelerin bireylere verdiği sosyal desteğin hastaların ümit düzeylerini artıran bir etmen olduğu, ümit düzeyleri artan hastaların da hastalığın ve tedavinin etkileri ile daha iyi baş edeceği ön görülmüştür (17). Kronik hastalıkla baş etmede ve hastalığa uyum sürecinde aile ve çevreden gelen destek önemli bir kaynaktır. Özellikle tanı aşamasında ve komplikasyonların ortaya çıkması durumunda sosyal desteğe gereksinimi arttırmaktadır. Aşırı koruyucu, kontrol edici, endişeli, yönlendirici tutumların sergilendiği ailelerde hastalığa uyum bozulmakta, bununla birlikte dengeli ilişkilerin, çatışmaların az, iş birliğinin olduğu ve rol karmaşasının olmadığı ailelerde hastalığa uyum daha kolay olmaktadır (18).

Aile diyabet yönetimi için tartışmasız en önemli destek kaynağıdır. Kronik hastalığı olan bireylerde yakın arkadaşlar ve aile desteği duygusal desteğin önemli bir kaynağıdır (19). Sosyal desteğin sağlanmasında en önemli görev hemşirelere düşmektedir. Hemşireler, sosyal desteğin elde edilmesi için gerekli koşulları bilmeli, bu desteğin yeterli olup olmadığını anlamalı ve desteğin yetersiz olduğu durumlarda da danışmanlık yapmalıdır (20).

Araştırmanın Hemşirelik Açısından Önemi

Kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığı kabul etmemesi ve yetersiz sosyal destek durumlarında, hastalığın iyi yönetimine engel olmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin diyabetli hastaların hastalık kabul düzeylerini belirlemeleri; diyabetin tedavi ve bakım girişimlerinin yapılabilmesi ve diyabetin yönetiminde başarıya ulaşabilmesi için önem arz etmektedir. Hasta ve ailesi tarafından aktif olarak diyabete uygun yaşam tarzı, tedavi, bakım ve kontrolü sağlandığında diyabete bağlı

gelişebilecek komplikasyonların azaltılması/önlenmesi ile yaşam kalitesini artırılabilir, tedavi maliyetleri azaltılabilir (21).

Amaç: Bu araştırmada; tip 2 diyabeti olan hastalarda algılanan sosyal desteğin, hastalığı kabul düzeyine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları

1. Tip 2 diyabeti olan hastaların hastalığı kabul etme düzeyleri nedir?
2. Tip 2 diyabeti olan hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri nedir?
3. Tip 2 diyabeti olan hastaların tanımlayıcı özellikleri hastalığı kabul etme ve algılanan sosyal destek düzeylerini etkiler mi?
4. Tip 2 diyabeti olan hastalarda algılanan sosyal destek, hastalığı kabul etme sürecini etkiler mi?

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Diyabet

2.1.1 Diyabetin Tarihçesi ve Tanımı

Diyabetin tarihçesi çok eski yıllara uzanmaktadır. MÖ 1500'de Mısır Ebers Papirus yazıtlarında yer alan bilgiye göre fazla idrar yapılan, idrar yoluyla şeker kaybedilen bir hastalık olarak tanımlanmış ve Cappodocia'lı Areateus MS 200 yıllarında hastalığa Diabetes ismini vermiştir (22). Diyabet, insülin hormonu eksikliği, yetersizliği ve/veya yokluğu sonucu oluşan hiperglisemi glikozüri ve bunlara eşlik eden birçok klinik tablo ile seyreden bir hastalıktır. Neden olduğu komplikasyonlarla organ ve işlev kayıplarına yol açarak, yaşam süresini ve niteliğini etkileyen, iş gücü kayıplarıyla sosyal ve ekonomik yükü ağır olan, kronik metabolizmal hastalıktır (23).

2.1.2 Klinik Sınıflama ve Tanı Kriterleri

Diyabet, klinik olarak 4 sınıfta incelenmektedir.

- Tip 1 Diyabet
- Tip 2 Diyabet
- Gestasyonel Diyabet

Sekonder Diyabet (Diğer Spesifik Tipler)

- İnsülin Fonksiyonunda Genetik Bozukluklar
- Beta Hücre Fonksiyonunda Genetik Bozukluklar
- Endokrin Hastalıklar, İlaçlar ve Diğer Kimyasal Maddeler (24).

2.2 Tip 2 Diyabet

Diyabetin en sık görünen tipidir. Tip 2 diyabet genellikle insülin direnci ve mutlak insülin eksikliği ile karakterizedir. Makrovasküler, mikrovasküler ve nöropatik komplikasyonların önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Tüm dünya genelinde şeker hastalığının %90'lık oranı Tip 2 diyabetlidir. Tip 2 diyabet hastalığı ileri yaş özellikle 40 yaş ve üzerinde görülmekle birlikte hayat tarzı değişiklikleri sebebiyle hergün bu yaş azalmakta, çocuklarda, gençlerde de görülebilen bir sorun haline gelmektedir (24). Aile öyküsü tüm grupların hepsinde olmasına rağmen hastalık henüz tek bir zemine oturtulamamıştır. Bununla beraber birinci derece akrabalarında tip 2 diyabet olan bireylerin, yaşamı boyunca diyabete yakalanma oranları %40'lar düzeyindedir. Tek yumurta ikizlerinin birinde diyabet varlığı diğerinde de tip2 diyabet riski %100'lerdedir. Hastaların çoğunda obezite mevcuttur, obezitenin artması insülin direncinin de artmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte, kilo artışı, beslenme düzensizliği, fiziksel hareketsizlik ve toplumsal şehirleşme ve gelişmenin getirdiği değişiklikler tip 2 diyabetin görülme sıklığının artmasına yol açmaktadır (23).

Tip 2 diyabet risk faktörleri şunları kapsar:

- Yaşın ilerlemesi (>45 yaş),
- Obezite (vücut kitle indeksi >25 kg/m²),
- Birinci derece yakınlarında diyabet bulunan kişiler,
- Daha önce bozulmuş açlık glukozu (IFG) veya bozulmuş glukoz toleransı (IGT) saptananlar,
- Hipertansif bireyler (KB ≥140/90 mmHg),
- Diyabet prevalansı yüksek etnik gruplardaki kişiler,
- Dislipidemikler (trigliserid ≥250 mg/dl veya HDL kolesterol ≤35 mg/dl),
- Sedanter yaşam süren, fizik aktivitesi düşük olan kişiler,

- Düşük doğum tartılı doğan kişiler,
- İri bebek doğuran veya daha önce gestasyonel diyabet tanısı almış kadınlar,
- Kadınlarda polikistik over sendromu varlığı
- İnsülin direnci var olan bireyler,
- Serebral vasküler, koroner veya periferik hastalığı olanlar,
- Beslenme faktörü (posalı yiyeceklerden az beslenme),
- Psikiyatrik hastalar, tedavide ilaç alanlardır (25).

2.3 Tip 2 Şeker Hastalığının Etiyoloji / Fizyopatoloji

a. İnsülin direnci; Hücre kapılarının bozulması ile ilişkili olarak pankreastan salgılanan insülinin kullanımında ortaya çıkan problemler sebebiyle, şekerin enerji olarak kullanılamamasıdır. Kas ve yağ dokusunda şeker depolanmamaktadır.

b. İnsülin yapımında azalma; Organizma, şeker seviyesine cevap oluşturarak yeterince insülin üretemez ve karaciğerden de şeker oluşumunda artış görülmektedir. Genellikle tip 2 diyabet öncesinde insülin direnci uzun yıllar tabloya hakim olmaktadır. İnsülin sekresyonunda ciddi azalma diyabetin gelecek dönemlerinde veya araya giren hastalıklar sırasında ön plana geçmektedir (26).

2.3.1 Diyabet Semptomları

Klasik semptomlar

- Noktüri
- Polifaji veya iştahsızlık
- Poliüri
- Halsizlik, çabuk yorulma
- Ağız kuruluğu
- Polidipsi

Daha az rastlanan belirtiler

- Açıklanamayan kilo kaybı
- Kaşıntı
- İnatçı infeksiyonlar
- Bulanık görme
- Tekrarlayan mantar infeksiyonları (26).

2.3.2 Diyabet Tanı Kriteri

Diyabet ve glukoz metabolizmasının diğer bozuklukları için güncel tanı kriterleri Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1: Diyabet ve glukoz metabolizması bozukluklarında tanı kriterleri

	Aşkar DM	İzole BAG	İzole BGT	BAG+BGT	DM Riski Yüksek
APG (≥ 8 st açlıkta)	≥126 mg/dl	100-125 mg/dl	<100 mg/dl	100-125 mg/dl	-
OGTT 2.st PG (75 g glukoz)	≥200 mg/dl	<140 mg/dl	140-199 mg/dl	140-199 mg/dl	-
Rastgele PG	≥200 mg/dl + Diyabet semptomları	-	-	-	-
HbA1C (**)	≥%6.5 (≥48 mmol/mol)	-	-	-	%5.7-6.4 (39-47 mmol/mol)
DM: Diabetes mellitus APG: Açlık plazma glukozu 2.st PG: 2. saat plazma glukozu OGTT: Oral glukoz tolerans testi			HbA1C: Glikozillenmiş hemoglobin BAG: Bozulmuş açlık glukozu DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü IDF: Uluslararası Diyabet Federasyonu		
<i>“(*) Glisemi venöz plazmada glukoz oksidaz yöntemi ile ‘mg/dl’ olarak ölçülür. ‘Aşkar DM’ tanısı için dört tanı kriterinden herhangi birisi yeterli iken ‘İzole BAG’, ‘İzole BGT’ ve ‘BAG + BGT’ için her iki kriterin bulunması şarttır. (**) Standardize metotlarla ölçülmelidir” (26).</i>					

2.4 Diyabet Komplikasyonları

Tedaviyi kabul eden veya etmeyen tüm diyabetli hastalarda kan şekeri seviyesinin denetimin olmadığı zamanlarda organ zararları çıkabilmektedir. Bireylerde kan şekeri izleminin düzgün yapılamaması durumunda diyabetik hipoglisemi, laktik asidoz ve hiperozmolar hiperglisemik durum gibi akut komplikasyonlar ile diyabetik retinopati, diyabetik nöropati, diyabetik nefropati, iskemik kalp hastalığı, koroner arter hastalığı ve diyabetik ayak gibi kronik hastalıklar ortaya çıkmaktadır (24).

2.4.1 Akut Komplikasyonlar

Hipoglisemi; Akut komplikasyonlar içinde acil müdahale gerektiren durum olan hipoglisemi, bireyin şeker düzeyinin 70 mg/dl'nin altına inmesi halinde meydana gelen bir rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır. Hipoglisemi ile baş ağrısı, titreme, terleme, çarpıntı, dudak ve dilde karıncalanma, sinirlilik hali, konfüzyon, kontrolsüz davranışlar, tavır değişikliği, koma ya da epileptik atak ve konuşma bozulmaları semptomları görülür (27). Diyabetli hastalarda; yüksek insülin veya oral antidiyabetik (OAD) ilaçların kullanımı, farklı ilaçlar ve insülin uygulanan bölgede rotasyon yapılmaması, fiziksel aktivite artışı, diyabete uygun beslenme ilkelerine uyulmaması veya zamansız besinlerin tüketilmesi, alkol kullanımı, sindirim zorluğu ve midede sindirimin gecikmesi, kadınlarda menstrüasyon başlaması hipoglisemiye ortam hazırlayan sebeplerdendir (24). Hipoglisemi tedavisinde, eğer hastanın bilinci açıksa ağızdan 15-20 gram glukoz veya aynı miktarda glukoz içeren bal, şeker, süt, meyve suyu, kuru üzüm gibi kan glukoz düzeyini hızlı yükselten bir karbonhidrat kaynağı kullanılmalıdır. 15 dakika sonrasında ölçülen kan glukoz düzeyi 70 mg/dl üstüne çıkmaz ise aynı tedavi tekrarlanmalıdır. Hastanın bilinci kapalıysa; subkutan veya

intramuskuler olarak glukagon uygulaması veya intravenöz olarak glukoz içeren solüsyonlar verilmesi gerekmektedir (27).

Diyabetik Ketoasidoz Koması (DKA); Diyabetli hastada hiperglisemi bulguları ve belirtileri farkedilmez ya da doğru zamanda doğru tedavi edilmez ise ortaya çıkabilecek en ciddi akut metabolik komplikasyon diabetik ketoasidoz komasıdır. DKA koması daha çok tip 1 diyabette görülmektedir, patogenezinde 3 temel faktör yer almaktadır. Bunlar; insülin karşıtı hormon olan glukagon, insülin eksikliği, katekolaminler, kortizol ve Growth Hormon arasındaki dengenin bozulması, dehidratasyondur (25). Genellikle hiperglisemi, glikozüri, asidemi, ketonemi ve kusma ile kendini gösteren aciliyeti olan endokrin bir durumdur. DKA'a zemin hazırlayan durumlar; insülin dozunun eksik yapılması ya da hiç yapılmaması, miyokard enfarktüsü, serebrovasküler olaylar, yeme davranışı bozuklukları, aşırı yeme, enfeksiyonlar, travma, pankreatit, cerrahi girişimlerdir. DKA'nın başarılı bir şekilde tedavisi; potasyum ve fosfat replasmanı, sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanması, asidoz tedavisi ve insülin tedavisidir (25).

Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik Koma (HHNK); Hiperglisemik hiperosmolar nonketotik koma ileri derecede hipovolemi, dehidratasyon, hiperglisemi, hiperosmolarite ve mental değişikliklerin olduğu fakat ketoasidozun olmadığı diyabetin akut metabolik bir komplikasyonudur. DKA'dan kolaylıkla ayırt edilmesinde kan glikoz düzeyi, kan ve idrarda keton bileşiklerinin görülmeşi ve ozmolaritesinin fazla olması ile sağlanmaktadır. HHNK komplikasyonuna sahip diyabetli hastaların çoğunluğu orta yaşın üzerinde olmasına rağmen günümüzde diyabet görülme sıklığının yükselmesi ile gençlerde hatta çocuklarda da HHNK görülebilmektedir. HHNK'nın ana tedavisi hidrasyon, insülin ve elektrolit tedavisidir.

Enfeksiyonun varlığında uygun antibiyotikler, tromboembolik komplikasyonları önlemek için de düşük dozda heparin verilmesi önerilmektedir (24).

Laktik Asidoz (LA); Laktik asidoz kanda laktat konsantrasyonunun yükseldiği durumlarda görülen anyon açıklı bir asidoz durumudur. Genellikle altta yatan ciddi bir hastalığı olan kişilerde görülen ve dokulara oksijen kullanımının ve dağılımının yetersizliğinden kaynaklanan ağır bir metabolik asidoz şeklidir. Laktik asit birikimi laktat kullanımı ile yapımı arasındaki dengenin bozulduğunun işaretidir (26).

2.4.2 Kronik Komplikasyonları

Makrovasküler Komplikasyonlar; Makrovasküler; damarlarda ortaya çıkan değişiklikler ile birlikte meydana gelen komplikasyondur. Kalpte iskemik kalp hastalığı (İKH) veya koroner arter hastalığı (KAH), periferik arterlerde periferik arter hastalığı (PAH), miyokard enfarktüsü (MI), serebrovasküler sistemde serebrovasküler hastalık (SVH) olarak görülür.

Diyabet süresi ile dolaylı olarak özellikle trigliserid seviyesinde ilerleyen yükseliş, kardiyovasküler hastalık, lipid metabolizmasındaki ilerleyen bozulmalar açısından riske katkıda bulunmaktadır. Tip 2 diyabette SVH ve KAH önde gelen ölüm nedeni ile beraber diyabeti olan kişilerin, diyabeti olmayanlara göre ölüm ve kalp hastalığı riski 2-4 kat artmaktadır. Yapılan bir çalışmada HbA1C seviyesinde %1 oranında artma 2-4 yıllık bir süreçte inmede %9 artış ve MI'da %8 artış ile ilişkili bulunmuştur. Kardiyovasküler riski azaltmak için; diyabetli bireylere, kan basıncı, lipid, glisemi kontrolü, sağlıklı kiloya ulaşılması, sistemli fiziksel aktivite, düzenli ve dengeli besin alımı, sigaranın bırakılması vb. bir takım sağlıklı yaşam tarzı değişimi sağlanmalıdır (25).

Mikrovasküler Komplikasyonlar

Diyabetik Retinopati; Diyabetik retinopati 20-74 yaş aralığındaki diyabetli yetişkin bireylerde görme bozukluklarının en başta gelen nedeni olup retinadaki küçük damarların uzun zaman hiperglisemiye maruz kalması sonucunda tahrip olmasıdır. Dünya genelinde 93 milyon kişi diyabetik retinopatiye sahiptir (28). Yüksek glukoz maruziyet süresinin uzaması diyabetik retinopati riskini de artırmaktadır. Diyabetik retinopatinin ortaya çıkması ve ilerlemesini önlemede kan şekeri ve kan basıncı kontrolü büyük önem taşımaktadır. Diyabetik retinopatinin devamı üzerine yapılan araştırmada Tip 1 ve Tip 2 diyabetli bireylerde artmış glisemi düzeyininin yoğun tedavi ile denetlenmesi, yüksek kan basıncının da kontrol altına alınmasının retinopatinin önlenmesi üzerinde olumlu etkileri gösterilmiştir (29). Diyabetik retinopatinin önlenmesinde diyabet ve retinopatinin erken teşhis edilmesi ve görme kaybı başlamadan etkin tedavilerin başlaması önemlidir (24).

Diyabetik Nefropati; Diyabetin dünya genelinde yaşam kalitesini olumsuz etkileyen mühim komplikasyonlarından olan nefropati, tip 1 ve tip 2 diyabetli hastalarda böbrek yetmezliğinin sebebidir (24). Tip2 diyabetlilerde %5-10 oranında nefropati tanılanmaktadır. Nefropatiye sahip diyabetlilerin yüksek kalp hastalığı riski de vardır. Hipertansiyon (HT), nefropati geliştikten sonra böbrek fonksiyonlarındaki bozulma ve kan basıncındaki yükselmeye bağlı olarak gelişmektedir. Diyabetik nefropatinin tedavisinde; diyet düzenlenmesi, protein alımının dengelenmesi, kan şekerinin kontrolü, kan basıncı kontrolünün sağlanması, hiperlipidemi tedavisi gerekir (25).

Diyabetik Nöropati; Diyabetik nöropati, diyabetin uzun seneler kontrolsüz bir şekilde seyretmesi sonucu sinir sistemine verdiği hasarlar olarak bilinir. Kontrolsüz diyabet hastalığının zamanının uzaması, nöropati görülme ihtimalini artırmaktadır. Diyabeti olan hastaların birçoğunda diyabete bağlı nöropati gelişmekte ve bulgular hem periferik, hem de otonom sinir sisteminde ortaya çıkmaktadır (24). Kardiyovasküler otonomik nöropatili diyabet olgularında, üriner fonksiyonlarda ve gastrointestinal sistemde problemlere neden olmaktadır. Nöropati gelişenlerde miyokard infarktüsü ağrısı gizli olabilir ve mide boşalması gecikebilir, motilitenin azalmasına bağlı şikayetler (bulantı-kusma, çabuk doyma hissi, yutmada güçlük) görülebilir. Kolon atonisine bağlı olarak gelişen gece diyareleri ve konstipasyon oluşabilir. Safra kesesi atonisi sebebi ile safra çamuru ve kolesistit oluşabilir. Genitoüriner sistem etkilerine bağlı olarak erektil disfonksiyon ve mesane disfonksiyonu (nörojen mesaneye bağlı), infertilite, ağrılı cinsel temas, kadınlarda cinsel uyarılma güçlüğü ve enfeksiyon görülebilir (25). Periferik nöropati alt ekstermiteleri tutar ve ekstermitelerde yanma hissi, batma, karıncalanma ve kaslarda kuvvet azlığı gibi sorunları kapsar. Ayaklardaki bakım eksikliği, hissizlik neticesinde ayaklarda ülserlere hatta amputasyona sebep olmaktadır. Nöropati tedavisi, semptomları gidermeye yönelik iyi bir kan şekeri ve metabolik kontrol gerektirir (30).

Diyabetik Ayak; Diyabetik ayak, mikrovasküler komplikasyonların uzun süreli sonuçlarından biri ekstermitelerde biçim bozukluğuna neden olmakta ve ayak ülserlerine ortam hazırlamaktadır. Diyabetli bireylerde, diyabetik ayak hastane yatışlarının en sık sebepleri arasında belirtilmektedir (25). Tip 2 diyabetli hastaların ayakları risk altındadır ve yaklaşık %50' si nöropatiye sahiptir. Diyabetli hastalarda enfeksiyon yatkınlığı, periferik arter hastalığı ve periferik nöropati nedeniyle ayak amputasyonları ve ülserlerine sıkça rastlanır. Diyabetli hastalarda amputasyon riski,

sağlıklı kişilere göre 15 ile 45 kat daha yüksektir ve en önemli nedeni ise diyabetik nöropatinin sebep olduğu hissizlik sonucu tekrarlayan travmaların farkına varılamamasıdır. Her 6 diyabetliden birinin hayatı boyunca en az bir defa ayak yarasıyla karşılaştığı bilinmekte ve ayak ülserine maruz kalan hastalarda bu sorunun yeniden başlama olasılığı yükselmektedir. Diyabetli hastalarda tekrarlayan ayak ülserlerinde ilk 12. ayda %28 iken 40. ayda %100'e kadar yükseldiği görülebilmektedir ve buna bağlı olarak diyabet tedavisi ve diyabetik ayak oluşumunun önlenmesinde, teşhisten itibaren düzenli takip ve diyabetli hastaları eğiterek bilinçli davranışların kazandırılmasının önemi vurgulanmaktadır (24).

2.5 Diyabet Bakımı ve Tedavisi

Diyabet yaşamı her anlamıyla etkileyen kronik bir hastalıktır. Diyabeti en iyi şekilde yönetebilmek için diyabetli bireylerin bireysel yönetimini sağlayabilmesi gerekmektedir. Diyabetli kişiler hastalığıyla başa çıkmasında neyin önemli olduğunu, hangi hareketlerden kaçınması gerektiğini ve neler yapması gerektiği gibi konularda olumlu karar alması, uygulaması gerekir. Diyabetli bireylerin bireysel yönetimin yanı sıra başarıya ulaşabilmesi için işbirliğine dayalı ve bütünleşmiş ekip yaklaşımı ile kendi bakımlarında aktif rol almalarında başarılı diyabet yönetime katkı sağladığı belirlenmiştir (31). Diyabet ve tedavisi, bireyin günlük yaşamını birçok yönden etkilemektedir. Bu nedenle tedavi planında hasta ve ailesi mutlaka yer almalıdır. Hastanın hastalığını kabul etmesi bu süreci kolaylaştırmaktadır. Diyabet yönetimi; tedavinin planı hasta tarafından düzenlenmeli, hastalığı ile ilgili farkındalığın ve bakımın yine hastanın kendisinin sağlmasına dayanmaktadır. Başarılı bir diyabet yönetiminin temel öğeleri dikkatli koordinasyon ve sentezi ile olasıdır (32).

Diyabet kontrolünde ve tedavisinde kullanılan yöntemler:

- İlaç Tedavisi (OAD - İnsülin)
- Bireysel İzlem (Kendini İzleme)
- Fiziksel Aktivite
- Tıbbi Beslenme Tedavisi
- Diyabet Eğitimi (32).

2.6 Hastalık Kabulü

Kabul Kavramı; bir şeye istemeyerek veya isteyerek razı olma anlamındadır (33). Kişi için hasta olma kavramı “sağlıklı olma” durumunun kaybıdır. Kronik bir hastalığın varlığı ise, hem kayıp duygusunun uzun süre yaşanmasını, hem de yaşamı ve hastalığı kontrol altında tutmayı gerektirmektedir (34). Hastalığın kabulü, bireyin hastalığını kabul etmesi ve hastalığın 'hasta-hastalık anlaşması' olarak görmesi olarak tanımlanabilir. Bu durum, hastanın hastalıktan kaynaklanan kısıtlamalara ve günlük yaşamdaki değişikliklere hazır olduğu anlamına gelir (35). Kabul düzeyinin daha yüksek olması tedavi ve hastalık süreci ile ilgili negatif duyguları azalttığı görülmektedir (36).

2.6.1 Diyabetli Bireylerde Hastalığın Kabulü

Diyabete uygun kişisel düzenlemeler (fonksiyonel kabulün gelişimi) genellikle kişisel yeterlilik hissi oluşmasına yardımcı olurken, diyabetin kabulünün düşük olması, hastalığa karşı antagonizma, kaçınma ve baskı gibi işlevsel olmayan tutum ve davranışlarla karakterize sonuçlar ortaya çıkarır (37). Diyabetli bireylerde hastalığı kabul etmek, kendi kendine bakım uygulamalarını ve yaşam tarzı değişikliklerine teşvik ederek hastalığın kontrol altına alınmasında ciddi önem taşır. Kavramsallaştırılan kabul, hastalığın reddinin tersi olarak başa çıkma ve diyabetin

olası sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir. Hemşireler diyabetik hastaların bakımında, hastalık kabulünün diyabet yönetimi için kritik olduğunu bilmelidirler (38).

2.7 Sosyal Destek

Yaşam kalitesi arttıkça, bireylerin başkalarına ihtiyaç duymadan ihtiyaçlarını karşılaması ve yaşamlarını kendi istedikleri gibi sürdürerek günlük aktivitelerini devam ettirmelerine imkan sağlamaktadır. Bireylerin çevrelerinden ve ailelerinden almakta oldukları sosyal destek oldukça önem taşımaktadır (39). Hemşireler diyabet hastalarının sosyal desteğini sağlamada anahtar kişidir, bireylerin hastalık yönetimini kolaylaştırmada en önemli destek faktörüdür (40). Hastaların kronik hastalık yönetiminde güçlendirilmesi uzun yıllardır üzerinde durulan bir konudur, hasta ve yakın çevresinin birlikte ele alınması önerilmektedir. Hemşireler hastalara bütüncül yaklaşım kapsamında bakım hizmeti vererek bireyi zihinsel, duygusal, bedensel, sosyo-kültürel ve manevi boyutlarıyla bir bütün olarak düşünmelidir (41). Sağlık sorunu olan kişilerin yaşam doyumu ve sosyal ilişkileri bozulabilmektedir. Gerekli sosyal desteği almış hastalar olaylara daha olumlu bakabilmektedir (42). Bu bakımdan diyabetlilerin yaşamlarında karşılaştıkları olumsuz durumlarla baş edebilmesi için sosyal destek kaynaklarından (eş, aile, çevresindeki kişiler) destek almaları gerekmektedir.

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma: tanımlayıcı-kesitsel araştırmaya uygun olarak planlanmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma gerekli kurum ve kurul izinleri alındıktan sonra KKTC Devlet Hastaneleri arasında 2. büyük hastane olan Gazimağusa Devlet Hastanesinde (GMDH), Tip 2 diyabeti olan hastaların yatarak tedavi gördüğü göğüs, dahiliye, nöroloji servisleri ve koroner yoğun bakım ünitesi ile bu servislerin polikliniklerine müracaat eden hastalarla yapılmıştır. GMDH bilgi işlem bölümünden alınan bilgilere göre 2016 yılında ayda 270 diyabet hastası yatarak tedavi görmüştür.

Tablo 2: GMDH’de çalışmanın yürütüleceği servislerin genel bilgisi

Servisler	Yatak sayısı	Hemşire sayısı	Hemşire Çalışma saatleri
Dahiliye	24	10	07:00-14:00, 14:00-21:00, 21:00-07:00
Göğüs	24	8	‘
Nöroloji	24	7	‘
Koroner Yoğun Bakım Ünitesi	10	10	‘
Poliklinikler (Diyabet, Dahiliye, Nöroloji, Kardiyoloji, Göğüs)			Pazartesi, Salı, Çarşamba, Perşembe, Cuma günleri (hafta içi), 07:30 ile 12:00 saatleri arasında hizmet sunmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini GMDH göğüs, dahiliye, nöroloji servisleri, koroner yoğun bakım ünitesinde yatan ve bu servislerin polikliniklerine müracaat eden tip 2 diyabeti olan hastalar oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. Gerekli kurum ve kurul izinleri alındıktan sonra, sekiz hafta süreyle belirtilen bölümlere gelen, çalışmaya katılmaya gönüllü, dahil edilme kriterlerine uyan tip 2 diyabeti olan hastalar oluşturmuştur. Sekiz haftalık süre içinde 182 diyabetli hasta ile görüşülmüş ve hastaların 4'ü çalışmayı yarım bırakmış, 26'sı da çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Çalışma 152 kişiden veri toplanarak tamamlanmıştır.

Araştırmanın örnekleme dahil edilme kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden
- 18 yaş üstü
- Sözel iletişim ve anlama engeli olmayanlar
- En az 6 ay önce tip 2 diyabet tanısı almış olanlar
- Türkçe konuşanlar

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Hastaların tanımlayıcı özellikleri bağımsız değişkeni oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Hastaların “Hastalığı Kabul Ölçeği (HKÖ)” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek (ÇBASDÖ)” puanları oluşturmaktadır.

3.4 Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verilerinin toplanmasında Hasta Tanımlama Formu (33 soru), HKÖ (8 soru) ve ÇBASDÖ (12 soru) kullanılmıştır.

3.4.1 Hasta Tanımlama Formu

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taranarak soru formu oluşturulmuştur (43, 44, 45). Hazırlanan formun ön uygulaması 10 hasta ile yapılmış ve sorularda hiçbir değişiklik yapılmamıştır. Hazırlanan formda hastaların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu vb.) ve tıbbi bilgileri (ailedeki şeker hastalığı durumu, diyetle uyum, egzersiz durumu, kan şekeri kontrol durumu, kontrol sıklığı vb.) içeren sorular yer almaktadır. 31-32-33. sorular hastaya birlikte yaşadığı kişilerin ilaç, diyet ve egzersiz yapmasındaki desteğini soran 5’li likert tipindedir.

3.4.2 Hastalığı Kabul Ölçeği

Hastalığı Kabul Ölçeği (Acceptance of Illness (AIS)) 1984 yılında Felton ve Revenson tarafından Amerika’da geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını 2011 yılında Büyükkaya Besen ve Esen tarafından yapılmıştır (9). Ölçek sekiz sorudan oluşmaktadır ve ölçekten toplam alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 40’dır. Ölçeğin toplam puanı hastalığı kabul seviyesinin genel ölçüm puanını göstermektedir. Likert tipi olan ölçek katılma-katılmama durumuna göre 1-5 puan ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 6. soru ters olarak puanlanır ve ölçekte tanımlanan ifadelerle katılma durumu (puan 1) düşük puan ile değerlendirilir. Düşük puan kabulün eksikliği anlamına gelir ve ciddi fiziksel rahatsızlığı ve hastalığa kötü uyumu ifade eder. Ölçekte tanımlanan ifadelerle katılmama durumu ise (puan 5) yüksek puanla değerlendirilir. Yüksek puan hastalık durumunun kabulünü ifade eder. Hastalığı kabulün yüksek oluşu, uyumu ve fiziksel rahatsızlığın az hissedilmesini gösterir. Ölçeğin toplam Cronbach alpha değerleri 0,79’ dur (9). (Çalışmamızın Cronbach alpha değerleri 0,91)

3.4.3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Zimet ve arkadaşları tarafından 1988’te geliştirilmiştir. Eker ve Arkar tarafından da ilk olarak 1995 yılında Türkçe geçerlik güvenirliği yapılmıştır. Yine aynı ölçek 2001 yılında Eker, Arkar ve Yıldız tarafından revizyonu yapılmıştır (12). 12 maddeden oluşan ÇBASDÖ’nde, her madde 7 aralıkla derecelendirilmiştir. Desteğin kaynağına ilişkin 3 alt ölçek;aile, arkadaşlar ve özel insanları içermektedir, her biri 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanı bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile elde edilmekte ve elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin toplam Cronbach alpha puanı 0.89’dır. Alt ölçek Cronbach alpha değeri; aile 0.85, arkadaş 0.88, özel bir insan 0.92’dir (12). (Çalışmamızın Cronbach alpha puanı 0,92 – aile 0,89 – arkadaş 0,82 – özel insan 0,84)

3.5 Veri Toplama Süreci

Çalışmanın verilerinin toplanmasında, örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan hastalara, araştırmanın amacı ve yöntemi konusunda bilgi verilmiştir. Çalışmayı benimseyip sözel olarak kabul eden bireylerden yazılı olarak ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ ile yazılı onamları alınmıştır. Veriler, Gazimağusa Devlet Hastanesinin dahiliye, nöroloji, göğüs servislerinde ve koroner yoğun bakım ünitesinde yatan tip 2 diyabeti olan hastalardan uygun olduklarını bildirdikleri saatte yattıkları serviste yataklarında, polikliniklere müracaat eden hastalardan ise poliklinik bekleme salonunda yüz yüze görüşme yöntemi ile çalışmacı tarafından toplanmıştır.

3.6 Araştırma Zaman Çizelgesi

Tablo 3: Araştırma Zaman Çizelgesi

	Haziran Temmuz 2017	Ağustos Eylül Ekim 2017	Kasım Aralık 2017	Ocak Şubat 2018	Mrt Nisan 2018	Mayıs 2018 Ocak 2019	Şubat Ağustos 2019	Eylül 2019
İlgili literatürün taranması, ölçek izinleri ve tez önerisi hazırlanma								
Etik kurul izninin alınması								
Sağlık Bakanlığı araştırma izininin alınması								
Verilerinin toplanması								
Verilerin bilgisayara girilmesi								
Verilerinin analizi								
Tez raporunun yazılması								
Tez raporunun sunulması								

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan bireylerin verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin hesaplanmasında aritmetik ortalama, frekans, standart sapma, yüzde gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Hastalığı Kabul Etme ve Algılanan Sosyal Destek Algısının puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları, normal dağılımına uygun olarak parametrik ve nonparametrik istatistiksel yöntemlerle (t testi, anova, Mann Whitney-u, Kruskal Wallis, ki-kare, korelasyon) değerlendirilmiştir. Araştırmanın anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sonuçları çalışmanın uygulandığı Gazimağusa Devlet Hastanesinin dahiliye, nöroloji, göğüs servisleri ve koroner yoğun bakım ünitesinde yatan ve bu servislerin polikliniğine müracaat eden tip 2 diyabeti olan hastalara genellenebilir.

3.9 Araştırmanın Etik Boyutu

- I. Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği kurulu izini,
- II. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Hizmetleri Dairesi Müdürlüğünden ve GMDH'si Baş Hekimliğinden Kurum izini,
- III. Hastalığı Kabul Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği yazarlarından e-mail yoluyla ölçek kullanım izinleri ve
- IV. Araştırmaya katılanlardan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu yazılı olarak alınmıştır.

Bölüm 4

BULGULAR

Tablo 4: Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri İle İlgili Dağılımı (n:152)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
45 Yaş ve Altı	10	6,6
46-55 Yaş	32	21,1
56-65 Yaş	48	31,6
66-75 Yaş	40	26,3
76 Yaş ve Üstü	22	14,5
Yaş ortalaması 62.47± 11.09 (min:38- max:87)		
Cinsiyet		
Erkek	84	55,3
Kadın	68	44,7
Medeni Durumu		
Evli	95	62,5
Bekar	57	37,5
Eğitim Durumu		
Formal Eğitimi Olmayan (Okur Yazar-Okur Yazar Değil)	33	21,7
İlk Okul Mezunu	64	42,1
Orta Okul Mezunu	36	23,7
Lise Mezunu	19	12,5
Meslek		
Çalışmıyor (Ev Hanımı)	66	43,4
Emekli	35	23,0
Çalışıyor	51	33,6
Sosyal Güvence Durumu		
Var	138	90,8
Yok	14	9,2
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	52	34,2
Gelir Gidere Denk	100	65,8
Gelir Giderden Fazla	--	--
Evde Birlikte Yaşanan Kişi		
Eşimle	95	62,5
Yalnız	34	22,4
Bakıcımla	9	5,9
Çocuklarımla	14	9,2

Araştırmaya katılan Tip 2 diyabeti olan hastaların en çok %31,6 ile 56-65 yaş aralığında ve %55,3'ünün erkek olduğu, %62,5'inin evli, %42,1'inin İlkokul mezunu,

%43,4'ünün çalışmadığı, %23'ünün emekli olduğu ve %33,6'sının ise halen çalıştığı saptanmıştır. %65,8'inin gelirinun gidere denk olduğu ve %62,5'inin eşleri ile birlikte yaşadıkları görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 5: Hastaların Tip 2 Diyabet Hastalıkları İle İlgili Verdikleri Cevaplara Ait Dağılım (n:152)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Diyabet Süresi		
3 Yıl ve Altı	9	5,9
4-9 Yıl	48	31,6
10-15 Yıl	44	28,9
16 Yıl ve Üstü	51	33,6
Ortalama diyabet süresi 13±10.19 (min:6 ay-max:40)		
Ailesinde yada Çevresinde Diyabetli Varlığı		
Var	94	61,8
Yok	58	38,2
Hastalığın Tedavi Tipi (OAD*, İnsülin)		
OAD (*Oral Antidiyabetik)	45	29,6
İnsülin	87	57,2
OAD+İnsülin	20	13,2
İlaçları Düzenli Kullanma		
Evet	102	67,1
Hayır	50	32,9
İlaçları Düzenli Kullanmama Sebebi (n=50)		
Unutuyorum	45	90,0
İhtiyaç Duymuyorum	3	6,0
Evden Dışarda Olduğunda	2	4,0
HbA1C Düzeyini Bilme		
Biliyor	33	21,7
Bilmiyor	119	78,3
HbA1C Değeri (n=33)		
Altı ve Altı	22	66,7
Yedi	5	15,2
Sekiz ve Üstü	6	18,2
Kan Şekerini Düzenli Ölçme		
Evet	94	61,8
Hayır	58	38,2
Kan Şekeri Ölçme Sıklığı (n=94)		
Günde	59	62,8
Haftada	31	33,0
Kendimi Kötü Hissettiğimde	4	4,3
Diyabet Tedavisi ve Bakımına Yönelik Eğitim Alma		
Evet	43	28,3
Hayır	109	71,7
Diyabet Eğitiminin Alındığı Kişi (n=43)		
Hemşire	38	88,4
Doktor-Diyetisyen	5	11,6
Diyabetik Beslenmeye Uyma		
Evet	59	38,8
Hayır	93	61,2
Diyete Uymama Nedeni (n=93)		
Maddi İmkânlarım Yetersiz	28	30,1
Diyetimin Dışındaki Yiyecekleri Canım Çekiyor	19	20,4
Diyetimdeki Yiyeceklerden Çok Sıkıldım ve Yemek Yemeyi Sevmiyorum	29	31,2
Evdekilere Ayrı Kendime Ayrı Yemek Yapmaya Üşeniyorum	17	18,3

Tablo 5’de araştırmamıza katılanların, diyabet süresine bakıldığında en yüksek %33,6 ile 16 yıl ve üstü, en düşük oranın ise %5,9 ile 3 yıl ve altı süredir diyabet tanılı olduğu ve %61,8’inin ailesinde ya da çevresinde diyabet hastası olduğu bulunmuştur. Diyabet tedavisinde %57,2 ile en çok insülin, %29,6 OAD ve %13,2’sinin ise hem insülin hem de OAD kullandığı saptanmıştır. Hastalara ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda %32,9’unun hayır cevabını verdikleri ve ilaçlarını düzenli kullanmama sebebi olarak %90 oranında unuttuklarını ifade etmişlerdir. Hastaların %78,3’ünün HbA1C sonucunu bilmedikleri, bilenlerin sadece %21,7 gibi çok düşük oranda kaldığı belirlenmiştir. Bilen grubun HbA1C değerlerine bakıldığında %66,7’sinin 6 ve altında olduğu gözlenmiştir. Hastaların kan şekerini ölçme davranışlarına bakıldığında, %61,8’inin düzenli bir şekilde ölçtüğu ve bunların %62,8’inin ise hergün kan şekerini ölçtüğu belirlenmiştir. Diyabete yönelik eğitim almadığını ifade edenlerin oranı %71,7 iken, alanların %28,3 gibi düşük bir orana sahip oldukları görölmüştür. Diyabet ile ilgili eğitim aldım diyenlerin %88,4’ü, eğitimi hemşireden aldığını belirtmiştir. Hastalara beslenme biçimleri sorulduğunda %61,2 oranında diyabete uygun beslenmediklerini ifade etmişlerdir. Diyabete uygun beslenmeyi sürdürememe nedeni olarak da %31,2’si diyetindeki yiyeceklerden çok sıkıldığını ve yemek yemeyi artık sevmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 5).

Tablo 6: Hastaların Diyabet Dışında Kronik Hastalıklarına Ait Dağılım (n:152)

	Değişkenler	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Diyabetten Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı		
Var	122	80,3
Yok	30	19,7
*Hipertansiyon	37	24,3
*Kalp Hastalığı+Dislipidemi +Hipertansiyon	23	15,1
*Astım+Hipertansiyon	22	14,4
*Astım	12	7,9
*Kalp Hastalığı +Astım	7	4,6
*Bronşit	7	4,6
*KOAHA	5	3,3
*Hipertansiyon+Dislipidemi+Osteoporoz	5	3,3
*Diğer	4	2,8

*Çoklu cevaplama

Araştırmaya katılan hastaların %80,3 oranında diyabet dışında başka bir kronik hastalığa sahip oldukları tespit edilmiştir. Belirtilen kronik hastalıklar en çok %24,3 ile hipertansiyon, ardından sırası ile %15,1 Kalp Hastalığı + Dislipidemi + Hipertansiyon, %14,4 Astım + Hipertansiyon, %7,9 Astım, %4,6 Kalp Hastalığı + Astım + Bronşit, %3,3 KOAHA ve Hipertansiyon + Dislipidemi + Osteoporoz, %2,8'inin de diğer hastalıklar gibi bir ve birden çok sayıda olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 7: Hastaların Diyabete Uygun Yaşam Tarzı İle İlgili Cevaplarına Ait Dağılım (n:152)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma		
Evet	65	42,8
Hayır	87	57,2
Fiziksel Aktivite Şekli (n=65)		
Yürüyüş	42	64,6
Bahçe-Hayvanlar	23	35,4
Fiziksel Aktivite Sıklığı (n=65)		
Hergün	23	35,4
Haftada	29	44,6
Ara Sıra	13	20,0
Fiziksel Aktiviteyi Yapma Süresi(n=65)		
30 Dakika Ve Altı	8	12,3
40-60 Dakika Arası	37	56,9
70 Dakika Ve Üstü	20	30,8
Düzenli Fiziksel Aktivite Yapamama Nedeni (n=87)		
Canım İstemiyor	23	26,4
Zamanım Yok	15	17,2
Ağrılarım Var	49	56,3
Düzenli Sağlık Kontrolüne Gitme		
Evet	98	64,5
Hayır	54	35,5
Sağlık Kontrolüne Gitme Sıklığı (n=98)		
Ayda Bir	34	34,7
3 Ayda Bir	33	33,7
6 Ayda Bir	31	31,6
Düzenli Ayak Bakımı Yapma		
Evet	85	55,9
Hayır	67	44,1
Ayak Bakımı Yapma Sıklığı (n=85)		
Her gün Bir Defa Ayak Bakımı	37	43,5
Haftada Bir Ayak Bakımı	40	47,1
Altı Ayda Bir Doktor Kontrollü Bakım	8	9,4

Hastaların %57,2'sinin fiziksel aktivite yapmadıkları, yapıyorum diyenlerin %64,6'sının haftada bir kez %56,9'unun da 40-60 dakika arasında aktivite yaptıkları belirlenmiştir. Fiziksel aktivite yapmayan gruptakilerin %56,3'ü ağrılarından dolayı yapamadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların %64,5'inin düzenli sağlık kontrolüne gittiği, ayda bir kontrole gidiyorum diyenlerin oranının %34,7 olduğu saptanmıştır. Hastaların %55,9'u düzenli ayak bakımı yaptığını, düzenli ayak bakımı yapıyorum diyenlerin %47,1'i haftada bir yaptığını belirtmiştir (Tablo 7).

Tablo 8: Hastalara Evde Birlikte Yaşadıkları Kişilerin Fiziksel Aktivite, Beslenme ve İlaç Kullanımlarına Verdikleri Destek Durumu

Değişkenler		Eş (n:95)		Yalnız (n:34)		Bakıcı (n:9)		Çocuklar (n:14)	
		N	%	n	%	n	%	N	%
Fiziksel Aktivite	Hiç-Çok Az	8	5,2	6	3,9	00	0,0	00	0,0
	Orta Derecede	14	9,2	18	11,8	00	0,0	2	1,3
	Çokça-Aşırı Derecede	73	48	10	6,6	9	6	12	7,9
Beslenme	Hiç-Çok Az	8	5,2	13	8,5	1	0,7	00	0,0
	Orta Derecede	16	10,5	12	7,9	00	0,0	2	1,3
	Çokça-Aşırı Derecede	71	46,7	9	6	8	5,2	12	16,8
İlaç Kullanımı	Hiç-Çok Az	14	9,2	14	9,2	1	0,7	3	2,0
	Orta Derecede	18	11,8	13	8,6	4	2,6	5	3,3
	Çokça-Aşırı Derecede	63	41,5	7	4,6	4	2,7	6	3,9

Araştırmada hastaların fiziksel aktivite, beslenme ve ilaç kullanımını desteğine bakıldığında en yüksek desteği eşlerinden aldıkları, %48'i fiziksel aktivitede, %46,7'si beslenmelerinde, %41,5'inin de ilaç kullanımında Çokça/Aşırı Derecede desteklendiklerini ifade etmişlerdir.

Yalnız yaşayanların %11,8'inin fiziksel aktivite de orta derecede, %8,5'inin beslenme de ve %9,2'sinin ilaç kullanımında Hiç-Çok Az Derecede destek aldıkları görülmüştür.

Bakıcısı ile birlikte yaşayanların %6'sı fiziksel aktivitede, %5,2'si beslenmelerinde, %2,7'sinin de ilaç kullanımında Çokça/Aşırı Derecede desteklendiklerini ifade etmişlerdir.

Çocukları ile birlikte yaşayanların %7,9 fiziksel aktivitede, %16,8'si beslenmelerinde, %3,9'unun da ilaç kullanımında Çokça/Aşırı Derecede desteklendikleri tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 9: Hastalığı Kabul Ölçeği Genel Puanları İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Genel ve Alt Boyut Puanlarına Ait Korelasyon Sonuçları

Değişkenler	N	X	Ss	r _{rho} değeri	P
Hastalığı Kabul Ölçeği Genel Puanı	152	30,07	7,43	,553	,000
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Genel Puanı		62,61	12,06		
Hastalığı Kabul Ölçeği Genel Puanı	152	30,07	7,43	,479	,000
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Özel İnsanlar Boyutu		20,15	4,54		
Hastalığı Kabul Ölçeği Genel Puanı	152	30,07	7,43	,629	,000
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aile Boyutu		23,57	4,39		
Hastalığı Kabul Ölçeği Genel Puanı	152	30,07	7,43	,462	,000
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arkadaşlar Boyutu		18,88	4,73		

Araştırmanın bir başka amacı da hastalığı kabul ölçeği genel puanları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği genel ve alt boyut puanlarını karşılaştırmaktır. Bu karşılaştırmayı yapmak için “Sperman’s rho Korelasyon katsayısı” tekniği kullanılmıştır. Sonuçlar tablo 5’de bulunmaktadır.

Tablo 9’daki gibi Hastalığı Kabul Ölçeği puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam ve özel insanlar, aile ve arkadaşlar alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak pozitif doğrusal, yüksek düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=.000). Bu sonuca göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam ve alt boyut puanları yükseldikçe, hastalığı kabul ölçeği genel puanları da yükselmektedir.

Tablo 10: Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	n	Sıra Ort	Mean±SD	Min.Max	İstatistiksel Analizi	
Yaş						
a	45 Yaş ve Altı	10	92,45	33,10 – 6,08	19,00 – 39,00	X ² : 54,33 Sd: 4 p: .000
b	46-55 Yaş	32	119,72	36,90 – 3,22	25,00 – 40,00	
c	56-65 Yaş	48	77,50	30,41 – 6,69	12,00 – 40,00	
d	66-75 Yaş	40	54,83	26,27 – 7,52	8,00 – 40,00	
e	76 Yaş ve Üstü	22	43,61	24,95 – 5,49	15,00 – 36,00	
Fark Sonuçları: b>a - a>d - a>e - b>c - b>d - b>e - c>d - c>eMann Whitney U						
Cinsiyet						
a	Erkek	84	68,42	28,67 – 7,82	8,00 – 40,00	U: 2177,5 p: .012
b	Kadın	68	86,48	31,80 – 6,58	12,00 – 40,00	
Medeni Durum						
a	Evli	95	94,61	32,98 – 6,72	8,00 – 40,00	U: 987,0 p: .000
b	Bekar	57	46,32	25,22 – 5,89	14,00 – 40,00	
Eğitim Durumu						
a	Formal Eğitimi Olmayan (Okur Yazar-Okur Yazar Değil)	33	33,85	22,72 – 6,72	12,00 – 14,00	X ² : 64,47 Sd:3 p: .000
b	İlk Okul Mezunu	64	70,13	29,26 – 6,72	12,00 – 40,00	
c	Orta Okul Mezunu	36	105,17	34,86 – 4,55	23,00 – 40,00	
d	Lise Mezunu	19	117,74	36,52 – 3,86	29,00 – 40,00	
Fark Sonuçları: a<b – a<c – a<d – b<c – b<dMann Whitney U						
Çalışma Durumu						
a	Çalışmıyor (Ev Hanımı)	70	59,39	27,22 – 7,58	8,00 – 40,00	X ² : 45,47 Sd:2 p: .000
b	Emekli	59	75,72	30,27 – 6,16	12,00 – 40,00	
c	Çalışıyor	23	130,59	38,26 – 1,68	35,00 – 40,00	
Fark Sonuçları: a<b – a<c – b<cMann Whitney U						
Sosyal Güvence						
a	Var	138	79,06	30,55 – 7,17	12,00 – 40,00	U: 613,0 p: .024
b	Yok	14	51,29	25,35 – 8,55	8,00 – 40,00	
Evde Birlikte Yaşanan Kişi						
a	Eşimle	95	94,73	32,97 – 6,80	8,00 – 40,00	X ² : 47,92 Sd: 3 p: .000
b	Yalnız	34	55,78	27,02 – 5,76	17,00 – 40,00	
c	Bakıcımla	9	37,50	23,77 – 4,57	14,00 – 30,00	
d	Çocuklarımla	14	28,18	21,85 – 4,89	15,00 – 35,00	
Fark Sonuçları: a>b – a>c – a>d – b>dMann Whitney U						
Diyabet Süresi						
a	3 Yıl ve Altı	9	116,17	33,33 – 6,35	26 – 37	X ² : 36,28 Sd: 3 p: .000
b	4-9 Yıl	48	98,24	31,80 – 9,68	12 – 40	
c	10-15 Yıl	44	74,15	27,10 – 4,20	19 – 36	
d	16 Yıl ve Üstü	51	51,07	24,64 – 5,17	14 - 36	
Fark Sonuçları: a>c – a>d – b>c – b>d – c>dMann Whitney U						
Ailede Ya Da Çevrede Diyabet Varlığı						
a	Var	94	82,81	27,33 – 7,31	12 – 40	U: 2133,0 p: .024
b	Yok	58	66,28	27,86 – 5,73	19 - 40	
Diyabetin Tedavi Tipi						
a	OAD	45	93,23	31,54 – 8,35	12 – 40	X ² : 11,41 Sd: 2 p: .003
b	İnsülin	87	72,45	26,67 – 5,78	17 – 40	
c	OAD+İnsülin	20	56,48	25,90 – 5,37	14 - 34	
Fark Sonuçları: a>b – a>cMann Whitney U						
İlaçları Düzenli Kullanma						
a	Evet	102	84,35	31,30 – 7,55	8 – 40	U: 1749,0 p: .002
b	Hayır	50	60,48	27,58 – 6,57	12 - 40	
İlaçları Düzenli Kullanmama Sebebi						
a	Unutuyorum	45	24,83	27,22 – 6,59	12 – 40	X ² : ,957 Sd: 2 p: ,620
b	İhtiyaç Duymuyorum	3	31,00	31,00 – 7,81	26 – 40	
c	Evden Dışarda Olduğunda	2	32,25	30,50 – 4,94	27 - 34	

P<.05 X²: Kruskal Wallis H testi ve U:Mann Whitney U Testi

Araştırmada hasta tanılama formundaki “yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu, sosyal güvence, evde birlikte yaşanan kişi, diyabet süresi, ailede ya da çevrede diyabet varlığı, diyabet tedavi tipi, ilaçları düzenli kullanma durumu ve ilaçları düzenli kullanmama sebebi ” değişkenleri ile hastalığı kabul ölçeği toplam puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 10).

Bu amacı test etmek için Kruskal Wallis H testi ve Mann Whitney U Testi tekniği kullanılmıştır. Yapılan testler sonucunda; ilaçları düzenli kullanmama sebebi dışında grupların HKÖ puan sıralama ortalmaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < .05$).

Tablo 10’da yaş grupları arasında en yüksek HKÖ puanı 46-55 yaş arası hastaların bulunduğu belirlenmiştir. Yaş gruplarının HKÖ puanları karşılaştırıldığında; farkın 46-55 yaş grubundaki hastalar ile 45 yaş ve altı, 56-65 yaş, 66-75 yaş ve 76 yaş ve üstü gruplardaki hastalar arasında olduğu görülmüştür. Bu sonuç doğrultusunda, 46-55 yaş grubundaki diyabet hastalarının hastalığı kabul ölçeği puanları diğer yaş gruplarından çok daha yüksek ve olumlu olduğu görülmektedir ($p < .05$).

Bir diğer farkın, 45 yaş ve altı yaş grubundaki hastalar ile 66-75 yaş ve 76 yaş üstü gruplar arasında da olduğu ve 45 yaş ve altı grubun HKÖ puanlarının 66 yaş ve üzerinelere göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < .05$).

Yaş grupları arasındaki farklılığın aynı zamanda 56-65 yaş grubu hastalar ile 66 ve üstü yaş grupları arasında da olduğu ve 56-65 yaş grubunun HKÖ puanlarının 66 yaş ve üzerinelere göre puanlarından farklı olarak daha yüksek istatistiksel düzeyde anlamlılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < .05$).

Araştırmamıza katılanların cinsiyet ve medeni durumlarına bakıldığında kadınların ve evli olan hastaların HKÖ puanları, erkek ve bekar hastaların puanlarına göre daha yüksek ve istatistiksel anlamlı farklı olduğu bulunmuştur ($p < .05$).

Tablo 6'da eğitim durumu gruplarının HKÖ puanları karşılaştırıldığında, formal eğitimi olmayan grup ile ilkokul, orta okul ve lise mezunu olan gruplardaki hastalar arasında farklılık olduğu görülmektedir. Formal eğitimi olmayanların hastalığı kabul ölçeği puanları diğer tüm eğitim gruplarının puanlarından farklı olarak çok düşük ve istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < .05$).

Ayrıca ortaokul ve lise mezunlarının HKÖ puanları arasında fark yok iken, ilkokul mezunu olan gruptaki hastalardan daha yüksek ve istatistiksel olarak farklıdır ($p < .05$).

Araştırmamızda çalışan gruptaki hastaların HKÖ puanları, emekli ve çalışmayan (ev hanımı) gruptaki hastalardan, sosyal güvencesi olanların da olmayanlardan daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı farklı olduğu gözlenmiştir ($p < .05$).

Analizler sonucunda hastaların birlikte yaşadığı kişi ile HKÖ puanları arasında fark olduğu, farkın evinde eşi ile birlikte yaşayanlar ile evinde yalnız, bakıcısıyla veya çocuklarıyla yaşayan hastalar arasında bulunduğu tespit edilmiştir. Evde eşi ile birlikte yaşayan hastaların HKÖ puanlarının diğer gruplara göre çok daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < .05$).

Evinde bakıcısı ile yaşayanların HKÖ puanları çocukları ile yaşayanlara göre daha yüksek ve istatistiksel anlamlı bir fark bulunurken ($p < .05$), evinde yalnız veya bakıcısıyla yaşayanların ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p < .05$).

Araştırmamızda diyabet süresi değişkenine bakıldığında HKÖ puanları arasında fark olduğu ve farklılığın 3 yıl ve altı süredir diyabet hastası olan grup ile 10-15 ve 16 yıl üstü süredir diyabet hastası olan grup arasında olduğu, 3 yıl ve altı süredir diyabeti olan hastaların HKÖ puanlarının diğer iki gruba göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < .05$).

Diyabet süresi değişkenine bakıldığında bir başka benzer farklılığın, 4-9 yıl arası diyabeti olan grubun HKÖ puanlarının ile 10-15 ve 16 yıl ve üzeri süredir diyabeti olanlardan ve 10-15 yıldır diyabetli olan hastaların da ölçek puanlarının 16 yıl ve üstü süredir diyabetli olan hastalardan daha yüksek ve istatistiksel olarak farklı olduğu belirlenmiştir ($p < .05$). Bu sonuçlar doğrultusunda diyabet süresi arttıkça HKÖ puanlarının anlamlı şekilde düştüğü ve en yüksek puanın 3 yıl ve altı grupta, en düşük ise 16 yıl ve üzerindeki gruptaki hastalara ait olduğu söylenebilir.

Tablo 10'da görüldüğü gibi ailesinde ya da çevresinde diyabet olanların olmayanlardan ve tedavisinde OAD kullananların insülin ve insülin+OAD kullanan hastalara göre HKÖ puanları daha yüksek ve olumludur ($p < .05$). Tedavisinde insülin kullananlarla ve OAD+insülin kullanan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p < .05$).

Ayrıca yapılan karşılaştırmalarda ilaçlarını düzenli kullandığını ifade eden hastalarla düzenli kullanmadığını ifade eden hastaların HKÖ puanları arasında da anlamlı fark görülmüştür, ilaçlarını düzenli kullanmayanlara göre kullananların ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur ($p < .05$). İlaçların düzenli kullanılmaması nedenlerine bakıldığında ölçek puanları arasında fark oluşmadığı tespit edilmiştir ($p > .05$).

Tablo 11: Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	n	Sıra Ort.	Mean±SD	Min.Max	İstatistiksel Analizi	
HbA1C Düzeyini Bilme					U: 681,5 p: ,000	
a	Biliyor	33	115,35	36,12 – 5,00		13 – 40
b	Bilmiyor	119	65,73	28,40 – 7,13		8 - 40
HbA1C Değer					X ² :2,75 Sd:2 p: ,252	
a	%6 ve Altı	22	18,70	37,27 – 2,49		31 – 40
b	%7	5	11,10	34,60 – 3,57		31 – 40
c	%8 ve Üstü	6	15,67	33,16 – 10,26		13 - 40
Fark Sonuçları: ---						
Kan Şekerini Düzenli Ölçme					U: 1059,0 p: ,000	
a	Evet	94	94,23	33,12 – 6,03		13 – 40
b	Hayır	58	47,76	25,13 – 6,85		8 - 40
Kan Şekeri Ölçme Sıklığı					X ² :1,64 Sd: 2 p: ,439	
a	Günde	59	49,99	33,47 – 6,16		13 – 40
b	Haftada	31	44,23	32,96 – 5,38		17 – 40
c	Kendimi Kötü Hissettiğimde	4	36,13	29,25 – 9,03		20 - 37
Fark Sonuçları: ---						
Diyabet Tedavisi ve Bakımına Yönelik Eğitim Alma					U: 755,5 p: ,000	
a	Evet	43	113,43	35,93 – 4,49		23 – 40
b	Hayır	109	61,93	27,77 – 7,10		8 - 40
Diyabet Eğitiminin Alındığı Kişi					U: 28,0 p: ,010	
a	Hemşire	38	23,76	36,81 – 3,41		27 – 40
b	Doktor-Diyetisyen	5	8,60	29,20 – 6,34		23 - 38
Diyabetik Beslenmeye Uyma					U: 1401,0 p: ,000	
a	Evet	59	99,25	33,79 – 6,04		17 – 40
b	Hayır	93	62,06	27,72 – 7,29		8 - 40
Beslenmeye Uyamama Nedeni					X ² : 11,92 Sd: 3 p: ,008	
a	Maddi İmkânlarım Yetersiz	28	37,14	25,10 – 7,39		8 – 40
b	Diyetimin Dışındaki Yiyecekleri Canım Çekiyor	19	48,53	28,52 – 5,40		21 – 37
c	Diyetimdeki Yiyeceklerden Çok Sıkıldım ve Yemek Yemeyi Sevmiyorum	29	44,74	27,00 – 7,30		12 – 40
d	Evdekilere Ayrı Kendime Ayrı Yemek Yapmaya Üşeniyorum	17	65,38	32,35 – 7,15		15 - 39
Fark Sonuçları: a<d – c<d – b<dMann Whitney U						

p<.05 x²:Kruskal Wallis H testi ve U:Mann Whitney U Testi

Araştırmanın bilgi formundaki “HbA1C düzeyini bilme, HbA1C değeri, kan şekerini düzenli ölçme, kan şekeri ölçme sıklığı, diyabet tedavisi ve bakımına yönelik eğitim alma, diyabet eğitiminin alındığı kişi, diyabetik beslenmeye uyma ve beslenmeye uyamama nedeni” değişkenleri ile hastalığı kabul ölçeği puanları ile karşılaştırılmıştır.

Bu amacı test etmek için kruskal Wallis H testi ve Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Tablo 11’de görüldüğü gibi ‘‘HbA1C sonucunu bilen, kendi kendine kan şekerini düzenli ölçen, diyabet tedavisi ve bakımına yönelik eğitim alan, diyabet hakkında eğitimini hemşirenden alan, diyabetik beslenmeye uyan ve evdekilere ayrı kendisine ayrı yemek yapmaya üşendiği için diyabete uygun beslenmeye uyamayan hastaların HKÖ puan sıralama ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<.05$).

Araştırmayı kabul eden tip 2 diyabeti olan hastaların HKÖ puanları ile ‘‘HbA1C ölçüm değerleri, kan şekerini ölçme sıklığı’’ gruplarının puan sıralama ortalamaları arasında fark bulunamamıştır ($p>.05$).

‘‘Diyabete uygun beslenmeye uyamıyorum’’ diyenlerden sadece, uyamama nedeni olarak ‘‘evdekilere ayrı kendime ayrı yemek yapmaya üşendiğim için’’ diyen diyabetli hastaların HKÖ puanları, ‘‘maddi imkansızlık, diyet dışı yiyecekleri canın çekmesi, diyetteki yiyeceklerden sıkılma ve yemek yemeyi sevmeme’’ gibi nedenlerle beslenmesine uyamadığını ifade edenlere göre çok daha yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<.05$).

Diyabete uygun beslenmeye uyamama nedenine ait değişkende en düşük HKÖ puanı ‘‘maddi imkansızlık nedeniyle’’ diyetine uyamadığını ifade edenlere ait olduğu görülmüştür.

Tablo 12: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	n	Sıra Ort.	Mean±SD	Min.Max	İstatistiksel Analizi	
Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumu						
a	Evet	65	102,55	34,24 – 6,00	8 – 40	U: 1134,5 p: .000
b	Hayır	87	57,04	26,96 – 6,88	12 - 40	
Fiziksel Aktivite Şekli						
a	Yürüyüş	42	33,38	33,80 – 7,02	8 – 40	U: 467,0 p: ,825
b	Bahçe-Hayvanlar-Kol Bacak	23	32,30	35,04 – 3,43	27 - 40	
Fiziksel Aktiviteyi Sıklığı						
a	Her Gün	23	29,65	32,52 – 8,06	8 – 40	X ² = 3,13 Sd= 2 p: ,209
b	Haftada	29	32,09	34,48 – 4,67	23 – 40	
c	Ara Sıra	13	40,96	36,76 – 3,03	31 - 40	
Fiziksel Aktivite Süresi						
a	30 Dakika ve Altı	8	7,88	23,12 – 8,55	8 – 35	X ² : 16,33 Sd:2 p: .000
b	40-60 Dakika Arası	37	36,88	36,00 – 3,25	30 – 40	
c	70 Dakika ve Üstü	20	35,88	35,45 – 3,83	24 - 40	
Fark Sonuçları: a<b – a<cMann Whitney U						
Düzenli Fiziksel Aktivite Yapmama Nedeni						
a	Canım İstemiyor	23	47,89	27,73 – 5,97	15 – 40	X ² : 16,57 Sd: 2 p: .000
b	Zamanım Yok	15	65,27	33,13 – 7,98	12 – 40	
c	Ağrılarım Var	49	35,66	24,71 – 5,70	13 - 40	
Fark Sonuçları: a<b – a>c – b>cMann Whitney U						
Düzenli Sağlık Kontrolüne Gitme Durumu						
a	Evet	98	85,11	31,50 – 6,96	12 – 40	U: 1802,5 p: .001
b	Hayır	54	60,88	27,40 – 7,58	8 - 40	
Sağlık Kontrolüne Gitme Sıklığı						
a	Ayda Bir	34	59,94	33,61 – 6,96	13 – 40	X ² : 7,49 Sd: 2 p: .024
b	3 Ayda Bir	33	46,23	31,24 – 5,92	19 – 40	
c	6 Ayda Bir	31	41,53	29,61 – 7,56	12 - 40	
Fark Sonuçları: a>b – a>c Mann Whitney U						
Düzenli Ayak Bakımı Yapma						
a	Evet	85	92,32	32,65 – 6,83	14 – 40	U: 1502,5 p: .000
b	Hayır	67	56,43	26,80 – 6,90	8 - 40	
Ayak Bakımı Yapma sıklığı						
a	Her gün Bir Defa Ayak Bakımı	37	43,27	32,72 – 6,94	14 – 40	X ² : 12,43 Sd: 2 p: .002
b	Haftada Bir Ayak Bakımı	40	48,39	34,05 – 6,36	15 – 40	
c	Altı Ayda Bir Doktor Kontrollü Bakım	8	14,81	24,87 – 3,83	19 - 31	
Fark Sonuçları: a>c – b>cMann Whitney U						

P<.05 x²: Kruskal Wallis H testi, Mann Whitney U Testi

Araştırmada “düzenli fiziksel aktivite yapma, fiziksel aktivite şekli, sıklığı, süresi, fiziksel aktivite yapmama nedeni, düzenli sağlık kontrolüne gitme, sağlık kontrolüne gitme sıklığı, düzenli ayak bakımı yapma ve ayak bakımı yapma sıklığı” değişkenleri ile hastalığı kabul ölçeği puanları karşılaştırılmıştır.

Tablo 12 sonuçlarına göre düzenli fiziksel aktivite yapma, fiziksel aktivite süresi, fiziksel aktivite yapmama nedeni, düzenli sağlık kontrolüne gitme ve kontrole

gitme sıklığı, düzenli ayak bakımı yapma ve bakımı yapma sıklığı” değişkenlerinde hastaların HKÖ puanlarının sıralama ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunduğu görülmüştür ($p<.05$).

Düzenli fiziksel aktivite yapanların HKÖ puanları yapmayanlardan daha yüksektir, ayrıca fiziksel aktiviteyi 40-60 dakika ve 70 dakika ve üstü bir süreyle yaptığını belirten hastaların ölçek puanları 30 dakika ve altı süreyle aktivite yapanlardan olumlu olarak daha yüksek ve istatistiksel olarak farklıdır ($p<.05$). Fiziksel aktivite süresi olarak 40-60 dakika ve 70 dakika ve üstü süre verenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Düzenli fiziksel aktiviteyi zamanı olmadığı için yapamadığını belirten grubun lehine olacak şekilde, HKÖ puanları, canı istemeyen veya ağrıları olduğu için fiziksel aktivite yapamadığını söyleyenlere göre yüksek ve istatistiksel anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<.05$). Yine aktivite yapamama nedenleri arasında sayılan, canı istemediği için fiziksel aktivite yapmayan hastaların HKÖ puanları da ağrıları olduğu için aktivite yapamayanlardan daha yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<.05$).

Sağlık kontrolüne düzenli gidenlerin, gitmeyenlere göre ve sağlık kontrolüne ayda bir düzenli gittiğini ifade edenlerin, üç veya altı ayda bir kontrole giden hastalara göre ölçek puanlarının, daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<.05$).

Sağlık kontrolüne gitme sıklığı açısından üç veya altı ayda bir sağlık kontrolüne gidenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Düzenli ayak bakımı yapma değişkeni ile HKÖ puanları karşılaştırıldığında yapanların ölçek puanlarının, yapmayanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<.05$). Ayak bakımını düzenli yapma sıklıklarına bakıldığında, en yüksek HKÖ

puanının, haftada bir ayak bakımı yapanlara, en düşüğün ise altı ayda bir doktor kontrolünde bakım yaptıran gruptaki diyabet hastalarına ait olduğu ve aralarında anlamlı fark bulunduğu tespit edilmiştir ($p<.05$). Ayrıca her gün ayak bakımı yapanlarla, altı ayda bir doktor kontrolünde ayak bakımı yaptıranlar arasında da fark belirlenmiş ve farkın hergün ayak bakımı yapanlardan kaynaklandığı, HKÖ puanlarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<.05$).

Ayak bakımını hergün ya da haftada bir kez yapanlar arasında HKÖ puanları açısından istatistiksel fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 13: Hastalara Ait Bazı Özelliklere Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamaları

Özellikler	ÇBASDÖ Genel Puanı				Özel İnsan Alt Boyut				Aile Alt Boyut				Arkadaşlar Alt Boyut			
	n	Sıra Top	Mean±SD	Min.Max	Sıra Top	Mean±SD	Min.Max	Sıra Top	Mean±SD	Min.Max	Sıra Top	Mean±SD	Min.Max	Sıra Top	Mean±SD	Min.Max
Cinsiyet																
a	84	5841,00	60,41 - 12,71	17- 80	5806,00	19,30 - 4,77	4 - 28	6112,50	23,21 - 4,63	5 - 28	5750,50	17,89 - 5,15	4 - 28			
b	68	5787,00	65,33 - 10,69	34- 84	5822,00	21,20 - 4,03	11 - 28	5515,50	24,01 - 4,06	11 - 28	5877,50	20,11 - 3,86	11 - 28			
İstatistiksel Analiz							U : 2236,0 p : .021				U : 2542,5 p : .242			U : 2180,5 p : .012		
Medeni Durum																
a	95	8977,50	67,01- 11,14	17 - 84	8875,00	21,58 - 4,57	4 - 28	9003,50	25,13 - 3,94	5 - 28	8677,00	20,28 - 4,50	4 - 28			
b	57	2650,50	55,29 - 9,83	32 - 77	2753,00	17,77 - 3,35	9 - 25	2624,50	20,96 - 3,84	11 - 28	2951,00	16,56 - 4,20	7 - 28			
İstatistiksel Analiz							U : 1100,0 p : .000				U : 1100,0 p : .000			U : 1298,0 p : .000		
Ailede Ya Da Çevrede Diyabet Varlığı																
a	94	7755,00	10,27	34 - 84	7650,50	20,55 - 4,26	7 - 28	7823,00	25,50 - 3,28	14 - 28	7630,50	19,31 - 4,56	7 - 28			
b	58	3873,00	14,15	17 - 84	3977,50	19,51 - 4,93	4 - 28	3805,00	22,06 - 5,45	5 - 28	3997,50	18,18 - 4,97	4 - 28			
İstatistiksel Analiz							U : 2161,0 p : .032				U : 2094,0 p : .016			U : 2286,5 p : .095		
İlaçları Düzenli Kullanma																
a	10	8379,50	64,00 - 11,52	17 - 84	8102,50	20,32 - 4,57	4 - 28	8747,00	24,48 - 4,01	5 - 28	8279,00	19,20 - 4,81	4 - 28			
b	50	3248,50	59,78 - 12,74	32 - 84	3525,50	19,82 - 4,49	11 - 28	2881,00	21,72 - 4,57	11 - 28	3349,00	18,24 - 4,56	9 - 28			
İstatistiksel Analiz							U : 1973,5 p : .024				U : 1606,0 p : .000			U : 2074,0 p : .061		
Diyabetten Başka Kronik Hastalık Varlığı																
a	12	8679,00	61,17 - 12,40	17 - 84	8850,50	22,60 - 2,44	19 - 28	8756,00	25,73 - 2,22	20 - 28	8634,50	18,30 - 4,82	4 - 28			
b	30	2949,00	68,50 - 8,47	45 - 84	2777,50	23,40 - 3,16	20 - 28	2872,00	26,70 - 1,56	24 - 28	2993,50	21,26 - 3,55	12 - 28			
İstatistiksel Analiz							U : 1176,0 p : .002				U : 1253,0 p : .007			U : 1131,5 p : .001		
HbA1C Düzeyini Biline Durumu																
a	33	3414,00	69,93 - 6,20	57 - 84	3425,50	22,84 - 2,65	19 - 28	3350,00	26,03 - 2,06	20 - 28	3184,00	21,06 - 3,09	16 - 28			
b	11	8214,00	60,58 - 12,51	17 - 84	8202,50	19,41 - 4,68	4 - 28	8278,00	22,89 - 4,62	5 - 28	8444,00	18,28 - 4,94	4 - 28			
İstatistiksel Analiz							U : 1074,0 p : .000				U : 1138,0 p : .000			U : 1304,0 p : .003		
Kan Şekerini Düzenli Ölçme Durumu																
a	94	8801,50	67,48 - 8,53	42 - 84	8701,50	21,77 - 3,58	11 - 28	8681,50	25,11 - 3,37	11 - 28	8669,50	20,59 - 3,73	7 - 28			
b	58	2826,50	54,72 - 12,82	17 - 79	2926,50	17,53 - 4,73	4 - 28	2946,50	21,06 - 4,70	5 - 28	2958,50	16,12 - 4,90	4 - 26			
İstatistiksel Analiz							U : 1115,5 p : .000				U : 1235,5 p : .000			U : 1247,5 p : .000		

Araştırmada bilgi formundaki “*cinsiyet, medeni durum, ailede ya da çevrede diyabet varlığı, ilaçları düzenli kullanma, diyabetten başka kronik hastalığın varlığı, HbA1C düzeyini bilme durumu, kendi kendine kan şekerini düzenli ölçme*” gibi değişkenler ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği genel puanları karşılaştırılmıştır.

Bu amacı test etmek için ilişkisiz grup t-testinin non parametrik karşılığı olan Mann Whitney U test tekniği kullanılmıştır.

Tablo 13’de görüldüğü gibi kadın, evli, ailesinde ya da çevresinde diyabet olan, ilaçlarını düzenli kullanan, diyabetten farklı başka bir kronik hastalığı olmayan, HbA1C düzeyini bilen, kan şekerini düzenli ölçen hastaların ÇBASDÖ genel puan sıralama ortalamaları istatistiksel olarak farklı yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p < .05$).

Ölçeğin özel insanlar alt boyutunda kadın, evli, diyabetten farklı başka bir kronik hastalığı olmayan, HbA1C düzeyini bilen, kan şekerini düzenli ölçen hastaların puan sıralama ortalamalarının istatistiksel olarak farklı ve anlamlı olduğu görülmüştür ($p < .05$). Ailesinde ya da çevresinde diyabet olması ve ilaçlarını kullanma durumu ile ölçeğin özel insanlar alt boyut puanları arasında fark bulunamamıştır ($p > .05$).

Evli, ailesinde ya da çevresinde diyabet olan, ilaçlarını düzenli kullanan, diyabetten farklı başka bir kronik hastalığı olmayan, HbA1C düzeyini bilen, kan şekerini düzenli ölçen hastaların ÇBASDÖ aile alt boyut puan sıralama ortalamaları yüksek istatistiksel olarak anlamlı ve olumludur ($p < .05$). Cinsiyet değişkeni ile ölçeğin aile alt boyutu puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p > .05$).

Arkadaşlar alt boyutunda kadın, evli, diyabetten farklı başka bir kronik hastalığı olmayan, HbA1C düzeyini bilen, kan şekerini düzenli ölçen hastaların ölçek puanı sıralama ortalamalarının yüksek istatistiksel olarak farklı ve anlamlı olduğu

bulunurken ($p < .05$), ailesinde ya da çevresinde diyabetli olması ve ilaçlarını düzenli kullanma durumu gruplarının puanları arasında fark belirlenememiştir ($p > .05$).

Tablo 14: Hastalara Ait Bazı Özelliklere Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamaları

Özellikler	ÇBASDÖ Genel Puanı				Özel İnsan Alt Boyut				Aile Alt Boyut				Arkadaşlar Alt Boyut			
	n	Sıra Top	Mean±SD	Min..Max	Sıra Top	Mean±SD	Min..Max	Sıra Top	Mean±SD	Min..Max	Sıra Top	Mean±SD	Min..Max	Sıra Top	Mean±SD	Min..Max
Diyabet Tedavisi ve Bakımına Yönelik Eğitim Alma																
a	Evnet	43	4628,00	70,60 - 5,95	57 - 84	4617,50	23,16 - 2,66	19 - 28	4710,50	26,60 - 1,48	22 - 28	4151,50	21,00 - 3,05	16 - 28		
b	Hayır	109	7000,00	65,07 - 9,45	42 - 84	7010,50	18,97 - 4,59	4 - 28	6917,50	23,96 - 3,94	11 - 28	7476,50	18,05 - 5,02	4 - 28		
İstatistiksel Analiz				U: 1005,0	p: .000	U: 1015,5	p: .000	U: 922,5	p: .000	U: 1481,5	p: .000					
Diyabet Eğitiminin Alındığı Kişi																
a	Hemşire	38	853,00	70,92 - 6,12	57 - 84	837,5	23,18 - 2,74	19 - 28	859,5	26,54 - 1,52	22 - 28	859,5	21,15 - 2,99	16 - 28		
b	Doktor-Diyetisyen	5	93,00	69,60 - 4,33	67 - 77	108,5	23,00 - 2,12	21 - 26	86,5	27,25 - 0,95	26 - 28	86,5	15,28 - 3,63	16 - 25		
İstatistiksel Analiz				U: 78,00	p: .518	U: 93,50	p: .954	U: 90,00	p: .844	U: 71,50	p: .370					
Diyabetik Beslenmeye Uyuma																
a	Evnet	59	5576,50	67,57 - 9,49	42 - 84	5265,50	21,33 - 4,45	7 - 28	5682,50	25,49 - 2,94	14 - 28	5526,00	20,74 - 4,21	7 - 28		
b	Hayır	93	6051,50	59,47 - 12,50	17-81	6362,50	19,40 - 4,46	4 - 28	5945,50	22,34 - 4,72	5 - 28	6102,00	17,70 - 4,69	4 - 27		
İstatistiksel Analiz				U: 1680,50	p: .000	U: 1991,5	p: .004	U: 1574,5	p: .000	U: 1731,0	p: .000					
Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma																
a	Evnet	65	6599,00	68,93 - 6,69	17 - 84	6386,00	22,09 - 3,71	8 - 28	6539,00	25,72 - 3,37	5 - 28	6451,50	21,12 - 4,02	4 - 28		
b	Hayır	87	5029,00	57,89 - 11,52	26 - 79	5242,00	18,71 - 4,58	4 - 28	5089,00	21,96 - 4,38	11 - 28	5176,50	17,21 - 4,56	4 - 28		
İstatistiksel Analiz				U: 1201,00	p: .000	U: 1414,0	p: .000	U: 1261,0p: .000	U: 1348,5	p: .000						
Düzenli Sağlık Kontrolüne Gitme																
a	Evnet	98	8363,00	65,39 - 9,92	42 - 84	8475,00	21,18 - 3,98	7 - 28	8394,50	24,60 - 3,53	11 - 28	8097,00	19,61 - 4,21	7 - 28		
b	Hayır	54	3265,00	57,57 - 13,94	17 - 81	3153,00	18,29 - 4,92	4 - 28	3233,50	21,70 - 5,15	5 - 28	3531,00	17,57 - 5,36	4 - 28		
İstatistiksel Analiz				U: 1780,0	p: .001	U: 1668,0	p: .000	U: 1748,5	p: .001	U: 2046,0	p: .021					
Düzenli Ayak Bakımı Yapma																
a	Evnet	85	7940,00	67,03 - 10,60	26 - 84	7754,00	21,47 - 4,51	4 - 28	7893,50	25,10 - 3,47	11 - 28	7861,00	20,45 - 4,40	4 - 28		
b	Hayır	67	3688,00	57,01 - 11,52	17 - 79	3874,00	18,49 - 4,02	8 - 28	3734,50	21,62 - 4,67	5 - 28	3767,00	16,89 - 4,41	4 - 26		
İstatistiksel Analiz				U: 1410,0	p: .000	U: 1596,0	p: .000	U: 1456,5	p: .000	U: 1489,0	p: .000					

Araştırmanın bir başka amacı da bilgi formundaki “*diyabet tedavisi ve bakımına yönelik eğitim alma, diyabet eğitiminin alındığı kişi, diyabetik beslenmeye uyma, düzenli fiziksel aktivite yapma, düzenli sağlık kontrolüne gitme ve düzenli ayak bakımı yapma*” değişkenleri ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği genel puanlarını karşılaştırmaktır.

Bu amacı test etmek için ilişkisiz grup t-testinin non parametrik karşılığı olan Mann Whitney U testi tekniği kullanılmıştır.

Tablo 14’de görüldüğü gibi diyabet tedavisi ve bakımına yönelik eğitim alan, diyabetik tıbbi beslenme diyetine uygun beslenen, düzenli fiziksel aktivite yapan, düzenli sağlık kontrolüne giden, düzenli ayak bakımı yapan hastaların ÇBASDÖ genel, özel insanlar, aile ve arkadaşlar alt boyut puanlarının sıralama ortalamaları yüksek ve olumlu bulunurken ($p < .05$), ölçek genel ve alt boyut puanları ile diyabet hakkında eğitimi kimden aldınız değişkeni cevapları arasında herhangi bir fark tespit edilememiştir ($p > .05$).

Tablo 15: Hastalara Ait Bazı Özelliklere Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamaları

Özellikler	ÇBASDÖ Genel Puanı					Özel İnsan Alt Boyut					Aile Alt Boyut					Arkadaşlar Alt Boyut				
	n	Sıra Top	Mean±SD	Min..Max	Sıra Top	Mean±SD	Min..Max	Sıra Top	Mean±SD	Min..Max	Sıra Top	Mean±SD	Min..Max	Sıra Top	Mean±SD	Min..Max	Sıra Top	Mean±SD	Min..Max	
Yaş																				
a	10	99,60	68,80 – 5,80	60 – 78	93,30	22,00 – 2,58	19 – 28	96,20	25,90 – 1,37	24 – 28	95,95	20,90 – 2,46	17 – 25							
b	32	99,69	69,00 – 8,11	47 – 84	96,59	21,87 – 4,21	7 – 28	103,72	26,21 – 1,77	22 – 28	95,27	20,90 – 3,92	12 – 28							
c	48	80,18	63,29 – 11,79	26 – 81	82,03	20,62 – 4,27	4 – 28	74,64	23,52 – 4,10	11 – 28	79,33	19,14 – 4,41	4 – 25							
d	40	62,24	58,37 – 14,13	17 – 84	62,01	18,72 – 5,26	8 – 28	61,54	21,87 – 5,25	5 – 28	67,60	17,77 – 5,51	4 – 28							
e	22	50,18	56,77 – 10,08	42 – 83	53,91	18,40 – 3,63	13 – 27	59,23	21,86 – 4,72	11 – 28	50,36	16,50 – 4,39	9 – 28							
İstatistiksel Analiz		$X^2=24,05$	$Sd=4$	$p=.000$	$X^2=19,14$	$Sd=4$	$p=.001$	$X^2=22,65$	$Sd=4$	$p=.000$	$X^2=17,45$	$Sd=4$	$p=.002$							
		$a>d - a>e - b>d - b>e - c>e$		$a>d - a>e - b>d - b>e - c>d - c>e$		$a>d - a>e - b>c - b>d - b>e$		$a>d - a>e - b>c - b>d - b>e$		$a>e - b>d - b>e - c>e$										
Eğitim Durumu																				
Formal eğitimi olmayan (okur-yazar/ değil)	33	34,36	50,39 – 12,18	17 – 81	40,08	16,54 – 4,27	8 – 28	34,52	18,90 – 4,82	5 – 28	40,71	14,93 – 4,57	4 – 25							
b	64	78,30	63,51 – 10,23	26 – 80	76,30	20,18 – 4,57	4 – 28	80,02	24,15 – 3,66	11 – 28	78,00	19,17 – 4,37	4 – 28							
c	36	95,61	67,97 – 7,69	48 – 84	94,76	22,00 – 2,84	15 – 28	94,71	25,50 – 2,60	18 – 28	90,43	20,47 – 3,15	14 – 28							
d	19	107,39	70,68 – 8,53	47 – 84	105,82	22,54 – 3,65	12 – 28	103,08	26,05 – 2,96	19 – 28	107,21	21,78 – 4,68	7 – 28							
İstatistiksel Analiz		$X^2: 46,53$	$Sd: 3$	$p: .000$	$X^2: 37,49$	$Sd: 3$	$p: .000$	$X^2: 44,14$	$Sd: 3$	$p: .000$	$X^2: 34,93$	$Sd: 3$	$p: .000$							
		$a<b - a<c - a<d - b<c - b<d$		$a<b - a<c - a<d - b<c - b<d$		$a<b - a<c - a<d - b<c - b<d$		$a<b - a<c - a<d - b<c - b<d$		$a<b - a<c - a<d - b<c - b<d$		$a<b - a<c - a<d - b<c - c<d$								
Çalışma Durumu																				
a	70	63,26	58,65 – 12,94	17 – 78	63,84	18,74 – 4,90	4 – 28	67,49	22,61 – 4,91	5 – 28	62,25	17,30 – 5,01	4 – 28							
b	59	78,03	63,61 – 10,53	34 – 84	78,46	20,59 – 3,98	11 – 28	75,07	23,55 – 4,01	11 – 28	80,66	19,45 – 4,18	7 – 28							
c	23	112,87	72,13 – 5,81	63 – 84	110,02	23,34 – 2,60	19 – 28	107,61	26,52 – 1,37	24 – 28	109,20	22,26 – 2,89	18 – 28							
İstatistiksel Analiz		$X^2: 22,19$	$Sd: 2$	$p: .000$	$X^2: 19,38$	$Sd: 2$	$p: .000$	$X^2: 14,69$	$Sd: 2$	$p: .001$	$X^2: 20,66$	$Sd: 2$	$p: .000$							
		$a<b - a<c - b<c$		$a<c - b<c$		$a<c - b<c$		$a<c - b<c$		$a<c - b<c$		$a<b - a<c - b<c$								
Evide Birlikte Yaşanan Kişi																				
a	95	93,61	66,75 – 11,38	17 – 84	92,71	21,57 – 4,50	4 – 28	92,66	24,93 – 4,10	5 – 28	90,86	20,24 – 4,56	4 – 28							
b	34	51,01	56,47 – 10,35	32 – 77	53,34	18,26 – 3,36	11 – 25	45,46	20,64 – 4,20	11 – 28	59,47	17,55 – 3,79	10 – 28							
c	9	46,11	55,33 – 9,48	42 – 72	52,11	18,11 – 3,44	12 – 23	39,44	20,66 – 3,16	14 – 24	53,39	16,55 – 4,97	9 – 25							
d	14	41,86	54,12 – 9,37	34 – 67	38,43	16,42 – 3,87	9 – 23	66,07	23,28 – 3,02	18 – 28	35,29	14,42 – 3,87	7 – 20							
İstatistiksel Analiz		$X^2: 38,73$	$Sd: 3$	$p: .000$	$X^2: 35,78$	$Sd: 3$	$p: .000$	$X^2: 37,40$	$Sd: 3$	$p: .000$	$X^2: 30,11$	$Sd: 3$	$p: .000$							
		$a>b - a>c - a>d$		$a>b - a>c - a>d$		$a>b - a>c - a>d - d>b$		$a>b - a>c - a>d - d>b$		$a>b - a>c - a>d - b>d$		$a>b - a>c - a>d - b>d$								

Tablo 15’de araştırmanın bilgi formundaki “yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, evde birlikte yaşanan kişi” değişkenleri ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği genel puanlarını ve özel insan, aile, arkadaşlar alt boyut puanları karşılaştırılmıştır.

Çalışmanın analizinde yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, evde birlikte yaşanan kişi değişkenlerinin ÇBASDÖ genel ve özel insan, aile, arkadaş alt boyut puan sıralama ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılığın olduğu tespit edilmiştir ($p<.05$).

Yaş

Yaş gruplarının ölçek genel puanlarına bakıldığında en yüksek ölçek puanının 46-55 yaşlar arasında, en düşük ise 76 yaş ve üstü hastalara ait olduğu, 45 yaş ve altı ile 46-55 yaşlar arasındaki hastalar ile 56-65, 66-75 yaşları arası ve 76 yaş ve üstü gruplardaki hastaların ÇBASDÖ puanları arasında fark olduğu görülmüştür ($p<.05$). Benzer şekilde 56-65 yaş grubunun ölçek genel puanları, 76 yaş ve üstü gruptan daha yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<.05$), 45 yaş ve altı ile 46-55 yaşlar arasındaki hastaların ölçek genel puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Ölçeğin özel insan alt boyutunda yaş yine etkili bulunmuş ve 45 yaş ve altı ile 46-55 yaş arasında olan hastaların puanları, 66 yaş ve üzerinelilerden, 56-65 yaşlar arasında olan hastaların puanlarının da 76 yaş ve üstüne göre daha yüksek farklı ve istatistiksel anlamlı olduğu görülmüştür ($p<.05$).

Araştırmada 55 yaş ve altında olan hastaların ölçeğin aile alt boyutundan aldıkları puanların, 66 yaş ve üstünelilerden daha yüksek farklı ve anlamlı olduğu saptanmıştır. Aile alt boyutunda ayrıca 46-55 yaş arası ile 56-65 yaş arasında da

puanların farklı olduğu ve 46-55 yaş arasındakilerin daha yüksek puana sahip oldukları tespit edilmiştir ($p<.05$).

Arkadaş alt boyutu puanlarının yaş gruplarında anlamlı farklılık gösterdiği, farkın 45 yaş ve altı, 46-55 yaş ve 56-65 yaş arası gruplarla, 76 yaş ve üzerinde bulunan hastaların puanları arasında olduğu bulunmuştur. Ayrıca 46-55 yaş arasındakilerin ölçeğin arkadaş alt boyut puanlarının 66-75 yaş arasındakilerden de istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır ($p<.05$)

Eğitim Durumu

Yapılan analizlerin sonucunda ÇBASDÖ'nin genel ve alt boyutları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı fark vardır. Farklılığın formal eğitimi olmayan gruptaki diyabet hastaları ile ilkökul, ortaokul ve lise mezunları arasında olduğu görülmüştür ($p<.05$). Veriler doğrultusunda formal eğitimi olmayan gruptaki tip 2 diyabet hastalarının çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği genel ve özel insan, aile ve arkadaş alt boyut puanları diğer tüm eğitim gruplarının puanlarından farklı olarak çok düşük ve istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<.05$).

İlkokul mezunlarının ölçeğin genel ve özel insan alt boyutlarından aldıkları puanların eğitimi ortaokul ve lise düzeyinde olan hastalara göre daha düşük ve anlamlı olduğu görülmüştür ($p<.05$). Aile ve arkadaşlar alt boyut puanlarına bakıldığında ilkökul mezunlarının ortaokul mezunları ile arasında fark görülmezken ($p>.05$), lise mezunlarına göre puanlarının daha düşük ve anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<.05$).

Ortaokul ve lise mezunları arasında sadece arkadaşlar alt boyutunda puan farklılığının olduğu ve ortaokul mezunlarının lise mezunlarına göre daha düşük puana sahip oldukları bulunmuştur ($p<.05$).

Çalışma Durumu

Araştırmamızda çalışan hastaların ÇBASDÖ genel ve alt boyut puanlarının, çalışmayan (ev hanımı) gruptaki hastalardan ve yine ölçeğin genel ve arkadaş desteği puanlarının emeklilere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<.05$).

Çalışma durumlarına bakıldığında bir diğer fark emekliler ile çalışmayan (ev hanımı) hastalar arasında da belirlenmiştir. Emeklilerin ÇBASDÖ genel ve tüm alt boyut puanları çalışmayanlardan daha yüksek ve olumlu istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<.05$).

Evde Birlikte Yaşanan Kişi

Yapılan analizlerin sonucunda evinde eşi ile birlikte yaşayan tip 2 diyabet hastalarının ÇBASDÖ genel ve tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar, evinde yalnız kalan, bakıcısıyla veya çocuklarıyla yaşayanlardan çok daha yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür ($p<.05$).

Ölçeğin aile alt boyutunda ise çocuklarıyla birlikte yaşayanların yalnız yaşayanlara göre daha yüksek puana sahipken, arkadaşlar alt boyutunda tam tersi yalnız yaşayanların puanlarının çocuklarıyla birlikte yaşayanlardan daha yüksek ve istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır ($p<.05$).

Evinde yalnız yaşayanlarla bakıcısıyla kalanlar arasında ölçeğin genel veya alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır ($p>.05$)

Tablo 16: Hastalara Ait Bazı Özelliklere Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamaları

Özellikler	n	ÇBASDÖ Genel Puanı			Özel İnsan Alt Boyut			Aile Alt Boyut			Arkadaşlar Alt Boyut			
		Sıra Top	Mean±SD	Min..Max	Sıra Top	Mean±SD	Min..Max	Sıra Top	Mean±SD	Min..Max	Sıra Top	Mean±SD	Min..Max	
Diyabet Süresi														
a	3 yıl ve altı	105,17	70,44 – 7,82	60 – 84	91,78	22,22 – 3,66	19 – 28	111,06	26,66 – 1,65	24 – 28	100,28	21,55 – 3,57	17 – 28	
b	4-9 yıl	97,01	67,79 – 9,46	34 – 54	94,77	21,68 – 4,00	7 – 28	97,22	25,50 – 3,20	11 – 28	93,10	20,60 – 3,79	11 – 28	
c	10-15 yıl	68,76	61,09 – 10,54	32 – 79	73,84	20,06 – 4,06	11 – 28	62,65	22,61 – 4,08	11 – 28	70,81	18,40 – 3,83	7 – 26	
d	16 yıl ve üstü	58,81	57,68 – 13,65	17 – 84	58,90	18,43 – 4,98	4 – 28	62,85	22,03 – 5,02	5 – 28	61,59	17,21 – 5,69	4 – 28	
İstatistiksel Analiz														
		$X^2=23,85$	Sd=3	p = ,000	$X^2=17,79$	Sd=3	p = ,000	$X^2=25,80$	Sd=3	p = ,000	$X^2=16,13$	Sd=3	p = ,001	
		U: a>c – a>d – b>c – b>d			U: a>d – a>c – b>c – b>d			U: a>c – a>d – b>c – b>d			U: a>c – a>d – b>c – b>d			
Diyabetin Tedavi Tipi (*OAD, İnsülin)														
a	OAD	45	94,43	67,06 – 10,61	26 – 83	89,92	21,06 – 5,13	4 – 28	97,04	25,66 – 2,48	18 – 28	91,82	20,33 – 5,14	4 – 28
b	İnsülin	87	69,90	61,19 – 11,72	17 – 84	71,43	19,87 – 3,90	8 – 28	70,21	22,97 – 4,58	5 – 28	70,03	18,34 – 4,29	4 – 28
c	OAD+İnsülin	20	64,85	58,80 – 14,23	34 – 78	68,35	19,35 – 5,55	9 – 28	57,65	21,45 – 5,20	11 – 28	70,15	18,00 – 5,16	7 – 25
İstatistiksel Analiz														
		$X^2: 10,83$	Sd: 2	p: ,004	$X^2: 6,06$	Sd: 2	p: ,048	$X^2: 15,46$	Sd: 2	p: ,000	$X^2: 7,78$	Sd: 2	p: ,020	
		U: a>b – a>c			U: a>b – a>c			U: a>b – a>c			U: a>b – a>c			
HbA1C Değeri														
a	Altı ve altı	22	18,70	69,86 – 4,45	61 – 77	16,32	22,45 – 1,92	20 – 26	17,82	26,40 – 1,43	24 – 28	17,30	21,00 – 2,50	16 – 25
b	Yedi	5	11,10	66,80 – 4,91	59 – 71	14,60	22,00 – 1,22	21 – 24	10,00	24,40 – 2,70	20 – 27	14,80	20,40 – 2,19	17 – 23
c	Sekiz ve üstü	6	15,67	72,83 – 11,12	57 – 84	21,50	25,00 – 4,64	19 – 28	19,83	26,00 – 3,09	22 – 28	17,75	21,83 – 5,45	16 – 28
İstatistiksel Analiz														
		$X^2:2,75$	Sd:2	p: ,252	$X^2: 1,75$	Sd:2	p: ,416	$X^2: 3,45$	Sd:2	p: ,178	$X^2: ,321$	Sd:2	p: ,852	
Kan Şekeri Ölçme Sıklığı														
a	Günde	59	17,45	68,66 – 7,94	45 – 84	50,84	22,22 – 3,64	11 – 28	51,66	25,55 – 3,19	11 – 28	49,86	20,88 – 3,69	7 – 28
b	Haftada	31	12,20	65,77 – 9,35	42 – 81	42,79	21,06 – 3,49	11 – 28	40,16	24,38 – 3,53	14 – 28	45,18	20,32 – 3,91	13 – 28
c	Kötü hissettiğinde	4	19,33	63,50 – 9,11	54 – 75	34,75	20,75 – 2,98	18 – 25	43,00	24,25 – 4,50	18 – 28	30,75	18,50 – 2,88	15 – 22
İstatistiksel Analiz														
		$X^2:1,63$	Sd: 2	p: ,440	$X^2:2,71$	Sd: 2	P: ,257	$X^2:3,84$	Sd: 2	p: ,146	$X^2:2,19$	Sd: 2	p: ,334	
Fiziksel Aktivite Sıklığı														
a	Hergün	23	33,33	66,82 – 13,97	17 – 84	32,09	21,52 – 4,74	8 – 28	32,09	24,91 – 5,13	5 – 28	32,20	20,39 – 5,25	4 – 28
b	Haftada	29	31,36	69,62 – 5,71	57 – 83	31,47	22,03 – 3,15	11 – 27	30,67	25,89 – 1,77	22 – 28	35,03	21,68 – 2,96	16 – 28
c	Ara sıra	13	36,08	71,15 – 7,22	61 – 84	38,04	23,23 – 2,65	20 – 28	39,81	26,76 – 1,64	24 – 28	29,88	21,15 – 3,64	16 – 28
İstatistiksel Analiz														
		$X^2: ,571$	Sd: 2	p: ,752	$X^2: 1,18$	Sd: 2	p: ,552	$X^2: 2,28$	Sd: 2	p: ,319	$X^2: ,739$	Sd: 2	p: ,691	

p<.05 X^2 : Kruskal Wallis H, U: Mann Whitney U

Bilgi formundaki “*diyabet süresi, diyabet ile ilgili tedavi tipi, HbA1C değeri, kan şekerini ölçme ve fiziksel aktivite yapma sıklığı*” değişkenleri ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği genel ve özel insan, aile, arkadaşlar alt boyut puanları karşılaştırılmıştır. Diyabet süresi ve tedavi tipi ölçeğin genel ve alt boyut puanlarını etkilerken, hastaların HbA1C değeri, kan şekerini ölçme ve fiziksel aktivite yapma sıklığı ise etkili bulunmamış ve fark tespit edilememiştir ($p>.05$).

Diyabet Süresi

Tablo 16’da görüldüğü gibi hastaların diyabet süresi ÇBASDÖ’nin genel ve özel insan, aile ve arkadaşlar alt boyutları puanlarında farklılık göstermiştir. Ölçeğin genel ve alt boyutlarında en yüksek puan 3 yıl altında bir süre önce diyabet tanısı konan gruba ait olduğu belirlenmiştir. Ancak bu grup ile 4-9 yıldır diyabeti olanlar arasında ölçeğin ne genel ne de alt boyut puanları arasında anlamlılık yoktur ($p>.05$). Üç yıl ve altında ve 4-9 yıldır diyabet hastası olanların ölçeğin genel ve alt boyut puanlarına bakıldığında, 10 yıl ve üzerindeki diğer iki gruba göre, istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek puanlara sahip oldukları tespit edilmiştir ($p<.05$).

Diyabet süresi arttıkça ölçeğin genel, özel insan ve arkadaşlardan aldıkları desteği gösteren alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde düştüğü görülürken ($p<.05$), Aile alt boyutunda ise sadece 10-15 yıl ve 16 yıl ve üzerinde diyabet süresi olan hasta grupları arasında anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>.05$).

Diyabetin Tedavi Tipi

Araştırmamızda OAD kullanan hastaların ÇBASDÖ’i genel ve tüm alt boyut puanlarının insülin veya OAD+insülin kullananların yüksek görülmüştür ($p<.05$).

Yapılan analizlerin sonucunda tedavide insülin ve OAD+insülin kullanan diyabet hasta gruplarının ÇBASDÖ genel ve alt boyut (özel insan, aile, arkadaşlar) puanları arasında istatistiksel fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Bölüm-5

TARTIŞMA

Tip 2 diyabetlilerde algılanan sosyal desteğin, hastalığı kabulü ne şekilde etkilediğini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

- Hastaların HKÖ'ne ait bulguların tartışılması
- Hastaların ÇBASDÖ'ne ait bulguların tartışılması.
- HKÖ genel puanları ile ÇBASDÖ genel puanları ve alt boyut puanları Korelasyonu

Diyabeti Olan Hastaların HKÖ'ne ait bulguların tartışılması

Yaptığımız araştırma verilerine göre; *“yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, birlikte yaşadığı kişiler, diyabet hastalık süresi, ailede ya da çevrede diyabet varlığı, diyabet ile ilgili tedavi tipi, ilaçları düzenli kullanma durumu, HbA1C düzeyini bilme durumu, kan şekeri düzenli ölçme, diyabet tedavisi ve bakımına yönelik eğitim alma, diyabet eğitiminin alındığı kişi, diyabetik tıbbi beslenmeye uyma, diyetle uymama nedeni, düzenli fiziksel aktivite yapma, fiziksel aktivite süresi, düzenli fiziksel aktivite yapmama nedeni, düzenli sağlık kontrolüne gitme, sağlık kontrolüne gitme sıklığı, düzenli ayak bakımı yapma ve ayak bakımı yapma sıklığı”* değişkenlerinin HKÖ puanlarını etkilediği ve anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır ($p < .05$).

Araştırmamızda 46-55 yaş grubundaki tip 2 diyabet hastalarının hastalığı kabul ölçeği puanları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek görülmektedir (Tablo 10). Rogor

ve arkadaşlarının (2017) diyabetlinin yaşam kalitesi ve hastalığı kabulünü belirlemek amacı ile yapmış oldukları çalışmalarında, genç hastaların hastalığı kabul düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (46). Bu çalışmanın sonucunun bulgumuzu desteklemektedir. Diyabetlilerde yaşın ilerlemesi ile birlikte hastalık yükü artacağından hastalığın kabulünü de zorlaştırabileceği söylenebilir.

Diyabeti olan kadın hastaların hastalığı kabulünün erkek hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 10). Araştırmamıza paralel olarak Demirtaş ve Akbayrak (2009)'ın Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde 43 hasta ile yaptıkları çalışmada da kadınların, erkeklere oranla hastalığı kabul etme ve uyumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (34). Araştırmamızın aksine Usta, Atmaca ve arkadaşlarının (2015) yaptığı diyabetik hastaların bilinç düzeyi ve farkındalıklarını ölçtükleri çalışmada erkek hastaların bilinç düzeyleri ve farkındalıkları daha yüksek bulunmuştur (47). Litaratürdeki araştırmalarda cinsiyet değişkeninin farklı sonuçlarının olması araştırmaların yapıldığı farklı toplum, kültür ve eğitim düzeylerinden kaynaklı olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda evli olan tip 2 diyabet hastalarının hastalığı kabulü yüksek bulunmuştur. Atmaca ve ark. (2015) yapmış oldukları diyabetik hastalarda hastalık bilinç düzeyi ve farkındalık araştırmasında %85'inin evli, %9'unun bekar olduğu görülmüştür (47). Evli olan hastaların eşlerinden aldıkları destek hastalığı kabullenmeyi arttırmaktadır.

Evde eşi ile birlikte yaşayan tip 2 diyabet hastalarının hastalığı kabul düzeyleri yüksek bulunmuştur (Tablo 10). Diyabet hastalarının beraber yaşadıkları eşlerin; hastalıklarını kabullenmede, tedavi yönetiminde ve düzenli kontrollerin sürdürülmesini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Formal eğitimi olmayan tip 2 diyabet hastalarının hastalığı kabul düzeylerinin diğer gruplardan düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza paralel olarak, Kurpas ve arkadaşlarının (2013) 131 hastayla yaptıkları çalışmada düşük eğitim seviyesine sahip olan hastaların hastalığı kabul seviyeleri düşük olarak bulunmuştur (48). Richardson ve arkadaşlarının 107 diyabetli hastalarla yaptıkları bir çalışmada, eğitim seviyesinin yükselmesiyle hastalığı kabul düzeyinin de yükseldiğini göstermişlerdir (49). Bu nedenle eğitim seviyesinin hastalığı kabul düzeyini etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmamız sonucunda çalışan ve sosyal güvencesi olan hastaların HKÖ düzeylerinin çalışmayan veya sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde araştırmamıza benzer bulguları olan çalışmalara rastlanmıştır. Şireci ve Karabulutlu (2017)'nin yapmış oldukları çalışmada çalışan bireylerin, hastalığı kabullenme düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (50). Richardson ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada uzun dönemli işi olan diyabetlilerin işsizlere göre hastalığı kabul düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (49). Hastaların çalışıyor ve sosyal güvencelerinin olması uzun süreli olan diyabetin tedavisi ve sağlık giderlerini karşılamada önemli bir yertutmaktadır. Bu nedenle de hastaların hastalığı kabullenmelerinin daha kolay olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda diyabet süresine bakıldığında en yüksek hastalığı kabulün 3 yıl ve altı grup, en düşük ise 16 yıl ve üzerindeki gruba ait olduğu görülmektedir. Şireci ve Karabulutlu (2017) yapmış oldukları çalışmada hastalık süresinin 3-5 yıl olanların hastalığı kabul puan ortalamaları diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (50). Diyabet yılı arttıkça bireylerde hastalığa ilişkin tükenmişlik, bıkkınlık, tedavi sürecindeki başarısızlık ve yaşın ilerlemesi hastalık yükünü de arttırarak hastalık kabulünü zorlaştırabileceği söylenebilir.

Ailesinde ya da çevresinde diyabet hastalığı olan hastaların hastalığı kabul puanları yüksek bulunmuştur. Şireci ve Karabulutlu (2017)'nin çalışmalarında ailesinde diyabet hastalığı olanlar ile hastalık kabulü arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (50). Araştırmamızda hastaların ailesinde ve çevresinde diyabet olması ile hastalığı kabul etmelerinin yüksek bulunmasının, hastaların daha önceden mevcut olan diyabet hastalığı ile ilgili bilgi ve farkındalıklarının artması ile açıklanabilir.

Diyabet hastalığının tedavisi için OAD kullanan tip 2 diyabet hastalarının hastalığı kabul puanları yüksek bulunmuştur. Şireci ve Karabulutlu (2017)'un çalışmasında tedavi yöntemi ile hastalık kabulü arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (50). Bireylerin OAD kullanıyor olması etkin bir tedavide hastalığı kabulü kolaylaştırmaktadır. Öte yandan insülin uygulaması tedavide kişilerin hayatlarını kısıtlayacağı, yemek öğünlerinin planlanmasının oluşturulması, kişilerin insüline olumsuz yaklaşımları ve komplikasyonların da eklenmesiyle kişilerde başarısızlık hissi oluşturduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda HbA1C sonucunu bilen, kendi kendine kan şekerini düzenli ölçen, diyabet tedavisi ve bakımına yönelik eğitim alan, diyabet hakkında eğitimini hemşireden alan, diyabetik tıbbi beslenmeye uyan, fiziksel aktivite yapan, düzenli sağlık kontrolüne giden ve düzenli ayak bakımı yapan tip 2 diyabet hastalarının hastalığı kabullenmeleri yüksek bulunmuştur. Hastalıkla ilgili eğitim alma, beslenme, kan şekeri ölçümü, HbA1C takibi, fiziksel aktivite yapma, düzenli sağlık kontrolüne gitme, düzenli ayak bakımı yapma hastalığı kabul eden hastalardan yapması beklenen uygulamalar olduğu için hastalık kabulünün yüksek çıktığı düşünülmektedir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğinin tip 2 diyabeti önlemede yaşam tarzı değişikliği ile mücadelede son yıllarda önem kazandığı vurgulanmaktadır. HKÖ ile

ilgili yapılan çalışmalarda bu değişkenler ile ilgili çalışma sonuçlarına ulaşamadığından tartışma yapılamamıştır.

Tip II Diyabet Hastalarının ÇBASDÖ'ne ait bulguların tartışılması

Çalışmamızda ÇBASDÖ, alt boyut (aile, özel insan, arkadaş) ile “yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, diyabet hastalık süresi, ailede ya da çevrede diyabet varlığı, diyabet ile ilgili tedavi tipi, ilaçları düzenli kullanma durumu, diyabetten başka hastalık durumu, HbA1C düzeyini bilme durumu, kan şekeri düzenli ölçme, diyabet tedavisi ve bakımına yönelik eğitim alma, diyabetik tıbbi beslenmeye uyma, düzenli fiziksel aktivite yapma, düzenli sağlık kontrolüne gitme ve düzenli ayak bakımı yapma” değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < .05$).

Araştırmamızda kadın ve evli diyabetli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin erkek ve bekarlardan yüksek olduğu ve arasındaki farkın istatistiksel olarak sadece özel insan desteği ile arkadaş desteği alt boyutlarında önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 13). Karakurt ve arkadaşlarının (2013) diyabetli hastalarla yapmış oldukları çalışmada kadın ve evli hastaların sosyal destek puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (51). Köçkar ve Uzun (2007)'un yaptıkları çalışmada kadınların arkadaştan aldıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu diğer alt boyutlarında önemli fark olmadığı, medeni durumun ise sosyal destek üzerinde istatistiksel olarak önemli fark oluşturmadığı görülmektedir (52). Bal, Yılmaz ve arkadaşlarının (2011) Tip 1 diyabetli adölesanlarla yaptığı çalışmada kişilerin sosyal destek puan ortalamaları ile cinsiyet durumu arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir (53). Cinsiyetin sosyal destek üzerindeki farklı sonuçların Türk toplumundaki kadınlar arasında komşuluk ilişkilerinin güçlü olmasından ve evli olanların da eşlerin birbirine olan

desteğin getirdiği pozitif etkinin adölesanlarda ortaya çıkmamış olabileceği söylenebilir.

Çalışma sonucunda 45 yaş ve altı yaş grubundaki hastaların sosyal destekleri diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamıza paralel olarak Yılmaz ve Özkan'ın (2009) cerrahi kliniklerinde yatan hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmada 45 yaş ve altındaki hastaların sosyal destek puanları yüksek bulunmuştur (54). Arslantaş ve arkadaşlarının (2010) hastanede yatan hastalarla yapmış oldukları çalışmada ise yaş ile algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir (55). Bu durum çeşitli ulusların kültürel geleneklerinden kaynaklı olduğu, kronik hastalıklarda hastalığı kabullenme ve sosyal desteğin algılama biçimlerinin de farklı olabileceği düşünölmektedir. Yaş ilerledikçe bireylerde işlev kaybı, aile üyelerinin kaybı, arkadaş kaybı gibi kayıpların varlığı sosyal destek kaynaklarının azalmasına da neden olmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan çalışmaya devam eden diyabetli hastaların sosyal destek puanı emekli ve çalışmayanlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 15). Tan ve arkadaşlarının (2005) Erzurumda 3 diyaliz merkezindeki hastalarla yaptıkları çalışmada emekli olan hastaların algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları yüksek olduğu belirlenmiştir (56). Çalışmamızda da emekli olanların puanları çalışmayanlardan daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. İki çalışma arasında görölen farkın çalışan hastaların diyalize girmeye başlamasıyla çalışma hayatından hızla uzaklaşmaları nedeniyle emekliler lehine bir sonuç çıktığı ifade edilebilir.

Formal eğitimi olmayan gruptaki diyabetli hastaların algılanan sosyal desteği diğer tüm eğitim gruplarının puanlarından farklı olarak çok düşük bulunmuştur. Arslantaş ve arkadaşlarının (2010) Devlet Hastanesi dahili ve cerrahi kliniklerinde

yatan 93 hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların eğitim düzeyinin sosyal destek puanlarını etkilemediği görülmektedir (55).

Çalışmada evinde eşi ile birlikte yaşayan hastaların algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum eşiyile birlikte yaşayan bireylerde sevgi, şevkat, benlik saygıları olumlu bir şekilde etkileştiği ve diyabetlinin hastalığı algılama ve yönetme biçimlerini de olumlu etkilediği söylenebilir.

3 yıl ve altı süredir diyabet hastası olan grupta algılanan sosyal destek ölçeği genel ve alt boyut puanlarında (aile, arkadaşlar ve özel insan) yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dayapoğlu ve Tan (2009)'ın İnmeli hastalarla yaptıkları çalışmada hastalık süresine göre, hastalığın 3-9. ayında aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir (57). Kronik hastalıklarda, hastalık süresi uzadıkça sosyal destek kaynaklarının (aile, özel insan, arkadaşlar) hasta kişilerin bakımı ve tedavisinde yoğun stres ve duygusal olarak yıpranmalar yaşamalarına neden olmakta ve bununla birlikte destek kaynakları giderek azaldığı düşünülmektedir. İki çalışmanın sonuçları birbiriyle uyumludur.

Ailesinde ya da çevresinde diyabet varlığı olan, diyabetten başka kronik hastalığı olmayan, HbA1C değerini bilen, kan şekerini düzenli ölçen, diyabet tedavisi ve bakımına yönelik eğitim alan, diyabetik tıbbi beslenme diyetine uygun beslenen, düzenli fiziksel aktivite yapan, düzenli sağlık kontrolüne giden ve düzenli ayak bakımı yapan tip 2 diyabet hastalarının algıladıkları sosyal destek durumu ve alt boyutlarında özel insan, aile ve arkadaştan alınan desteğin yüksek olduğu görülmektedir. İlaçlarını düzenli kullanan hastaların algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu sadece özel insan desteği alt boyutunda önemli olmadığı bulunmuştur. Algılanan sosyal desteğin hastanın kendi bakım davranışlarına yardımcı olabileceği düşünülmekte, sosyal desteğin diyabet yönetiminde hayati bir role sahip olduğunu gösteren ADA 2018

Diyabet Tedavi Klavuzunda hastalar için ‘‘Kronik Bakım Modeli’’ önerilmektedir. Bu modelde sağlık hizmeti veren aktif ve uyumlu bir ekibin yanı sıra diyabetlinin ailesi ve çevresinin de tedaviye katılımlarının sağlanması önemi vurgulanmıştır (58). Bireylerin sosyal destek gruplarından yeterli düzeyde yardım alması; sağlığını korumasına, geliştirmesine ve hastalıkların gelişmesinin önlenmesinde yararlı olabilir.

Araştırmamızda diyabet tedavisi için OAD kullanan hastaların sosyal destek ölçeği genel ve alt boyut puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Tedavide insülin kullanma bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği; çünkü bireyin uygulaması gereken çok fazla yemek saati, insülinin uygulanması, yemek ile insülin ilişkisi, kan şekerinin daha sık takibini, hipoglisemi riskinin artması ve fiziksel aktivite gibi planlanması gereken bir çok ayrıntıyı içermekte ve endişeleri artırmaktadır. Bunun yanında oral antidiyabetik tedavisi ise bireyin kendisinin başarabileceği bir tedavi şekli olduğunu ve ihtiyaçı doğrultusunda kolayca sosyal destek kaynaklarından yararlanabileceği söylenebilir.

HKÖ genel puanları ile ÇBASDÖ genel puanları ve alt boyut puanları Korelasyonu

Hastalığı kabul ölçeği genel puanları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği genel puanları ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak pozitif doğrusal ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,462, p = .000$). Literatürde hastalığı kabul ile çok boyutlu algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu sonuca göre hemşirelerin hastaların iyi bir şekilde anamnez almaları gerektiği ve hastaları bir bütün olarak ele almaları gerektiği düşünölmektedir. Kronik hastalıklarla mücadelede kişilerin sosyal destekleri arttıkça hastalığı kabullenmelerinin de yükseldiği görölmektedir.

Bölüm 6

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Tip 2 diyabeti olan hastalarda algılanan sosyal desteğin, hastalığı kabul düzeyine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada;

Araştırmaya katılan bireylerin %31,6 ile 56-65 yaş aralığında olduğu, bunların %55,3'ünün erkek, %62,5'inin evli, %42,1'i İlkokul mezunu, %43,4'ünün çalışmadığı, %23,0'ının emekli olduğu ve %33,6'sının halen daha çalıştığı saptanmıştır. %65,8'inin gelirinin gidere denk olduğu ve %62,5'inin eşleri ile birlikte yaşadıkları görülmüştür. Diyabet süresine bakıldığında en yüksek %33,6 ile 16 yıl ve üstü, en düşük oranın ise %5,9 ile 3 yıl ve altı süredir diyabet tanılı olduğu ve %61,8'inin ailesinde ya da çevresinde diyabet hastası olduğu bulunmuştur. Diyabet tedavisinde %57,2 ile en çok insülin, %29,6 OAD ve %13,2'sinin ise hem insülin hem de OAD kullandığı saptanmıştır. Hastalara ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda %32,9'unun hayır cevabını verdikleri ve ilaçlarını düzenli kullanmama sebebi olarak %90 oranında unuttuklarını ifade etmişlerdir. Hastaların %78,3'ünün HbA1C sonucunu bilmedikleri, bilenlerin sadece %21,7 gibi çok düşük oranda kaldığı belirlenmiştir. Bilen grubun HbA1C değerlerine bakıldığında %66,7'sinin 6 ve altında olduğu gözlenmiştir. Hastaların kan şekerini ölçme davranışlarına bakıldığında, %61,8'inin düzenli bir şekilde ölçtüğü ve bunların %62,8'inin ise hergün kan şekerini ölçtüğü belirlenmiştir. Diyabete yönelik eğitim almadığını ifade edenlerin oranı %71,7 iken, alanların %28,3 gibi düşük bir orana sahip oldukları görülmüştür. Diyabet ile ilgili eğitim aldım diyenlerin %88,4'ü, eğitimi hemşireden aldığını belirtmiştir.

Hastalara beslenme biçimleri sorulduğunda %61,2 oranında diyabete uygun beslenmediklerini ifade etmişlerdir. Diyabete uygun beslenmeyi sürdürememe nedeni olarak da %31,2'si diyetindeki yiyeceklerden çok sıkıldığını ve yemek yemeyi artık sevmediklerini belirtmişlerdir. %57,2'sinin fiziksel aktivite yapmadıkları, yapıyorum diyenlerin %44,6'sının haftada bir kez %56,9'unun da 40-60 dakika arasında aktivite yaptıkları belirlenmiştir. Fiziksel aktivite yapmayan gruptakilerin %56,3'ü ağrılarından dolayı yapamadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların %64,5'inin düzenli sağlık kontrolüne gittiği, ayda bir kontrole gidiyorum diyenlerin oranının %34,7 olduğu saptanmıştır. Hastaların %55,9'u düzenli ayak bakımı yaptığını, düzenli ayak bakımı yapıyorum diyenlerin %47,1'i haftada bir yaptığını belirtmiştir.

Diyabetli hastaların “46-55 yaş aralığında, kadın, evli, lise mezunu, çalışan, sosyal güvencesi olan, evinde eşi ile birlikte kalan, 3 yıl ve altı süredir diyabet hastası olan ve çevresinde diyabet varlığı olan, OAD kullanan, ilaçlarını düzenli kullanan, HbA1C düzeyini bilen, kan şekerini düzenli ölçen, diyabet tedavisi ve bakımına yönelik eğitim alan, diyabet eğitimini aldığı kişi, diyabetik beslenmeye uyma ve diyetle uymama nedeni, düzenli fiziksel aktivite yapma, aktivite süresi, fiziksel aktivite yapmama nedeni, düzenli sağlık kontrolüne gitme durumu ve sağlık kontrolüne gitme sıklığı, düzenli ayak bakımı yapma ve ayak bakımı yapma sıklığı” değişkenleri ile hastalığı kabul ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel anlamlılık görülmektedir ($p<.05$) (Tablo 10 – Tablo 11 – Tablo 12).

Araştırmaya katılan diyabeti olan hastaların “yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, evde birlikte yaşadığı kişiler, ailede ya da çevrede diyabet varlığı, diyabet süresi, diyabet tedavi tipi, ilaçları düzenli kullanma, diyabetten başka kronik hastalığı, HbA1C düzeyini bilme, kan şekerini düzenli ölçme, diyabet tedavi ve bakımına yönelik eğitim alma, diyabetik beslenmeye uyma, düzenli fiziksel

aktivite yapma, düzenli sağlık kontrolüne gitme ve düzenli ayak bakımı yapma durumları’’ değişkenlerinin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutlarında düzenli ilaç kullanımı, düzenli kan şekeri ölçme, diyabetik beslenmeye uyma, düzenli sağlık kontrolüne gitme, düzenli fiziksel aktivite yapma ve düzenli ayak bakımı yapma durumlarında en çok desteği Aile ve Arkadaştan alındığı görülmektedir.

Hastalığı kabul ölçeği genel puanları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği genel puanları ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak pozitif doğrusal ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .462, p = .000$).

Çalışmamızın tartışma kısmında literatürde yeterli kaynak bulunamadığından bazı değişkenler tartışılmamıştır.

6.2 Öneriler

- Daha çok hemşirenin diyabet konusunda eğitilerek, diyabetli birey ve ailesinin bilgilendirmesinde etkin role sahip olmaları sağlanabilir.
- Hemşireler diyabetin önemli bir kronik hastalık olduğunun bilinciyle diyabetli bireylerle iletişimlerinde farklı görüşme ve eğitim yöntemleri kullanarak hastalığı kabul düzeyleri ve sosyal destekleri artırılabilir.
- Hemşireler hastaların eğitim düzeyini göz önüne alarak eğitimin içeriğini, sayısını ve süresini düzenleyebilir.
- Yalnız, bakıcıyla veya çocuğuyla yaşayanlar daha yakından izlenebilir, evde bakım, tele-tıp ya da farklı uzaktan erişim ve destek sistemleri kullanılabilir.
- Diyabet tanısını aldığı ilk günden itibaren hasta ve ailesinin bilgi ve becerisi artırılabilir.

- Diyabetli birey ve ailesinin diyabet eğitimi alma durumu ve bilgi düzeyleri diyabet eğitim hemşiresi tarafından sorgulanmalı. Eksikler tamamlanarak hasta ve ailesinin katılımı izlenmeli.
- Diyabet ile mücadelede erken tanı için toplumsal farkındalık ve riskli bireyler için gerekli eğitimler sağlanarak koruyucu sağlık hizmetleri oluşturulabilir.
- Medya, sivil toplum kuruluşları, okullar, sanayi ve politik işbirlikleri yapılarak diyabet farkındalığı, destek sistemleri kurulmalı.
- Diyabetli bireyin hastalığı kabul düzeyi belirlenerek, diyabete özgü sağlık davranışlarına destek için sosyal çevresi de bilinçlendirilmeli.
- Diyabetli bireylerin ve sosyal yakın çevrelerinin hastalık kabul düzeylerinin ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenebilmesi için daha geniş ölçekte araştırmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- [1] Amerika Diyabet Federasyonu
<http://www.diabetes.org/?referrer=https://www.google.com.tr/> (28 Nisan 2017))
- [2] Sofolu, F. ve Ünsal, Avdal, E. (2016), *Hemşirelik Forumu Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon*, İstanbul: Gülmat Matbaası.
- [3] Kartal, A., Çağırğan, M. G., Tıgılı, H., Güngör, Y., Karakuş, N. ve Gelen, M. (2008), *Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutumları ve Tutumu Etkileyen Faktörler*, TAF Preventive Medicine Bulletin, 7(3).
- [4] Dünya Sağlık Örgütü <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016/en/>
(16 Haziran 2017)
- [5] T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011), *Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı*, Ankara: Anıl Matbaası.
- [6] Miller, T. (2013), *Importance Of Family/Social Support And Impact On Adherence To Diabetic Therapy, Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 6, 421-426.
- [7] Türkiye diyabet programı 2015-2020
https://extranet.who.int/ncdccs/Data/TUR_D1_T%C3%BCrkiye%20Diyabet%20Program%C4%B1%202015-2020.pdf

- [8] Kıbrıs Türk Diyabet Derneği. <http://www.diyabetdernegi.com/> (07 Mart 2017)
- [9] Büyükkaya Besen, D. ve Esen, A. (2011), *Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması*, İzmir: Araştırma TAF Preventive Medicine Bulletin, 10(2), 155-164.
- [10] Aktaş, A. ve Sertel, Berk, H. Ö. (2012), *Verilen Sosyal Destek Ölçeği'nin Psikometrik Özellikleri*, İstanbul: Psikoloji Çalışmaları Dergisi 32-2 71-84.
- [11] Ardahan, M. (2006), *Sosyal Destek ve Hemşirelik*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Cilt: 9 Sayı: 2, 68-75.
- [12] Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H. (2001), *Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği*, Ankara: Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1),17-25.
- [13] Yavuzer, Y., Albayrak, G. ve Keldal, K. (2018), *Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki: Problem Çözme Becerilerinin Aracılık Etkisi*, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education), 33(1), 242-255.
- [14] Yalçın, İ. (2015), *İyi Oluş ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkiler: Türkiye'de Yapılmış Çalışmaların Meta Analizi*, Türk Psikiyatri Dergisi, 26(1), 21-32.

- [15] Fasihi Harandi, T., Mohammad, Taghinasab, M., Dehghan and Nayeri, T. (2017). *The Correlation Of Social Support With Mental Health: A Meta-Analysis*. *Electronic Physician*, 9(9), 5212-5222.
- [16] Yousef, Atoum, A. and Ahmed, Al-Shobou, R. (2018), *Emotional Support and Its Relationship To Emotional Intelligence*, *Advances in Social Sciences Research Journal*, 5(1) 7-16.
- [17] Güneş, Z. ve Öner, H. (2009), *Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Ümitsizlik Durumları*, *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, Cilt 17, Sayı 1, 24-31.
- [18] Türten, Kaymaz, T. ve Akdemir, N. (2016), *Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyum*, *KKTC-Lefke: Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(2), 61-67.
- [19] Carcone, A., Ellis, D., Weisz, A. and Naar-King, S. (2011), *Social Support for Diabetes Illness Management: Supporting Adolescents and Caregivers*, *J Dev Behav Pediatr*. October ; 32(8): 581–590.
- [20] Ardahan, M. (2006), *Sosyal Destek ve Hemşirelik*, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* Cilt: 9 Sayı: 2, 68-75.
- [21] Büyükkaya, Besen, D. (2009), *Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*, *Yayımlanmış Doktora Tezi*, Ege Üniversitesi.

- [22] Bağriaçık, N. (1997), *DiABETES MELLiTUS: Tanımı, Tarihçesi, Sınıflaması ve Sıklığı*, İstanbul: Net matbaacılık, 9-18.
- [23] Karadakovan, A. ve Eti, Aslan, F. (2014), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Ankara: Özyurt Matbaası, 769-806.
- [24] Olgun, N. (2012), *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 291-332.
- [25] Olgun, N., Eti, Aslan, F., Coşansu, G. ve Çelik, S. (2011), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 2. Baskı, Adana: Nobel Kitapevi; 817-856.
- [26] Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2018), *Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu*, 10. Baskı, Ankara: 25-26.
- [27] Fowler, M. (2011), *The Diabetes Treatment Trap: Hypoglycemia*, Clinical Diabetes, 1(29), 36-39.)
- [28] Kuo, JZ., Wong, TY. and Rotter JI. (2014), *Challenges In Elucidating The Genetics Of Diabetic Retinopathy*, Jama Ophthalmology, 1(32), 96-107.
- [29] The ACCORD Study Group and ACCORD Eye Study Group. (2010), *Effects of Medical Therapies on Retinopathy Progression in Type 2 Diabetes*, N Engl J Med., 363(3): 233–244.

- [30] Tesfaye, S. and Selvarajah, D. (2012), *Advances In The Epidemiology, Pathogenesis Andmanagement Of Diabetic Peripheral Neuropathy*, Diabetes/Metabolism Research And Reviews, 8-14.
- [31] King, DK., Glasgow, RE., Toobert, DJ., Strycker, LA., Estabrooks, PA., Osuna, D. and Faber, AJ. (2010), *Self-Efficacy, Problem Solving, And Social-Environmental Support Are Associated With Diabetes Self-Management Behaviors*,<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20150299> (7 Mayıs 2018)
- [32] Olgun, N., Eti Aslan, F., Coşansu, G. ve Çelik, S. (2014), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 3. Basım, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, s.769-806.
- [33] Türk Dil Kurumu, Kabul, <http://tdk.gov.tr> (05 Nisan 2018)
- [34] Demirtaş, A. ve Akbayrak, N. (2009), *Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastaların, Hastalıklarına Uyum Ve Kabullenme Kriterlerinin Belirlenmesi*, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Anatol J Clin Investig 3(1),10-18.
- [35] Basinska, M.A. and Andruszkiewicz, A. (2012), *Health locus of control in patients with gravesbasedow disease and hashimoto disease and their acceptance of illness*, Int J Endocrinol Matbaası.

- [36] Lewandowska, K. Rogiewicz, M. Specjalski, K. Niedozytko, M. and Jassem, E. (2006), *The influence of psychotherapy on the quality of life in patients with moderate and severe bronchial asthma-preliminary report*, *Advances in Palliative Medicine*, 5, 114-9.
- [37] Cohen, G.L. and Sherman, D.K. (2014), *The psychology of change: Self-affirmation and social psychological intervention*, *Annual Review of Psychology*, 333-371.
- [38] Misra, R. and Lager, J. (2008), *Predictors of quality of life among adults with type 2 diabetes mellitus*. *J Diabetes Complications*, 22(3), 217-23.
- [39] Altıparmak, S., Fadiloğlu, Ç., Gürsoy, Ş.T. ve Altıparmak, O. (2011), *Kemoterapi Tedavisi Akciğer Kanserli Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi*, *Ege Tıp Dergisi*, 50(2), 95-102.
- [40] Göz, F., Karaöz, S., Göz, M., Ekiz, S. ve Çetin, İ. (2007), *Effects Of The Diabetic Patients' Perceived Social Support On Their Quality-Of-Life*, *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1353–1360.
- [41] Kavak, F., Mankan, T., Polat, H., Sarıtaş, S.Ç. ve Sarıtaş, S. (2014), *Hemşirelerin Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri*, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 21-24.


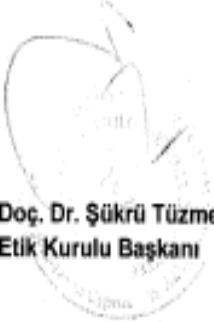
- [42] Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004), *Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri İle Depresyon Arasındaki İlişki*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 5(2), 76-84.
- [43] Akgün, Şahin, Z. ve Şahin, M. (2014), *Yaşlı diyabet hastalarının günlük yaşam aktivitelerine uyumu ve öz-bakım gücünün değerlendirilmesi*, Turkish Journal of Geriatrics, 17(3), 278-284.
- [44] Tel, H., Tel, H. ve Sabancıoğulları, S. (2006), *Evde Ve Kurumda Yaşayan 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Yalnızlık Yaşama Durumu*. Türk Geriatri Dergisi, 9(1), 34-40.
- [45] Karakurt, P., Hacıhasanoğlu, Aşilar, R. ve Yıldırım, A. (2013), *Diyabetli Hastaların Özbakım Gücü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi*, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14(1), 1 - 9.
- [46] Rogon, I., Kasprzak, Z. and Szcześniak, L. (2017), *Perceived quality of life and acceptance of illness in people with type 2 diabetes mellitus*, Menopause Rev, 16(3), 79-85.
- [47] Usta, Atmaca, H., Akbaş, F., Şak, T., Uysal, Şak, D., Acar, Ş. ve Niyazoğlu, M. (2015), *Diyabetik Hastalarda Hastalık Bilinç Düzeyi ve Farkındalık*, İstanbul Med J, 16, 101-104.

- [48] Kurpas, D., Mroczek, B. and Bielska, D. (2013), *The Correlation Between Quality of Life, Acceptance of Illness and Health Behaviors of Advanced Age Patients*, Archives of Gerontology and Geriatrics, 56, 448–456.)
- [49] Richardson, A., Adner, N. and Nordström, G. (2001), *Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability*, J Adv Nurs, 33(6), 758-63.
- [50] Şireci, E. ve Yılmaz, Karabulut, E. (2017), *Tip 2 diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabulleme ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi*, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(1).
- [51] Karakurt, P., Hacıhasanoğlu, Aşlar, R. ve Yıldırım, A. (2013), *Diyabetli Hastaların Öz-Bakım ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirmesi*, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 14(1), 1-9.
- [52] Köçkar, Ç. ve Uzun, Ö. (2007), *Lomber Disk Herni Ameliyatı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(4), 30-41.
- [53] Bal, Yılmaz, H., Taş, F. Yavuz, B. ve Erol, H. (2011), *Tip 1 Diyabetli adolesanların Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi*, Dirim Tıp Gazetesi, 86(1), 13-19.

- [54] Yılmaz, E. ve Özkan, S. (2009), *Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ve Yalnızlık Düzeyleri*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okul Dergisi, 25(2), 73-88.
- [55] Arslantaş, H., Adana, F., Kaya, F. ve Turan, D. (2010), *Yatan Hastalarda Mutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler*, İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi, 18(2), 87-97.
- [56] Tan, M., Okanlı, A., Karabulutlu, E. ve Erdem, N. (2005), *Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek Ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2), 32-39.
- [57] Dayapoğlu, N. ve Tan, M. (2009), *İnmeli Hastaların Aileden Algıladıkları Sosyal Destek*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(4), 41-48.
- [58] ADA (2018), *Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi*, https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf (09/07/2019)

EKLER

Ek 1: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni

 <p>Doğu Akdeniz Üniversitesi "Uluslararası Kariyer İçin"</p>	<p>Eastern Mediterranean University "For Your International Career"</p>	<p>PK: 99628 Gazimağusa, KUZNEY KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, c/o Merin-10 TURKEY Tel: (+90) 392 630 1995 Faks/Fax: (+90) 392 630 2918 bayik@amu.edu.tr</p>
<p>Etik Kurulu / Ethics Committee</p>		
<p>Sayı: ETK00-2017-0224 Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.</p>		
<p>14.09.2017</p>		
<p>Sayın Bedia Uysal Kara Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi</p>		
<p>Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 07.08.2017 tarih ve 2017/48-05 sayılı kararı doğrultusunda, Tip2 Diyabeti Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Desteğin Hastalığı Kabul Düzeyine Etkisinin Belirlenmesi adlı tez çalışmanızı, Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin'in danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.</p>		
<p>Bilginize rica ederim.</p>		
<p> Doç. Dr. Şükrü Tüzmen Etik Kurulu Başkanı</p>		
<p>ŞT/sky.</p>		

Ek 2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI: Tip 2 Diyabeti Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Desteğin Hastalığı Kabul Düzeyine Etkisinin Belirlenmesi

Bu form ile “Tip 2 Diyabeti Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Desteğin Hastalığı Kabul Düzeyine Etkisinin Belirlenmesi” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, **Yrd. Doç. Dr. Handan SEZGİN** sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Tip 2 diyabeti olan hastalarda algılanan sosyal desteğin hastalığı kabul düzeyine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Yöntemi:

Veriler, gerekli kurum ve kurul izinleri alındıktan sonra, sekiz hafta süreyle toplanacaktır. Örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan hastalara, araştırmanın amacı ve yöntemi konusunda bilgi verilip, yazılı onamları alındıktan sonra ölçek uygulanacaktır. Tip 2 diyabetli hastalara araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, ölçek sorularına verdikleri yanıtların hiçbir kişi ya da kuruma verilmeyeceğini, yalnızca araştırmacı tarafından bilimsel amaçlı kullanılacağı, gizliliğin kesinlikle esas alınacağı belirtilecektir. Veri toplama araçları klinik ortamda yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanacaktır.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksininiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı-Soyadı : Bedia UYSAL KARA

Görevi : Doğu Akdeniz Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi

Telefon: 0548 847 00 52

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağı şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersen, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda **Bedia UYSAL KARA** ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Bedia UYSAL KARA - Doğu Akdeniz Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi

Adres: 28. Tümen Caddesi, Pertevpaşa Mahallesi, Harun 1 apt. Kat 4, daire 16/ Gazimağusa

Tel: 0548 847 00 52

İmza:

Tarih:

Ek 3: Hasta Tanımlama Formu

Sayın katılımcı;

Bu çalışmada “Tip 2 Diyabeti Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Desteğin Hastalığı Kabul Düzeyine Etkisinin Belirlenmesi”nin incelenmesi planlanmıştır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar hiçbir kişi ya da kuruma verilmeyecek, yalnızca araştırmacı tarafından bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Soruları eksiksiz yanıtlamanızı bekler, katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Doğu Akdeniz Üniversitesi Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

Bedia Kara

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz

Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz

Evli Bekar

4. Eğitim durumunuz

Okur- yazar değil Ortaokul mezunu

Okur- yazar Lise mezunu

İlkokul mezunu Üniversite ve üzeri

5. Mesleğiniz

Çalışma durumunuz Şu anda çalışıyorum Şu anda çalışmıyorum

6. Sosyal güvenceniz var mı?

Var Yok

7. Gelir durumunuz size göre nasıl?

Gelir giderden az

Gelir gidere denk

Gelir giderden fazla

8. Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

Eşimle Yalnız Bakıcımla Çocuklarımla Bakım evinde

9. Kaç aydır/yıldır diyabet hastalığınız var?

10. Ailenizde ya da yakın çevrenizde diyabet hastalığı olan var mı?

Var Yok

11. Diyabet hastalığınıza ilişkin kullandığınız tedavi tipi (hap, insülin..) nedir?

.....

12. İlaçlarınızı düzenli kullanırmısınız? (cevabınız evet ise 14. soruya geçiniz)

Evet Hayır

13. İlaçlarınızı düzenli kullanmama sebebiniz nedir?

Unutuyorum İhtiyaç duymuyorum Diğerleri

14. Diyabetten başka bir kronik hastalığınız var mı?

Var Yok

Kronik hastalık

15. En son üç aylık kan şekeri düzeyinizi gösteren değerinizi (HbA1c değeri) nedir?

Biliyor Bilmiyor HbA1c değeri

16. Kendi kendinize kan şekerinizi düzenli ölçer misiniz?(cevabınız hayır ise 18. soruya geçiniz)

Evet Hayır

17. Kan şekerinizi ne sıklıkta ölçersiniz?

Günde() Haftada() Ayda.....() Kendimi kötü hissettiğimde....()

18. Diyabet tedavisi ve bakımına yönelik eğitim aldınız mı?(cevabınız hayır ise 20. soruya geçiniz)

Evet Hayır

19. Diyabet hakkında eğitimi kimden aldınız?

Hemşire Doktor Diyetisyen Diğer.....

20. Diyabetik tıbbi beslenme diyetine uygun besleniyormusunuz?(cevabınız evet ise 22. soruya geçiniz)

Evet Hayır

21. Neden diyetinize uyamıyorsunuz?

- () Maddi imkanlarım yetersiz
- () Diyetimin dışındaki yiyecekleri canım çekiyor
- () Diyetimdeki yiyeceklerden çok sıkıldım
- () Evdekilere ayrı kendime ayrı yemek yapmaya üşeniyorum
- () Diğer.....

22. Düzenli fiziksel aktivite yaparmısınız?(cevabınız hayır ise 26. soruya geçiniz)

Evet Hayır

23. Fiziksel aktivite olarak ne yapıyorsunuz?

.....

24. Fiziksel aktiviteye sıklıkta yaparsınız? hergün ... () haftada ()
arasıra ()

25. Fiziksel aktiviteyi ne sürede yaparsınız?.....(27. soruya geçiniz)

26. Neden düzenli fiziksel aktivite yapamıyorsunuz?

Canım istemiyor Zamanım yok Ağrılarım var

27. Düzenli Sağlık Kontrolüne gidermisiniz? (cevabınız hayır ise 29. soruya geçiniz)

Evet Hayır

28. Ne sıklıkta Sağlık Kontrolüne gidersiniz?

Ayda bir 3 ayda 6 ayda Yılda Kendimi kötü hissettiğimde

29. Düzenli ayak bakımı yapıyor musunuz?(cevabınız hayır ise 31. soruya geçiniz)

Evet Hayır

30. Ne sıklıkla ayak bakımınızı yapıyorsunuz

Gereksinim duyduğunuzda, İhtiyacınız olduğunda;

31. Birlikte yaşadığınız kişiler ağızdan aldığınız haplar veya insülin kullanmanızda size ne derecede destek oluyorlar?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

32. Birlikte yaşadığınız kişiler diyabete uygun tıbbi beslenme diyetinizde size ne ölçüde destek oluyorlar?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

33. Birlikte yaşadığınız kişiler fiziksel aktiviteyi yapmada size ne ölçüde destek oluyorlar?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

Ek 4: Hastalığı Kabul Ölçeği (Acceptance Of Illness Scale)

Aşağıda hastalığınıza ilişkin kabullenme düzeyinizi belirleyen bir dizi cümle bulunmaktadır. Her cümle “**Tamamen Katılıyorum**” (1) ile “**Hiç Katılmıyorum**” (5)

arasında değerlendirilmektedir. Her bir cümle için sizi en iyi tanımladığınızı hissettiğiniz

puanı daire içine alınız. Cümlelerin sizi iyi tanımladığını düşünüyorsanız **1 ya da yakın**

puan, cümlelerin size uymadığını düşünüyorsanız **5 ya da yakın puan** veriniz. Bu cümlelerin kesinlikle doğru ya da yanlışı yoktur. Katkılarınız için teşekkür ederim.

1. Hastalığının getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum.

Tamamen Katılıyorum **Hiç Katılmıyorum**
1 2 3 4 5

2. Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özledim.

Tamamen Katılıyorum **Hiç Katılmıyorum**
1 2 3 4 5

3. Hastalığım zaman zaman kendimi ise yaramaz hissetmeme sebep oluyor.

Tamamen Katılıyorum **Hiç Katılmıyorum**
1 2 3 4 5

4. Sağlık problemlerim beni baskalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı/muhtaç yapıyor.

Tamamen Katılıyorum **Hiç Katılmıyorum**
1 2 3 4 5

5. Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.

Tamamen Katılıyorum **Hiç Katılmıyorum**
1 2 3 4 5

6. Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.

Tamamen Katılıyorum **Hiç Katılmıyorum**
1 2 3 4 5

7. Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.

Tamamen Katılıyorum **Hiç Katılmıyorum**
1 2 3 4 5

8. Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum.

Tamamen Katılıyorum **Hiç Katılmıyorum**
1 2 3 4 5

Ek 5: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğruolduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız birtanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaretkoyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizedoğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan(örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır **Kesinlikle evet**
1 2 3 4 5 6 7

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır **Kesinlikle evet**
1 2 3 4 5 6 7

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçektenyardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır **Kesinlikle evet**
1 2 3 4 5 6 7

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır **Kesinlikle evet**
1 2 3 4 5 6 7

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin,flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır **Kesinlikle evet**
1 2 3 4 5 6 7

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır **Kesinlikle evet**
1 2 3 4 5 6 7

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır **Kesinlikle evet**
1 2 3 4 5 6 7

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin,

flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

Ek 6: Ölçek Kullanım İzinleri

Ölçek izin talebi

Bu iletiyi 25.06.2019 Sal 15:08 tarihinde ilettiniz

HA haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>
13.04.2017 Per 09:12
Bedia KARA

Sayın Bedia Kara,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, ...).

Kimden: "Bedia KARA" <bedia.kara@emu.edu.tr>
Kime: "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 12 Nisan Çarşamba 2017 9:52:25
Konu: Ölçek izin talebi

Değerli hocam, ben Kıbrıs Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Yard. Doc. Dr. Handan Sezgin danışmanlığında "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği"ni izniniz olursa tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Uygun gördüğünüz taktirde ölçeği ve değerlendirme yöntemini göndermenizi rica eder ve tüm destekleriniz için teşekkür ederim.
Saygılarımla,

Tümünü yanıtla | Sil Gereksiz | ...

Re: ölçek izni

DB Dilek Büyükkaya Besen <buyukkayabesen@gmail.com>
Bugün, 11:16
Handan Sezgin; Bedia KARA

Gelen Kutusu

30.5.2017 12:14 tarihinde yanıt verdiniz.

Sayın Sezgin,
Türkçe'ye uyarlama çalışmasını yaptığım "Hastalığı Kabul Ölçeği"ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim.

Not: Ölçeğin değerlendirilmesinde farklı olarak 6. madde tersine puanlanıyor. Ölçekten toplamda en düşük 8 en yüksek 40 puan alınıyor. Düşük puan kabul düzeyinin düşük olduğunu gösteriyor.

Yard. Doç. Dr. DİLEK BÜYÜKKAYA BESEN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı