



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

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN KRONİK HASTALIK  
BAKIMINI DEĞERLENDİRME DURUMLARI İLE YAŞAM  
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Gülçin AKAN**

**Ağustos 2019**

**DENİZLİ**

T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN KRONİK HASTALIK BAKIMINI  
DEĞERLENDİRME DURUMLARI İLE YAŞAM KALİTESİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Gülçin AKAN**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Asiye KARTAL**

**Denizli, 2019**

## YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Gülçin AKAN tarafından Doç. Dr. Asiye KARTAL yönetiminde hazırlanan "Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" başlıklı tez tarafımızdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Dr. Öğr. Üyesi Adile Tümer  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi



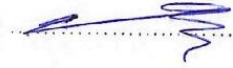
Danışman:

Doç. Dr. Asiye KARTAL  
Pamukkale Üniversitesi



Üye:

Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar Korkmaz ASLAN  
Pamukkale Üniversitesi



Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .....tarih ve 29/15 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

17.09.2019



Prof. Dr. Hakan AKÇA  
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı : Gülçin AKAN

İmza



**ÖZET****TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME DURUMLARI İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Gülçin AKAN  
Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD  
Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Asiye KARTAL

Ağustos 2019, 88 Sayfa

21. yüzyılın en büyük küresel sağlık tehditlerinden biri diabetes mellitustur. Diyabet ve komplikasyonları birçok ülkede ölümlerin önde gelen nedenleridir. Uzun süreli bir hastalık olması doğası gereği, diyabet hastalarında yaşam boyu bakım ve tedaviye ihtiyaç duyulması, diyabet hastalarının kendi kendini izlemesi komplikasyonların önlenmesi için çok önemlidir. Bu çalışmada tip 2 diyabetli bireylerin kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Şubat-Mayıs 2018 tarihleri arasında PAU Hastanesi Endokrin Polikliniğine başvuran 317 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Veri toplama araçları olarak, Tanımlayıcı Bilgi Formu, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde, SPSS 24.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı yüzde dağılımı, ortalama ve standart sapma, Kolmogorov Smirov analizi, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda kronik bakımı değerlendirme puan ortalaması  $2.45 \pm 0.71$ 'dir. Yaşam kalitesi puan ortalaması incelendiğinde, beden sağlığı puan ortalaması  $12.11 \pm 2.29$ , ruhsal sağlığı puan ortalaması,  $13.26 \pm 2.64$ , sosyal sağlığı puan ortalaması  $14.06 \pm 3.90$ , çevre sağlığı puan ortalaması ise  $12.23 \pm 3.32$ 'dir. Tip 2 diyabetli hastalarda kronik bakım değerlendirme durumu ile yaşam kalitesi arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hastaların kronik bakımı değerlendirme durumları düşük, yaşam kaliteleri ise orta düzeyde bulunmuştur. Ayrıca kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış ve memnuniyet düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı belirlenmiştir. Gelecekteki araştırmalarda hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için bu iki parametrenin birlikte kullanılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik hastalık bakımı, yaşam kalitesi, tip 2 diyabet

**Bu çalışma, PAÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir (Proje No:2018SABE017)**

**ABSTRACT****RELATIONSHIP BETWEEN THE QUALITY OF LIFE AND THE STATUS OF ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE IN INDIVIDUALS WITH TYPE 2 DIABETES**

Public Health Nursing  
Supervisor: Assoc. Prof. Asiye KARTAL

August 2019, 88 Pages

One of the greatest global health threats of 21st century is diabetes mellitus. Diabetes and its complications are the leading causes of death in many countries. Due to its nature of being a long term disease, there is a need for lifelong care and management in diabetes self-monitoring of the diabetic patients is very important for prevention of complication. This study aimed to examine the relationships between the status of assesment of chronic illness care and quality of life in patients with type 2 diabetes. This is a descriptive and croos-sectional study. 317 patients who applied to PAU Hospital Endocrine Polyclinic between February-May 2018 constitute the sample of the study. Data were collected using the Descriptive Information Form, Chronic Disease Care Assessment Scale and Quality of Life Scale. Statistical analysis of the study used SPSS 24. 0 software. Number percentage distribution, mean and standard deviation, Kolmogorov Smirov analysis, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis test and Spearman correlation analysis were used. The overall chronic care assessment scale score was  $2.45 \pm 0.71$ . When the mean quality of life score was examined, the mean body health score was  $12.11 \pm 2.29$ , the mean mental health score was  $13.26 \pm 2.64$ , the mean social health score was  $14.06 \pm 3.90$ , and the mean environmental health score was  $12.23 \pm 3.32$ . It was determined that there was a positive and significant correlation between the status of assesment of chronic care and quality of life in patients with type 2 diabetes. As a result, patients' assesment of chronic care was low and quality of life was moderate. Also, It was found that there was a significant relationship between the status of evaluating chronic disease care and quality of life and it was determined that quality of life increased as satisfaction level increased. It is recommended the use of these two parameters for future research to improve the quality of life of patients.

**Keywords:** Chronic illness care, quality of life, type 2 diabetes

**This study was supported by Pamukkale University Scientific Research Projects  
Coordination Unit through (Project number: 2018SABE017)**

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve tecrübesi ile yöneten, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, teşvik edici, hoşgörülü, anlayışlı tutumlarıyla rehberlik eden çok kıymetli danışman hocam, Sayın Doç. Dr. Asiye KARTAL'a

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimlerini paylaşan güler yüzlü içten yaklaşımıyla desteğini hissettiren aynı zamanda tez jürim olan değerli Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar Korkmaz ASLAN'a, kritik yorumlarıyla tezime katkı sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Adile TÜMER'e ve emeği geçen tüm hocalarıma,

Tez çalışmamda değerli görüşleri ve özellikle istatistiksel aşamadaki yardımlarıyla önemli katkılarda bulunan Sayın Öğr. Gör. Hande ŞENOL'a

Tezimin tüm aşamasında akademik ve manevi desteğini hissettiğim arkadaşım Sultan KAYAN'a,

Beni bugünlere getiren, hayatım boyunca tüm süreçlerde yanımda olan, sevgilerini her daim hissettiğim, maddi ve manevi destekleri kelimelerle ifade edilemeyecek kadar çok olan anneme ve babama,

Beni her koşulda destekleyen, ümidimi kaybettiğim anlarda ümit veren, yüreklendiren, sabır ve hoşgörü ile her zaman yanımda olan sevgili eşime

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

**Gülçin AKAN**

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU.....	i
BİLİMSEL ETİK SAYFASI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
1.1 Araştırmanın Amacı.....	3
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI.....	4
2.1. Diyabetes Mellitus'un Tanımı ve Önemi.....	4
2.2. Diyabetes Mellitus'un Epidemiyolojisi.....	5
2.3. Diyabetes Mellitus'un Sınıflaması.....	6
2.4. Diyabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri.....	7
2.5. Diyabetes Mellitus'un Klinik Bulguları.....	8
2.6. Diyabetes Mellitus'un Komplikasyonları.....	8
2.6.1. Akut Komplikasyonlar.....	8
2.6.2. Kronik Komplikasyonlar.....	9
2.6.2.1. Makrovasküler Komplikasyonlar.....	9
2.6.2.2. Mikrovasküler Komplikasyonlar.....	10
2.7. Diyabetes Mellitus'un Tedavi ve Hemşirelik Bakımı.....	11
2.7.1. Diyet.....	12
2.7.2. Fiziksel Aktivite.....	12
2.7.3. İlaç Tedavisi.....	13
2.7.4. Kendi Kendine İzlem.....	14
2.8. Diyabetli Bireylerde Kronik Hastalık Yönetimi.....	15
2.8.1. Kronik Bakım Modeli.....	16
2.9. Diyabette Yaşam Kalitesi.....	19
2.10. Araştırmanın Hipotezleri.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	21
3.1. Araştırmanın Tipi.....	21
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Bölge/Yerin Tanıtılması.....	21



3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	22
3.4. Verilerin Toplanması.....	22
3.5. Veri Toplama Araçları.....	23
3.5.1. Diyabetli Hastaların Tanıtıcı Özelliklerini Belirleme Formu.....	23
3.5.2. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği.....	23
3.5.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR).....	24
3.5.4. Verilerin İstatiksel Analizi.....	24
3.5.5. Araştırmanın Etik İzinleri.....	25
3.5.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	63
5.1. Hastaların Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi.....	63
5.2. Hastaların Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumlarına İlişkin Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	64
5.3. Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	66
5.4. Hastaların Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumu İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	67
5.5. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi...	68
5.6. Hastaların Hastalığa İlişkin Bazı Özelliklere Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	69
5.7. Hastaların Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi	71
5.8. Hastaların Hastalığa İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
KAYNAKLAR.....	78
ÖZGEÇMİŞ.....	87
EKLER.....	88
Ek 1- Tanıtıcı Bilgi Toplama Formu	
Ek 2 - Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği	
Ek 3 – WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği	
Ek 4 – Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Etik Araştırmalar Kurulu Etik Kurul İzni	
Ek 5 – Pamukkale Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Kurum İzni	

Ek 6 - Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

Ek 7 – Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Etik Araştırmalar Kurulu Etik Kurul İzni – Tez Başlığı Değişikliği

**ŞEKİLLER DİZİNİ**

	<b><u>Sayfa</u></b>
<b>Şekil: 2.1</b> 20-79 yaş arası yetişkinlerde görülen diyabet prevalansının yıllara göre değişimi.....	5
<b>Şekil: 2.8.1.1</b> Kronik Bakım Modeli.....	19

## TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
<b>Tablo 2.3.1.</b> Diyabetin Etiyolojik Sınıflaması.....	6
<b>Tablo 4.1.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	26
<b>Tablo 4.2.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı.....	27
<b>Tablo 4.3.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Bilgilerine Göre Dağılımları.....	28
<b>Tablo 4.4.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kan Şekeri Ölçme Durumlarına Göre Dağılımı.....	29
<b>Tablo 4.5.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Egzersiz Yapma ve Beslenmeye Uyum Durumlarına Göre Dağılımı.....	29
<b>Tablo 4.6.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalıklarını Kontrol İçin Hastaneye Başvurma Sıklığına Göre Dağılımı.....	30
<b>Tablo 4.7.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Eğitimi Alma Durumları ve Daha Fazla Eğitim Alma İsteği Düzeylerine Göre Dağılımı.....	30
<b>Tablo 4.8.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı.....	31
<b>Tablo 4.9.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kendi Hastalık Yönetimi Algısı ve Sağlık Durumları Algısına Göre Dağılımı.....	31
<b>Tablo 4.10.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeğine Ait Puan Ortalamaları Dağılımı.....	32
<b>Tablo 4.11.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Puan Ortalamaları Dağılımı.....	32
<b>Tablo 4.12.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Bakımı Değerlendirme Durumu İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	33
<b>Tablo 4.13.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	34
<b>Tablo 4.14.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Bilgilerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları .....	37

<b>Tablo 4.15.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kan Şekeri Ölçme Durumlarına Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	41
<b>Tablo 4.16.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Egzersiz Yapma ve Beslenmeye Uyum Durumlarına Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	43
<b>Tablo 4.17.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalıklarını Kontrol İçin Hastaneye Başvurma Sıklığına Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	45
<b>Tablo 4.18.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Eğitimi Alma Durumları ve Daha Fazla Eğitim Alma İsteği Düzeylerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	45
<b>Tablo 4.19.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeylerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	47
<b>Tablo 4.20.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kendi Hastalık Yönetimi Algısı ve Sağlık Durumları Algısına Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	48
<b>Tablo 4.21.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	50
<b>Tablo 4.22.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Bilgilerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	53
<b>Tablo 4.23.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kan Şekeri Ölçme Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	56
<b>Tablo 4.24.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Egzersiz Yapma ve Beslenmeye Uyum Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	57
<b>Tablo 4.25.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalıklarını Kontrol İçin Hastaneye Başvurma Sıklığına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	59
<b>Tablo 4.26.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Eğitimi Alma Durumları ve Daha Fazla Eğitim Alma İsteği Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	59
<b>Tablo 4.27.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	61

<b>Tablo 4.28.</b> Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kendi Hastalık Yönetimi Algısı ve Sağlık Durumları Algısına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	61
---	----

**SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

ADA.....	American Diabetes Association
DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
IDF.....	Uluslar Arası Diyabet Fedasyonu
HHD.....	Hiperozmolar Hiperglisemik Durum
OAD.....	Oral Antidiyabetik
OGTT.....	Oral Glikoz Tolerans Testi
TEMĐ.....	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TURDEP.....	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalansı
TÜRKĐAB.....	Türkiye Diyabet Vakfı

## 1. GİRİŞ

Çağdaş halk sağlığı yaklaşımına göre öncelikli sorunların belirlenmesinde sıklık, ciddiyet ve ekonomik kayıp olmak üzere üç kriter vardır. Bu doğrultuda, bir toplumda en önemli hastalık en sık görülen, en yüksek morbidite ve mortaliteye neden olan ve ekonomik kayba neden olan hastalıktır (Akdur 2011). Kronik hastalıklar şu an gerek sıklık, gerek yüksek morbidite ve mortalite oranları ve gerekse neden oldukları ekonomik kayıp ile hem dünyada hem de ülkemizde en önemli hastalıklar durumuna yükselmiştir. (Sağlık Bakanlığı 2018).

İçinde bulunduğumuz yüzyılda tıp dünyasında gelişmeler ile birlikte yaşam süresinin uzaması, kentsel yaşam, yetersiz fiziksel aktivite, beslenme tarzındaki değişiklikler diyabet görülme sıklığını arttırmaktadır (DSÖ 2013, Sağlık Bakanlığı 2014). Diyabet komplikasyonlara neden olarak hem sosyal hem de ekonomik yönden hastayı ailesini ve toplumu olumsuz yönde etkileyen yaşam boyu devam eden bir kronik hastalıktır. Hastalık uzun süreli tıbbi bakım, tedavi ve destek gerektirdiği için yüksek sağlık harcamalarına neden olmakta ve sağlık sektörünü de olumsuz etkilemektedir (IDF 2009, TEMD 2009, ADA 2011, DSÖ 2013).

Günümüzde tüm dünyada diyabetin görülme sıklığı hızla giderek artmaktadır. İçinde bulunduğumuz yüzyılda epidemi boyutlarına ulaşan diyabet, bundan sonraki yüzyılda da ciddi bir halk sağlığı problemi olarak önemini korumayı sürdürecektir (Wild vd 2004). Bu nedenle diyabet, dünyanın taşımak zorunda kaldığı küresel bir yük ve en önemli toplumsal sağlık sorunlarından biridir. Diyabetin hızla artmasıyla birlikte, pek çok insanın, hastalığın oluşturduğu sağlık sorunu nedeniyle yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Tuchman 2009).

Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (IDF) 2017 yılında kamuoyuna açıkladığı Sekizinci Diyabet Atlası'nda yer alan verilere göre dünyada 425 milyon diyabetli, 352 milyon bozulmuş glikoz toleransı olan birey yaşamakta ve 2045 yılında diyabetli birey sayısının 629 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Ülkemizde ise 1997-1998 yıllarında gerçekleştirilen TURDEP I çalışmasında diyabet prevalansı %7.2 iken 2010'da yapılan



TURDEP II çalışmasının sonuçlarına göre diyabet prevalansı %90 oranında bir artış göstererek %13.7'ye yükselmiş, bozulmuş glikoz toleransının prevalansı ise %7.9'a ulaşmıştır (Satman vd 2013). Uluslararası Diyabet Federasyonunun (2017) verilerine göre, Türkiye'de diyabet prevalansının %12,8 olduğu ve 6.700.000 diyabetli hasta bulunduğu rapor edilmektedir (IDF 2017).

Diyabet, yaşam boyu süren bir sağlık problemi olarak bireyi, aileyi, toplumu ve tüm dünyayı etkilemektedir. Diyabet, vücut dengesinin sürdürülmesine zarar verebilen kronik bir hastalık olması dolayısıyla, fonksiyonel limitasyonlara, alt ekstremitte fonksiyon performansının kötüleşmesine, düşmelere ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olabilmektedir (Corderio vd 2009, Yamamoto vd 2001).

Diyabet mortalitesi yüksek ciddi sağlık sorunlarından biridir. Ayrıca diyabetin yol açtığı komplikasyonlar, kişinin aktivite katılımını ve günlük yaşam aktivite bağımsızlığını etkileyerek bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir (IDF 2015). Bireyin yaşam kalitesini yüksek düzeyde tutmak, kronik hastalık tedavisinin temel amaçlarından biridir. Kronik hastalıklarda tedavi planı yapılırken hastalığın birey üzerindeki oluşturduğu olumsuz etkilerin yanısıra, yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin de değerlendirilmesi vurgulanmaktadır. Bu nedenle hastalığın tedavisinin yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik girişimleri de içermesi önerilmektedir (Uçan ve Ovayolu 2010). Kronik hastalıklarda bireyin hastalıkla baş edebilme gücünün, bağımsızlığının ve iyilik halinin artırılması sağlık hizmetlerinde hemşirelik bakımının temel hedeflerinden biridir.

Diyabetli bireylerin, sağlık sorunları ile baş edebilmeleri için bakım ve tedavilerini kendilerinin yönetebileceği düzeyde bilgi ve beceriye sahip olmaları çok önemlidir (Van der Ven vd 2003, Erol ve Yanık 2016). Kronik hastalıkların belirtilerinin, acillere başvurularının ve hastaneye yatışların azaltılması ancak etkili bir hastalık yönetimi ile mümkündür. Ayrıca hastalığın komplikasyonlarının sınırlandırılması, bakım vericiye bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir (Haskett 2006, İrgil 2006, Demirağ 2009,). Kronik hastalık yönetimi, özellikle bakımın koordinasyonunu ve devamlılığını sağlamada, ekibin iş birliği içinde çalışmasının desteklenmesinde, kronik hastalık bakımının niteliğinin artırılmasında, hastanın bakım sonuçlarını iyileştirmede ve bakım masraflarını azaltmada önemli ve pratik bir yoldur (İncirkuş ve Nahcivan 2015).

“Kronik Bakım Modeli” kronik hastalıkların yönetiminde sıklıkla kullanılan ve en etkili olarak kabul edilen modellerden biridir. Bu model, kronik hastalıklara bağlı toplumsal ve ekonomik yükün giderek artması sonucunda, kronik bakımın niteliğini

arttırıp, maliyetini azaltmak maksadıyla bir rehber olarak geliştirilmiştir. Modele göre; bilgi, beceri ve güven ilişkisi ile motive edilmiş “hasta” ile hastalık hakkında gereken uzmanlık, deneyim, bilgi ve kaynaklara sahip “sağlık bakım ekibi” var olan kaynakları kullanarak yüksek kalitede tedavi ve bakım için etkili kararlar vererek kronik hastalık yönetimini birlikte yürütür (ICN 2010).

Kronik Bakım Modeli, özellikle koruyucu düzeyde birincil sağlık hizmetleri ile sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine yönelik hizmetleri ön plana çıkarmaktadır. Model temelli oluşturulan kronik hastalık yönetimi kapsamında, hastalar rutin olarak takip edilir, aktif katılımları ve ayrıntılı olarak bilgilendirilmeleri sağlanır ve bireysel hastalık yönetimi için desteklenir. Model sayesinde, hastaya uygun olan tedavi ve izlem planlanarak, bakım sonuçlarının iyileşmesi, yaşam kalitesinin yükselmesi ve hasta memnuniyetinin artması beklenir (Bodenheimer vd 2002, Rothman ve Wagner 2003). Diyabetin komplikasyonlarının önlenmesi için bireyin kendisini izlemesi ve hastalığını yönetebilmesi gerekmektedir. Hastanın bireysel hastalık yönetimi klinik sonuçlarını etkileyen önemli bir faktördür (Haskett 2006, Demirağ 2009).

Literatür incelendiğinde, yapılan çalışmaların genellikle hastaların kronik hastalık bakımına ilişkin aldıkları hizmetten memnuniyet düzeyleri ve memnuniyet düzeyini etkileyen faktörlere ilişkin olduğu görülmektedir (Cramm ve Nieboer 2012, Apaydın Kaya vd 2013). Bireylerin aldıkları kronik hastalık bakımından memnuniyet düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bireylerin kronik hastalık bakımına ilişkin aldığı bakımdan memnuniyet düzeyi; yaşam kalitesi ve bireysel hastalık yönetimini etkilemektedir. Bu nedenle bu araştırmada tip 2 diyabetli hastalara sunulan kronik bakımın hasta gözüyle değerlendirilme durumu ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

## **1.1 Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı, tip 2 diyabetli hastalara verilen kronik bakımın hasta gözüyle değerlendirilme durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

## 2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMALARI

### 2.1. Diyabetes Mellitus'un Tanımı ve Önemi

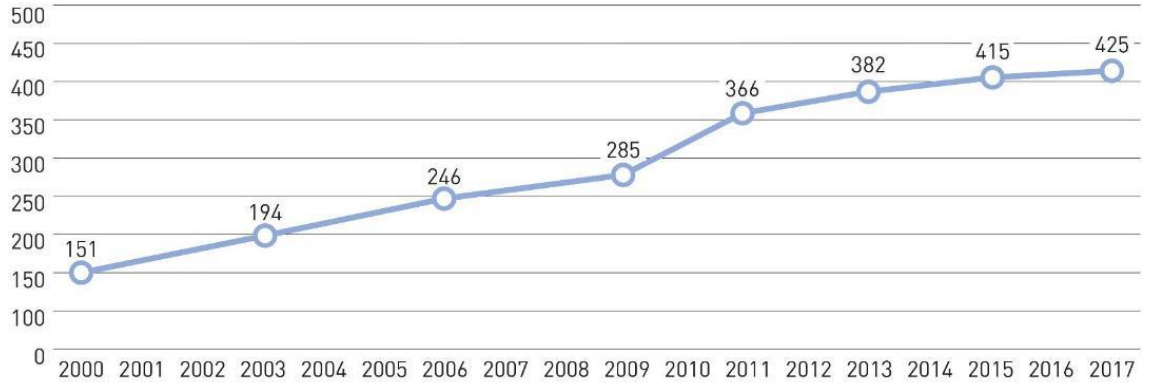
Diyabet; pankreasın beta hücrelerinden salgılanan insülin hormonunun eksikliği veya periferik etkisizliği sonucunda meydana gelen mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlara yol açan bir hastalıktır. Akut komplikasyonları engellemek ve kronik komplikasyonları azaltmak için sürekli destek, tıbbi tedavi ve diyabetlinin öz bakım eğitimlerini gerektiren yaşam boyu süren endokrin ve metabolik bir hastalıktır (Olgun 2012).

Diyabet gerek yüksek mortalite ve morbidite nedeniyle gerekse iş gücü kaybı ve tedavi maliyeti nedeniyle toplumsal ve hasta bazında ciddi bir sağlık sorunudur. Ayrıca hem hastayı hem yakınlarını hem de toplumu ilgilendiren ve makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlarıyla morbiditeyi arttıran kronik bir hastalıktır (Cowie vd 2009).

Diyabet ve diyabetin yol açtığı sorunlarla yaşayan insan sayısı her geçen gün giderek artmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin kullanımının artması, iş gücü kaybı ve uzun dönemde neden olduğu böbrek yetmezliği, körlük, kardiyak problemler gibi komplikasyonların meydana gelmesi nedeniyle büyük bir ekonomik yük oluşturmaktadır. Diyabet tedavisinin maliyeti toplam sağlık harcamalarının %12'sine karşılık gelmekte ve bu oranın büyük bir dilimi diyabetin yol açtığı hastalıklarla ilişkilendirilmektedir (IDF 2015, Öcal vd 2018). Ülkelerin çoğunluğu toplam sağlık harcamalarının %5 ile % 20'sini diyabet hastalığına harcamaktadır (IDF 2015). Diyabete ilişkin 2017 yılında 327 milyar dolar olarak belirlenen finansal maliyetin 237 milyar doları sadece tıbbi masraflarla ilgilidir (ADA 2019). Bu nedenle diyabetin kişiye ve topluma yükünü azaltmak için diyabet hastalarında erken ve geç dönem komplikasyonların önlenmesi oldukça önem taşımaktadır (TC. Sağlık Bakanlığı 2015).

## 2.2 Diyabetes Mellitus'un Epidemiyolojisi

Diyabet dünya üzerinde bulaşıcı olmayan ve en sık görülen hastalıkların başında gelmektedir. Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (IDF) 2017 yılında kamuoyuna açıkladığı Sekizinci Diyabet Atlası'nda yer alan verilere göre dünyada 425 milyon (%8.8) diyabet hastası yaşamaktadır. Yaş aralığı 18-99 arasına genişletildiğinde, bu sayı 451 milyon olarak saptanmıştır. 2040 yılı için bu sayıların artması beklenmektedir. 20-79 yaş grubu için nüfusun %9.9'una eşit olan 629 milyon kişinin diyabetle yaşayacağı tahmin edilmektedir. Bu sayı, yaş aralığını 18-99 yıl arasına genişletildiğinde, diyabetle yaşayacak tahmini 693 milyon insana yükselmektedir (Ogurtsava 2017).



**Şekil 2.1 20-79 yaş arası yetişkinlerde görülen diyabet prevalansının yıllara göre değişimi**

Türkiyede diyabet açısından prevalansın çalışıldığı en önemli araştırma Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Projesi (TURDEP)'dir. 1997-1998 tarihlerinde yapılan TURDEP-I çalışmasında ülkemizdeki diyabet sıklığı %7.2 olarak saptanmıştır (Satman vd 2002). TURDEP-I'den yaklaşık 12 yıl sonra yine TURDEP-I çalışmasıyla aynı merkezlerden toplanan verilerle yapılan TURDEP-II çalışmasında 6.5 milyon yeni diyabet hastası saptanarak diyabet prevalansı %90 artarak %13.7ye ulaştığı belirtilmiştir (Satman vd 2013). TURDEP-II'de tüm yaş gruplarında artış gösteren diyabet sıklığına ek olarak TURDEP çalışmasında 45-49 yaşta başlayan diyabet sıklık

artışı TURDEP-II de 40- 44 yaş olarak saptanmıştır. Bu çalışmalar kıyaslandığında ülkemizde diyabet yaşının yaklaşık 5 yaş daha erken saptandığı anlaşılmıştır. Bu iki çalışma da dünya üzerinde olduğu gibi ülkemizde de diyabetin ciddi ve önemsenmesi gereken bir sağlık sorunu olduğunu ortaya koymuştur (Yaşmut 2019). IDF (2017) verilerine göre Türkiye’de diyabet prevalansının %12,8 olduğu ve 6.700.000 diyabetli hasta bulunduğu rapor edilmektedir.

### 2.3 Diyabetes Mellitus’un Sınıflaması

Diyabet klinik olarak aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi dört sınıfta incelenmektedir (Olgun 2012).

**Tablo 2.3.1: Diyabetin Etiyolojik Sınıflaması**

---

**Tip 1 Diyabet:** Genellikle mutlak insülin noksanlığına sebep olan beta hücre yıkımı vardır.

- İmmün Nedenli
- Nedeni Bilinmeyen

---

**Tip 2 Diyabet:**

- Periferik İnsülin Direncinin Ön Planda Olduğu
- İnsülin Sekresyon Yetmezliğinin Ön Planda Olduğu

---

**Gestasyonel Diyabet:** Gebelik sırasında ortaya çıkan ve genellikle doğumla birlikte düzelen diyabet.

---

**Diğer Tipler**

- İnsülin Fonksiyonunda Genetik Bozukluklar
  - Beta Hücre Fonksiyonunda Genetik Bozukluklar
  - Pankreas Hastalıkları
  - Endokrin Hastalıkları
  - İlaçlar Ve Diğer Kimyasal Maddeler
  - Enfeksiyonlar
-

## 2.4 Diyabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri

Türkiye Diyabet Vakfı'nın yayınlamış olduğu Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi (2017)'ne göre aşağıdaki kriterlerden sadece biri için yeterlidir.

**Tablo 2.4.1 Diyabet Tanı Kriterleri**

<b>Açlık Plazma Glukozu (APG) (1,2)</b>	<b>≥ 126 mg/dl</b>
Rastlantısal Plazma Glikozu (3) + diyabet semptomları	<b>≥ 200 mg/dl</b>
Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT)'nde 2.st plazma glikozu	<b>≥ 200 mg/dl</b>
HbA1c	<b>≥ %6.5</b>

(1) Kan glikozu ölçümünde referans yöntem olarak venöz plazmada glikoz oksidaz yöntemi kullanılmalıdır.

(2) Açlık plazma glikozu için en az 8 saat açlık gereklidir.

(3) Rastlantısal plazma glikozu, gıda alımına bağlı olmaksızın günün herhangi bir saatinde ölçülebilir.

(4) OGTT 75 g oral glikoz alımı ile yapılmalıdır.

(5) Plazma glikoz ölçümüne göre tam kan glikoz ölçümü %11, kapiller glikoz ölçümü %7, serum glikoz değeri %5 civarında daha düşük bulunur.

(6) HbA1c, ancak uluslararası standardize edilmiş yöntemlerle ölçüm yapıldığında tanı testi olarak kullanılabilir. Ülkemizde henüz HbA1c ölçüm testleri standardize edilemediği için tek başına tanı testi olarak kullanımı önerilmez.

(7) HbA1c testi anemi, hemoglobinopati, gebelik varlığında, C ve E vitamini gibi antioksidan kullanımında tanı testi olarak kullanılamaz.

(8) Diyabet tanısında kullanılan OGTT ve A1Cnin tanı değeri olarak birbirine göre üstünlüğü yoktur (TÜRKDİAB, 2017).

## 2.5 Diyabetes Mellitus'un Klinik Bulguları

Tip 2 diyabet erişkinde en sık görülen diyabet tipidir ve kan şekeri yüksekliği ile karakterizidir. Birçok hasta asemptomatik olup, kan şekeri yüksekliği rutin laboratuvar tetkiklerinde saptanır. Semptomatik diyabet sıklığı erken tarama tetkiklerinin yaygınlaşması ile giderek azalmaktadır. Klasik belirtiler poliüri (çok idrara çıkma), polidipsi (çok susama), noktüri (geceleri çok idarara çıkma), bulanık görme ve daha az sıklıkla kilo kaybıdır. Poliüri glikoz için renal eşik olan 180 mg/dl üzerindeki glikoz konsantrasyonlarında görülür. İdrarda glikoz görülmesi (glikozüri) osmotik diürez ve hipovolemiye bu da aşırı susmaya neden olur (Uygur ve Yavuz 2017). Ayrıca açlık hissinin fazlalaşması ve çok yemek yeme (polifaji), halsizlik, iştahsızlık, baş ağrısı, ciltteki kesiklerin ve yaraların geç iyileşmesi, kadınlarda vajinal kaşıntı ve erkeklerde impotanstır (Bozkurt ve Yıldız 2008).

## 2.6. Diyabetes Mellitus'un Komplikasyonları

### 2.6.1. Akut Komplikasyonlar

**Diyabetik Ketoasidoz;** Tip 1 diyabetin başlangıç dönemi, gerekenden az insülin kullanımı, insülin kullanılmaması, yanlış kan şekeri ölçümü ile yanlış insülin dozu kullanımı, insülin infüzyon pompası kullanırken kateterin tıkanması, aynı bölgeye sürekli olarak insülin enjeksiyonu yapılması sonucu oluşan enfeksiyona bağlı emilimin bozulması gibi sebeplerle oluşur (TÜRKDİAB 2016). Bulantı, kusma, karın ağrısı, polidipsi, poliüri şikayetleriyle başlayan, bilinç bulanıklığı ve komaya kadar gidebilen diyabetik ketoasidoz, acil müdahale gerektiren bir rahatsızlıktır (SB 2014).

**Hiperozmolar Hiperglisemik Durum (HHD);** hiperglisemik hiperozmolar durum ve ketoasidoz ile oluşum mekanizmaları benzerdir, fakat HHD'de dehidratasyon ön planda olup az da olsa insülin varlığı, keton oluşumuna engeldir. HHD mortalitesi %10-50 arasında değişen, genelde >600 mg/dl üzerinde hipergliseminin yaşandığı,

hiperozmolarite ve bilinç bulanıklığı veya kaybı ile karakterize olan akut metabolik bir sendromdur (SB 2014). Yaşlı bireyler, acil tedavi gerektiren ve yaşının hareketlerini kısıtlayarak yaşam kalitesini bozan bu komplikasyonun gelişiminde daha duyarlıdır (Beğer vd 2009).

**Hipoglisemi;** en sık görülen akut diyabet komplikasyonudur ve kan glukoz seviyesinin 70 mg/dl altına düşmesi olarak tanımlanmaktadır (ADA 2017). Soğuk terleme, titreme, baş ağrısı, bulantı, çarpıntı oluşması, acıkma hissi, konsantrasyon zorluğu, halsizlik, konuşma bozukluğu ve konfüzyon belirtileridir. Uzamış hipoglisemi sonucu kalıcı beyin hasarları oluşabilir. Hipogliseminin en önemli nedenleri yetersiz beslenme ve özellikle insülin salgılatıcı oral antidiyabetik ilaçlar veya insülinin fazla dozda alınmasıdır (SB 2014).

## **2.6.2. Kronik Komplikasyonlar**

Diyabetes mellitus, uzun dönemde çeşitli organlarda işlevsizlik veya yetmezliğe sebep olabilen bir kronik hastalıktır. Nefropati, retinopati, nöropati, kardiyovasküler, serebrovasküler ve periferik damar hastalıkları diyabetin uzun dönem etkilerindedir (Karatoprak vd 2012). Diyabet mikro ve makrovasküler komplikasyonlar nedeniyle ülkelerin ekonomisine önemli bir finansal yük oluşturmakta ve bununla beraber artan hastalığa yakalanma oranı ve hastalığa bağlı ölüm oranı ile ülke sağlık sistemlerinde önemi giderek artan bir hastalık olmaktadır (Ergin vd 2013).

### **2.6.2.1. Makrovasküler Komplikasyonlar**

Kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve periferik arter hastalığı, diyabetin makrovasküler komplikasyonları içerisinde yer alır. Diyabetli bir hastanın miyokart enfarktüsü geçirme riski, diyabeti olmayan bir koroner arter hastasının miyokart enfarktüsü geçirme riskine eşit olduğu gösterilmiş ve bu durum diyabetin koroner arter hastalığına eşdeğer olarak kabul edilmesini gündeme getirmiştir (Ferguson ve Sattar 2013). Diyabetik hastaların %60-75'i kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle kaybedilmektedir. Diyabete bağlı koroner arter hastalığı 2 kat ve inme riski 4 kat daha fazladır (SB 2014).



### 2.6.2.2. Mikrovasküler Komplikasyonlar

Diyabet; körlük, travma olmaksızın ekstremitte amputasyonları ve son dönem böbrek yetmezliğinin en sık sebebidir (Yoon vd 2012). Mikroanjiopati; nefropati, retinopati ve nöropati gibi diyabetin kronik komplikasyonlarının ana mekanizmasını oluşturmaktadır (Karatoprak vd 2012).

**Diyabetik Böbrek Hastalığı (Nefropati);** son dönem böbrek yetmezliğinin oluşmasında en önemli etkidir. Tip 1 diyabetlilerde genel olarak 5-15 yıl arasında oluşurken, Tip 2 diyabetlilerde tanı anında bile karşılaşılabılır. Tüm diyabetlilerin % 20-40'ında nefropati görülmektedir. Diyaliz ünitelerinde tedavi alan hastaların %50'si diyabetlidir (SB 2014). Tip 1 ve Tip 2 diyabetlilerde nefropatiye neden olan faktörler benzerdir, fakat Tip 2 diyabetlilerde obezite, hipertansiyon, iskemik böbrek hastalığı gibi faktörlerde hasara neden olabilir (Arık 2008).

**Diyabetik Retinopati;** Retinada bulunan kılcak damarların uzun süre hiperglisemi maruziyetine bağlı olarak zarar görmesi sonucu gelişir (SB 2014). Diyabetik retinopati, diyabete bağlı gelişen mikrovasküler komplikasyonlardan biridir ve erişkinlerde en önemli görme kaybı sebebidir. Diyabetik retinopati diyabetin her çeşidinde gelişebilir (Uzunova ve Öner 2016). Diyabet süresi 20 yılın üzerindeki hastalarda retinopati prevalansı %60'ın üzerindedir (TÜRKDİAB, 2016).

**Diyabetik Nöropati;** diyabet hastalarında farklı sinir liflerinin değişik derecelerde etkilenmesi ile karakterize periferik ve otonom sinir hasarıdır (SB 2014). Periferik nöropati sonucu hastanın yaşam kalitesi bozular, hareketleri kısıtlanır, depresyon ve sosyal kısıtlılık oluşur. Diyabetli hastaların nöropati belirtileri yönünden klinik testler ile yıllık olarak taranması gerekir. Ekstremitelerde ağrı, karıncalanma, yanma hissi ve uyuşma en sık görülen sıkıntılardır (TÜRKDİAB, 2016). Diyabetik ayak gelişimi için nöropati, önemli bir risk faktörüdür (SB 2014).

**Diyabetik Ayak;** tüm travmasız alt ekstremitte amputasyonlarının %40-60'ı diyabete bağlı oluşmaktadır (TÜRKDİAB, 2016). Diyabetik ayak oluşumunun en önemli nedeni diyabetik nöropati sonucu gelişen hissizlik ve bunun sonucu tekrarlayan travmaların fark edilmemesidir (SB 2014).

## 2.7 Diyabetes Mellitus'un Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

Diyabet bakım ve tedavisinin temel hedefi insülin etkinliğinin ve glisemik kontrolün sağlanması, diyabetin tetiklediği diğer hastalıklara yönelik risk faktörlerinin değerlendirilmesi ile vasküler ve nöropatik komplikasyonları azaltmaktır (ADA 2011, Erol 2013, Yuan vd 2014) Teknolojideki ilerlemeyle birlikte sürekli yeni ilaç ve cihazlar üretilmesine rağmen iyi bir diyabet bakımı hala; kan şekeri düzeyinin izlenmesi, ilaç kullanımı, diyabete uygun beslenme ve fiziksel aktiviteye odaklıdır. Diyabet hastaları için bu durum ömür boyu devam etmektedir.

Kilo kontrolü, beden kitle indeksi, kan basıncı, lipid profili, kan glisemi seviyesi, gibi değişkenlerin izlenerek hastada sık ve ağır hipoglisemi ataklarını engellemek, ayrıca HbA1c düzeyini ideal aralıkta tutmaya çalışmak klinik tedavi yaklaşımında temel oluşturmaktadır (Erol 2013, Yuan vd 2014).

Diyabet bakım ve kontrolünde uygun kan glisemi düzeyinin sağlanması için öncelikle risk etmenlerinin ele alınması gereklidir. Hastalığın risk faktörlerini en aza indirmek, oluşabilecek komplikasyonları engellemek, için birey yaşam biçiminde değişiklik yapmak zorundadır. Yaşam biçimi değişiklikleriyle diyabetin insidansının azaldığı ve metabolik kontrol düzeyinin göreceli olarak düştüğü yapılmış çalışmalarla kanıtlanmıştır. Diyabeti engellemek için birçok kontrol programları bulunmaktadır. Bunlardan en kapsamlısı olan ve Amerika'da yapılan Diyabet Önleme Programı çalışmasında hastalar ortalama 2.8 yıl izlenmiştir. Çalışma kapsamında hastalar; yoğun diyet ve fiziksel egzersiz uygulayan hastalar ve ilaç tedavisi alan hastalar olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. İzlem sonunda yaşam biçiminde değişiklik yapan ve tedaviye uyum gösteren grupta diyabet açısından riskin %58 düştüğü sonucuna ulaşılmıştır (SB 2011).

Diyabet tedavi ve bakımında temel unsurlar aşağıdaki gibidir (Biol 2005, TEMD 2009, Sağlık Bakanlığı 2011, Olgun vd 2014).

1. Diyet
2. Fiziksel Aktivite
3. İlaç Tedavisi (OAD, insülin uygulama)
4. Kendi kendine İzlem

### 2.7.1. Diyet

Beslenme tedavisinde öncelikle hasta tanılması yapılarak hastanın kilo vermeye ihtiyacı olup olmadığı değerlendirilmelidir. Obezite, insülin direncini arttıran en büyük etmenlerden biridir ve yalnızca %5 oranında bir kilo kaybı bile insülin direncinin azalmasında etkili olduğundan diyabet gelişme riski de azalmaktadır (Olgun 2012).

Diyabetli birçok birey için tedavi sürecindeki en zor kısım diyabetik diyetle uyumun sağlanmasıdır. Sağlık bakım ekibi içindeki tüm üyeler iş birliği içinde çalışarak hasta ve yakınlarını bilgilendirmeli ve desteklemelidir. Diyet tedavisinde en çok üzerinde durulan konu beslenme programlarının kişiye özel olarak hazırlanmasıdır. Bir beslenme planının tüm bireylere uygulanması mümkün değildir (ADA 2015).

Yetişkin tip 2 diyabetli bireylerde beslenme tedavisinin amaçları şu şekilde sıralanmaktadır;

- Bireyselleştirilmiş glisemik, kan basıncı ve lipit hedeflerine ulaşmak,
- Uygun vücut ağırlığına erişerek bu ağırlığı korumak,
- Diyabetin komplikasyonlarını önlemek veya geciktirmek.
- Kişisel ve kültürel tercihleri dikkate alarak bireysel beslenmeyi desteklemek
- Sağlıklı gıda seçimi ve erişimi becerisine sahip olmak
- Bireyi davranışsal değişiklik yapması için desteklemek ve güçlendirmek
- Davranış değişikliğinin önündeki engelleri belirlemek ve desteklemek
- Gıda sınırlandırılmasında alternatif gıda önerileri vermek
- Günlük öğün planlamaları yerine gıdaların gruplandırılmasına odaklanmak (ADA, 2016).

### 2.7.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite diyabetlinin hastalık tedavi ve bakım sürecinde en önemli etmenlerden biridir. Düzenli fiziksel aktivite diyabet oluşumunu engellerken aynı zamanda diyabet hastalarında diyet tedavisi ve medikal tedavi ile hasta sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir (ADA 2015).

Diyabet tedavi ve bakım kapsamında kan glikoz seviyesinin ideal aralıklarda tutulması, insülin direncinin azaltılması, ideal vücut ağırlığına ulaşılmasında ve bunların yanı sıra diyabetin zemin hazırladığı komplikasyonların önüne geçilmesinde fiziksel aktivitenin rolü büyüktür (Çelik ve Pınar 2014).

Fiziksel egzersize başlama ve sürdürmede zorlukların yaşanmaması için egzersizin kişiye özgü olarak planlanması ve uygulanması en ideal yöntemdir. Egzersize başlamadan önce ve sonra hastaların kan şekeri ve HbA1c düzeyleri incelenmelidir. Planlama yapılmadan kas-iskelet sistemi, nörolojik ve kardiyovasküler sistemleri açısından değerlendirilmeli hastanın fiziksel egzersiz yapma durumu ve seviyesi ortaya çıkarılmalıdır (TEMD 2013).

Hastanın fiziksel özellikleri, diyabet ve beraberindeki hastalıkların varlığı, sağlık durumu, kilo verme durumu ve glisemik kontrol hedefleri, önceden fiziksel egzersiz yapıp yapmadığı ve bireysel özellikleri göz önünde bulundurulmalı egzersiz programı hasta ile işbirliği halinde hazırlanmalıdır (Erol 2013).

### **2.7.3. İlaç Tedavisi**

Diyabet hastalarında kan şekeri seviyesinin ideal aralıkta tutulması çok önemlidir ve bunun için diyabetlilerin büyük çoğunluğu ilaç olarak tedavilerine devam etmek durumundadırlar. Günümüzde hızlanan teknolojik gelişmelerle birlikte tedavi yöntemleri de artmaktadır (Hsueh ve Moore 2004).

Diyabet tanısı alan hastalar kan glikoz düzeyine göre öncelikle kilonun kontrolü , fiziksel aktivite ve diyet uyumuna yönlendirilir. Fakat bu yaşam tarzı değişiklikleri glisemik kontrolü sağlamada yetersiz kaldığında hastalar medikal tedaviye ihtiyaç duymaktadır (Çubuk ve İnce 2015, Dinçdağ 2011). Bu medikal tedavi oral antidiyabetikler ve insülin oluşur (Ayvaz ve Kan 2010). Oral antidiyabetikler diyabetik beslenme ve fiziksel egzersizi uygulayıp tedavide iyileşme göstermeyen hastalarda destekleyici olarak kullanılır (Bırol 2005). Tip 2 diyabetlilerde insüline karşı vücut direnci, insülin salınımında defekt ve/veya hepatik glikoz üretiminde artma vardır. Oral antidiyabetiklerle bu bozuklukların düzeltilmesi hedeflenir. Yalnızca bir ilaç ile ideal sonuçlara ulaşılamıyorsa kombine oral antidiyabetik tedavilerine geçilir. Kombine tedavi de işe yaramıyorsa insülin edavisine geçilir (Erol 2013). Tip 2 diyabetli bireylerin yaklaşık %58'i dışarıdan insülin almak zorunda kalmaktadır (Kaptan ve Dedeli 2012).

Ergin ve arkadaşlarının (2014) çalışmasına göre glisemik kontrolü etkin ve başarılı olan hastaların çoğunluğunun oral antidiyabetik kullandığı sonucuna ulaşılmıştır.

İnsülin kullanımı ile vücutta fizyolojik insülin salınımı taklit edilir, böylece kan glikoz seviyesinin artması engellenerek diyabetin yol açacağı hastalıklar geciktirilebilir veya önlenir. İnsülin kullanma sürecinde de hemşire hastayı kapsamlı bir şekilde değerlendirmeli insülin saklama koşulları, doğru enjeksiyon bölgesi seçimi, doğru dozda uygulama yapılması ve insülinin etki mekanizması hakkında bilgilendirme yapmalıdır. Ayrıca hastaya hipo-hipergliseminin belirtileri ve bu belirtiler ortaya çıktığında yapılması gerekenler hakkında yeterli bilgi verilmelidir. Hastalığı hakkında bilgilendirilen birey sürekli olarak hemşireden danışmanlık aldığına kendi bakımlarına etkin katılmaya heves ve istekli olmakta böylece tedavide hedeflenen sonuca ulaşabilmektedir (Kaptan ve Dedeli 2012). İnsülin tedavisi alan hastaların eğitiminde hemşirelerin rolü çok önemlidir. Okuyan ve arkadaşlarının yaptığı (2014) araştırmada diyabetli hastaların yaklaşık yarısından çoğunun diyabet eğitimini hemşirelerden aldığı sonucuna ulaşılmıştır (Okuyan 2014).

#### **2.7.4. Kendi Kendine İzlem**

Diyabet tanısı alan hasta tedavi ve bakımını evdeki normal yaşamına entegre ederek sürdürmektedir. Hastalar diyabete karşın günlük yaşamına devam edebilmeli komplikasyonların ortaya çıkmaması için yaşam şeklindeki değişikliklerle yaşamasını öğrenmesi gerekir.

Hastalıktan yalnızca hasta birey değil tüm ev halkı etkilenmektedir bu yüzden aile üyelerine de diyabet hakkında bilgi verilmelidir. Bilgi sahibi olan aile bireyleri hastaya daha fazla destek olabilecektir (Biol 2005). Kendi kendine izlem (self-monitoring) anlayışı, diyabetli bireyin tedavi ve bakım ile ilgili tüm gereksinimlerini üstlenerek hastalığının sorumluluğunu almasını, diyabetle ilişkili tüm öz bakım ihtiyaçlarını sürdürmesini kapsamaktadır. Hastanın kendi bireysel takibini yapması diyabet bakım ve tedavisi açısından oldukça önemlidir. 1970'li yıllardan itibaren önem kazanmaya başlayan kendi kendine izlem anlayışı günden güne gelişen teknolojik tanı testlerini temel alır. Laboratuvar testleri dışında hastalar kendi kan ve idrar örneklerini alarak glikoz ve keton seviyelerini ölçebilmektedirler. Bu durum hastanın gördüğü sonuca göre hayatını şekillendirmesine yardımcı olmaktadır (Erol 2013).

Diyabet; kronik bir hastalık olmasının yanında tedavisinde hastanın kendi kendine bakım ve izlemine gerektirdiğinden bireylerde öz-bakımda isteksizlik ve tükenmişlik meydana gelebilir. Hastaların kendi sorumluluklarını almaları ile kan glikoz seviyesinde iyileşme, komplikasyonların azalması, gecikmesi ve yaşam kalitesinde dikkate değer bir artış görülmektedir (O'Keefe vd 2006). Diyabetli hastalarla yürütülen bir araştırmada diyabet hastalarının hastalık algısını etkilediği bulunmuştur. Ek olarak hastalar, diyabetin, biyo-psiko-sosyal işlevlerini etkilediğini de düşünmektedirler (Yorulmaz vd 2013). Bir diğer çalışmada ise hastalar tedaviye ve bakıma karşı uyumlu ve pozitif bir tutum içerisinde olduklarında glisemik kontrolü sağlamanın kolaylaştığı gözlenmiştir (Kara ve Çınar 2011).

## **2.8 Diyabetli Bireylerde Kronik Hastalık Yönetimi**

Kronik hastalıklarda yönetim, hastanın kendi hastalığını yönetme yetisine erişmesi için çeşitli eğitim öğretim yollarıyla desteklenmesi ve güçlendirilmesini kapsadığından hastalığın mevcut tedavisinden çok daha fazlasını içerir (Beaglehole ve ark. 2008, İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Tip 2 diyabet yönetiminde ana unsur; komplikasyonları engellemek, geciktirmek ve yaşam kalitesini korumaktır. Bu amaç doğrultusunda yüksek kan şekeri düzeyinin ve kardiyovasküler risk faktörlerinin en aza indirilmesi gerekmektedir. Özellikle hasta merkezli bir yaklaşımla hastanın öz bakım faaliyetlerine katılımı arttırılmalı hastalar düzenli bir şekilde takip edilmelidir. Hastaların düşünce ve tercihleri dikkate alınarak amaç ve stratejiler bireyselleştirilmeli tedavi süreci hakkında hastalara bilgi verilmelidir. Diyabet öz-yönetim eğitimi ve desteği kapsamında diyabetik beslenme, fiziksel aktivite, kilo kontrolü, sigara bırakma danışmanlığı, psikolojik destek gibi konulara yer verilmiştir ve bunlar diyabet bakımının temel unsurlarıdır (ADA EASD Consensus Report 2018)

Diyabet kronik bir hastalık olduğundan diyabet tedavisi de yaşam boyu sürmektedir. Diyabet yönetimi kapsamında bireyin tedavisini kendisinin yönetmesi ve yaşam şekli değişikliği yapması gerekmektedir (IDF 2011, ADA 2013,). Diyabetli bireylerin yaşam biçimi değişikliği yapabilmesi için diyabet öz yönetim eğitimi çok önemlidir (IDF 2011). Öz yönetim eğitimleri ile kazanılan davranış değişiklikleri bakıma entegre edilir. Bu hizmetlerin daha fazla yaygınlaşması için ulusal politikalarla desteklenmesi gerekmektedir (Harkins 2008).

Haskett'e göre kanıta dayalı tıp temelli kronik hastalık yönetimi yapılanması ile ihtiyacı olan herkese etkili sağlık hizmeti verilebilir. Bunun sonucunda toplumun sağlık

seviyesi yükselecek ve sağlık giderleri azalacaktır. Bu doğrultuda ihtiyaç duyulan araçlar; sağlık ekibi için kanıta dayalı karar verme desteği sağlanması ve her an ulaşılabilir elektronik hasta veri tabanı oluşturulması, hastanın kendi bakımını sağlayabilmesi için gereken eğitim ve desteğin verilmesi ve bu oluşumun devamı için iyi yapılandırılmış ödeme ve sağlık sistemlerinin yapılandırılmasıdır (Haskett 2016).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde diyabet özyönetim eğitimi alan hastaların sağlık göstergelerinde pozitif yönde ilerleme kaydedilmiştir (AADE, 2011). Diyabetik öz yönetim eğitimi verilen hastalarda kan şekeri seviyesi ve kan basıncında düşüş (Warsi vd 2004), HbA1c düzeyinde azalma (Warsi vd 2004), ilaca olan gereksinimde azalma, diyabet bilgi ve becerisinde artış ve yaşam kalitesinde yükselme (Deakin vd 2005) kaydedilmiştir.

Hastalara verilen öz yönetim eğitimlerinin kuramsal kronik bakım modelleri/teorileri temel alınarak oluşturulması önerilmektedir. Eğitimler modeller doğrultusunda oluşturulduğunda hastaların bakıma katılım durumları artmakta, bilgi ve beceri seviyeleri yükselerek etkin hale gelmekte böylece bakımın sonuçlarında iyileşme gösterilmektedir. Piatt ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmaya göre kronik bakım modeline dayandırılarak oluşturulan bir öz yönetim eğitimi alan diyabetli hastaların, klinik ve davranışsal sonuçlarının olumlu yönde değiştiği sonucuna ulaşılmıştır.

### **2.8.1. Kronik Bakım Modeli**

Kronik hastalıkların prevalansındaki artış ile Amerika Birleşik Devletleri'nde de tüm dünyada olduğu gibi sağlık sisteminin ihtiyaçlara yeterince cevap veremediği fark edilmiştir. Günlük iş yükü altında hekimlerin güncel rehberleri takip edememesi, planlı ve koordine bakım eksikliği, hastaların iyilik durumunu sağlamaya yönelik düzenli hasta takibinin olmayışı ve hastaların hastalıkları konusunda yetersiz eğitilmesi sistemdeki başlıca eksiklikler olarak fark edilmiştir. Bu eksikliklerin üstesinden gelinmesi için sağlık bakımında dönüşümün gerektiği görülmüştür (ICC 2019).

Sağlık bakımındaki dönüşümde hedef; akut problemlere, hastalık durumuna yönelik bir yaklaşımdan çok, her daim hazırlıklı, hastalıkların tedavisinden çok hastaların iyilik halinin sürdürülmesine yönelik bir sistem geliştirilmesidir. Bu amaçla 1990'lı yılların başında MacColl Sağlıkta Yenilik Enstitüsü'nün (The MacColl Institute for Healthcare Innovation) literatür çalışmaları ile Kronik Bakım Modeli oluşturulmuştur (Mohler ve Mohler 2005, Bodenheimer ve Grumbach 2009).

Wagner ve arkadaşları tarafından tanımlanan modelin temelinde; iyi yapılandırılmış sağlık sistemi içerisinde, proaktif (önceden hazırlıklı ve donanımlı) sağlık ekibi ile iyi eğitilmiş ve motive hastanın pozitif etkileşimi vardır. Bu şekilde sağlık durumu iyi bir hasta, memnun sağlık hizmet ekibi ve azalmış sağlık maliyetleri hedeflenmektedir.

Kronik Bakım Modeli proaktif, hasta merkezli ve kanıta dayalı yaklaşım sağlar. Model birçok kronik hastalık için ve farklı nüfuslar için uygulanabilir. Model; yüksek kalitede kronik hastalık bakımını desteklemek için sağlık sisteminin sahip olması gereken 6 ögeyi tanımlar. Bunlar; toplumsal kaynaklar ve politikalar, sağlık sisteminin organizasyonu, öz-yönetim desteği, hizmet sunum şekli, karar verme desteği ve klinik bilgi sistemleridir.

1.Toplum kaynakları ve politikalar: Hastanın ihtiyaçlarının karşılanması için toplum kaynaklarının harekete geçirilmesidir. Bu aşamada hastaların etkili toplum programlarına katılımı teşvik edilir. Sağlık sisteminin hizmet sunmadığı ya da destek veremediği alanlarda yardımcı olunur (Bodenheimer 2002). Hasta yararına politikaların çıkarılması için savunuculuk görevi yapılır. Toplum kuruluşları ile birlikte, hastaları destekleyen programların tanımlanması ve hastaların katılımını artırmak hedeflenir.

2.Sağlık sistemi/Sağlık bakım organizasyonu: Güvenli ve kaliteli bir bakımı destekleyen bir kültür, organizasyon ve mekanizmanın oluşturulmasıdır. Kronik bakımın iyileştirilmesine yönelik programların planlanmasını kapsar. Bu yolda öncelikli ödevleri tanımlaması, bu ödevlerin gelişim hedeflerine dönüştürülmesi ve uygun politikalarla yürürlüğe konulması gereklidir. Bu amaçla sistemin her seviyesinde liderler tarafından destek sağlanmalıdır. Etkili gelişim stratejilerinin desteklenmesiyle kapsamlı bir değişimi ve gelişmeyi hedeflenir (ICC 2019). Bu öge diğer 4 ögenin temelini oluşturur. Ancak sistem liderleri tarafından kronik hastalıklar konusunda gerekli bakış açısı geliştirilmez, müdahaleler ve yatırımlar yapılmaz ise beklenen gelişim sağlanamayacaktır (Bodenheimer 2002).

3.Hizmet sunum şekli: Amaç öz-bakım desteği ile etkili ve yeterli klinik bakımın sağlanmasıdır. Bu amaçla sağlık ekibinin rolleri açık ve net şekilde tanımlanır. Hekim hastanın akut problemleri ile ilgilenir, zor vakalarda hastanın mevcut durumunun yönetimi için araya girer ve ekibinin eğitimini sağlar. Hemşireler, hastaları öz-bakımı için destekler, rutin kontrollerini planlar ve kanıta dayalı uygulamalar kapsamında takiplerini ayarlar. Planlanmış ziyaretler uygulamada önemlidir. Ekibin düzenli takipleri



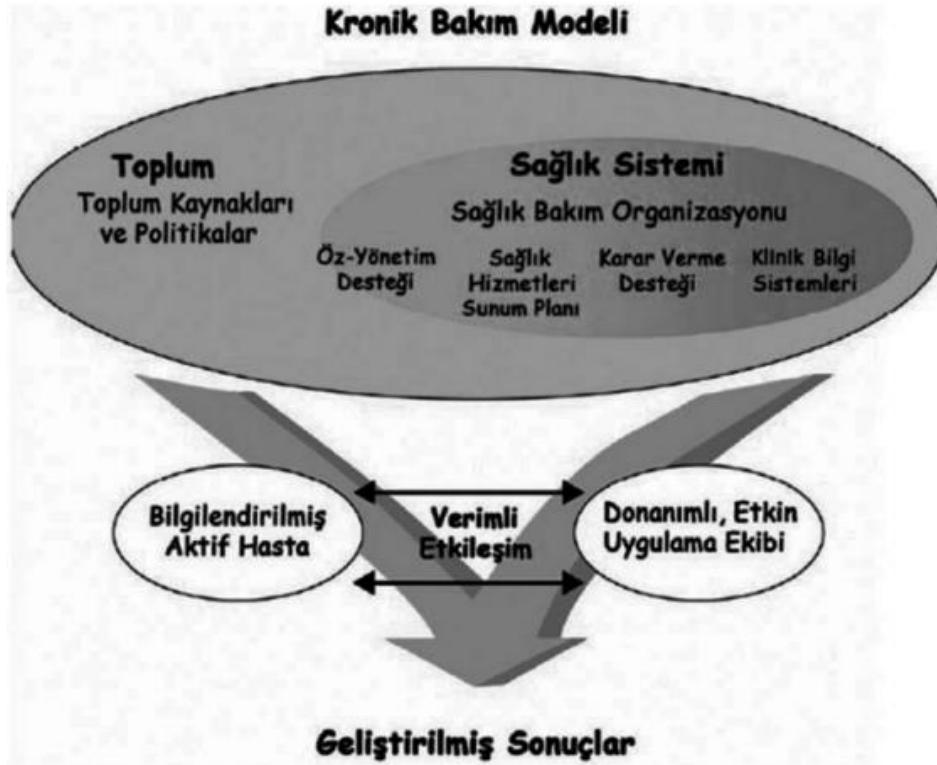
yerine getirmesi sağlanır, hastaların anlayacağı seviyede ve kültürlerine uygun bakım sunulur. Hastalara göre hizmet sunum şekli ve sıklığı ayarlanır (Bodenheimer 2002).

4.Öz-bakım desteği: Hastaların, kendi sağlıklarını koruması ve bakımlarını yönetmesi yönünde hazırlanmasını ve güçlendirilmesini kapsar. Etkili öz-yönetimde durum değerlendirmesi, hedefler koyma, eylem planı, problem çözme ve hastalık takibi vardır. Hastanın kendi bakımı konusundaki merkezi rolünün önemi vurgulanır çünkü hasta kendi bakımında en başta gelen kişidir. Bu doğrultuda hastalara diyet, yaşam tarzı değişiklikleri, basit takipler (Kan şekeri takibi vs.) öğretilir (Bodenheimer ve Grumbach 2009) Ayrıca, kaynakların hastaya öz-yönetim desteği verecek şekilde organizasyonunu içerir. Program bu noktada temel bilgi, duygusal destek ve hastalığı ile yaşama stratejileri konusunda kanıtlanmış programları destekler. Hastaya ne yapacağını söylemekten fazlasıdır. Bu noktada hastanın, kendi bakımı ve hastalığı konusunda sorumluluğu hakkında bilgi verilerek, farkındalığının artırılması hedeflenmektedir (ICC 2019).

5. Karar verme desteği: Hastanın isteklerine ve tercihlerine duyarlı, bilimsel kanıtlarla tutarlı klinik bakımı teşvik eder. Bu amaçla kanıta dayalı rehberlerin günlük klinik pratiğe entegrasyonu sağlanır, hastaların katılımını artırmak için kanıta dayalı bilgiler hastalar ile paylaşılır, bilgilerin güncellenmesi için kanıtlanmış eğitim metotları kullanılır ve komplike hastaların yönetimi için birinci basamak sitemine konsültanların entegrasyonu sağlanır (ICC 2019).

6.Klinik bilgi sistemleri: Modelin en önemli bileşenlerindedir. Etkili bir bilgi sistemi olmadan etkili bir kronik bakım takibi yapmak mümkün değildir. Özellikle günümüz teknolojilerinde elektronik kayıt sistemleri çok kullanışlıdır. Hastanın geçmiş kayıtlarının ve geleceğe yönelik tedavi planı ve hedeflerine yönelik kayıtların tutulduğu, hastaya ait tüm kayıtlara kapsamlı şekilde erişim sağlayan ve her daim ulaşılabilen tercihen elektronik ortamda olan bilgi sistemleri hastaya ihtiyacı olan her an hizmet verilmesini sağlayacaktır (ICC 2019)

Gelişmiş ülkelerdeki çalışmalara göre kronik bakım modelinin kronik hastalık yönetiminde etkinliği görülmektedir. Geçen süre zarfında müdahaleler daha çok öz-yönetim desteği, hizmet sunum şekli, karar verme desteği ve klinik bilgi sistemleri üzerinde yoğunlaşmıştır (Barr vd 2003)



Şekil: 2.8.1.1 Kronik Bakım Modeli

## 2.9 Diyabette Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesinin günümüzde tüm bilimler tarafından kabul görmüş tek bir tanımı bulunmamaktadır. Ancak tüm tanımlara bakıldığında, ortak noktanın insan faktörü ve onun öznel değerlendirme durumu olduğu dikkati çekmektedir. DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımı bireylerin yaşamakta olduğu çevresindeki kültür ve değerlere göre amaçları, beklentileri, standartları ve endişelerine ilişkin yaşamdaki konumlarını nasıl algıladıklarıdır. Yaşam kalitesi çok geniş kapsamlı bir kavram olmakla birlikte, değerlendirme subjektif olup, biyo-psiko-sosyal özellikler olmak üzere yaşamın tüm alanlarını kapsar. Yaşam kalitesi zihinsel ve fiziksel sağlığı, maddi refahı, ailenin içinde ve dışındaki kişilerarası ilişkileri, toplum içindeki aktiviteleri, kişisel gelişim ve bunu yerine getirme, aktif rekreasyon alanlarını içeren subjektif iyilik halinin ve yaşam memnuniyetinin geniş bir görüşünü yansıtır. Yaşam kalitesi bireyin sağlık durumunun ötesinde kişisel iyilik halini de içine alır (WHO 1998).

Günümüzde pek çok insan yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik hastalıklarla yaşamak zorunda kalmaktadır. Kronik hastalıkların çoğunluğu, hastaların kapasitelerini sınırlandırarak, fonksiyonel durumu, üretkenliği, genel sağlık durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Megari 2013). Yaşam kalitesi diyabet gibi kronik hastalıkların tedavisinin önemli göstergelerinden biridir. Bu nedenle kronik hastalıkların tedavisinde temel amaçlardan biri hastaların yaşam kalitesini yükseltmektedir (Tütün Yümin vd 2017).

Literatürde diyabetin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğine dair yapılmış çalışmalar mevcuttur (Jing vd 2018, Javanbakht vd 2012, Tütün Yümin vd 2017). Özellikle, diyabetin süresinin uzaması, kötü metabolik kontrol, başka bir kronik hastalık varlığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Taggart vd 2011, Dede vd 2016). Yapılan başka bir çalışmada; insülin tedavisi uygulayan hastaların diğer tedavi yöntemi uygulayan hastalara göre yaşam kalitesi puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır (Çallı 2014, Altunoğlu 2012).

Sonuç olarak, diyabet gibi yüksek hastalık riski taşıyanların ve kronik hastaların sağlık davranışlarında değişiklik sağlanması, bunun sürdürülebilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Bu yüzden, kronik hastalığın tanısı, tedavisi ve izleminde sadece hekim değil içinde hemşirenin, diyetisyenin, psikoloğun da yer aldığı bir ekip hizmeti yer almalıdır (Sağlık Bakanlığı 2013). Kronik hastalıklarda bireyin hastalıkla baş edebilme gücünün ve bağımsızlığının artırılması yaşam kalitesinin geliştirilmesi sağlık hizmetlerinde hemşirelik bakımının temel hedeflerinden biri olmalıdır.

## **2.10 Araştırmanın Hipotezleri**

H1. Tip 2 diyabetli hastaların kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları ile yaşam kaliteleri arasında ilişki vardır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma tip 2 diyabetli hastaların kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel türde bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapılacağı Bölge/Yerin Tanıtılması**

Bu araştırma; şu an 810 yatak sayısı ile hizmet vermekte olan, 570 hekim ve 935 hemşire bulunan bir üniversite hastanesinde yapılmıştır.

Araştırma, bir üniversite hastanesinin endokrin polikliniğinde yapılmıştır. Genel endokrin polikliniğinde hafta içi her gün 100-120 arasında hasta görülmekte ve gerek görüldüğünde hastaların ihtiyaçları göz önüne alınarak bu sayı arttırılmaktadır. Poliklinik hizmetleri randevu sistemiyle yürütülmektedir.

Birimde iki tane diyabet hemşiresi bulunmaktadır. Takip edilen hastalara diyabet hemşireleri tarafından birebir görüşmeler ve ya grup şeklinde eğitimler verilmektedir. Bu eğitimler kapsamında diyabet nedir, oral antidiyabetik kullanımı, insülin kullanımı insülin saklama koşulları, enjeksiyon yapılma zamanları, insülin bölgeleri, bölge rotasyonları, kan şekeri ölçüm cihazı kullanımı, evde kan şekeri takibi, ayak bakım eğitimi ve diyabet komplikasyonları hakkında bilgilendirmeler yapılmaktadır.

### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinin endokrin polikliniğine başvuran tüm tip 2 diyabetli hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmaya alınacak örneklem sayısını belirlemek için G power programından yararlanılarak güç analizi yapılmıştır. Daha önceden hastaların kronik bakımı değerlendirme durumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle yapılan güç analizi sonucunda, kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları ile yaşam kalitesi arasında elde edilebilecek olan ilişkinin küçük derece etki büyüklüğüne ( $r=0,15$ ) sahip olabileceği varsayıldığında %95 güvenle %80 güç elde edebilmek için çalışmaya en az 270 kişi alınması gerektiği hesaplanmıştır. Bir üniversite hastanesinin endokrin polikliniğine başvuran, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 317 tip 2 diyabet hastası araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmaya dâhil olma kriterleri; Bir üniversitesi hastanesinin endokrin polikliniğine kayıtlı, tip 2 diyabet hastalık tanısı almış olma ve araştırmaya katılmayı kabul etme araştırmaya dâhil edilme kriterleridir.

Araştırmanın dışlama kriterleri; görme, işitme, inme gibi kronik komplikasyonları gelişen hastalar, tip 1 ve gestasyonel diyabeti olan hastalar araştırmaya dâhil edilmemiştir.

### 3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri bir üniversite hastanesinin endokrin polikliniğinde 5 Mart 2018 ile 30 Mayıs 2018 tarihleri toplanmıştır. Veriler toplanırken yüz yüze görüşme tekniği uygulanmış olup formlar araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

#### 3.5.1. Diyabetli Hastaların Tanıtıcı Özelliklerini Belirleme Formu (Ek 1)

Bu bölümde diyabetli hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgileri içeren (cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu) sorular bulunmaktadır. Ayrıca hastaların diyabet ve diyabeti kontrol etme durumlarına ilişkin bilgileri içeren (diyabetin süresi, birinci derece yakınlarında hastalık varlığı, tedavi tipi, tedavisine uyum düzeyi, düzenli kan şekeri ölçümü yaptırma/yapma durumu, ölçüm yaptırma sıklığı, beslenmeye uyum düzeyi, egzersiz yapma durumu, egzersiz yapma sıklığı, doktor kontrolüne gitme sıklığı, diyabet hastalığına ilişkin bilgi alma durumu, hastalığı dışında başka kronik hastalık varlığı ve hastaların subjektif sağlık algısı) 20 soru bulunmaktadır. Sorular literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır (Çallı 2014).

#### 3.5.2. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Ek 2)

Glaskow ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilen bu ölçek kronik bakım modeline dayalıdır. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Hasta Formu) ise kronik hastaların aldıkları bakımı kendilerinin değerlendirmesine olanak sağlayan; sunulan bakımı hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli boyutlarıyla ve ekip yaklaşımı doğrultusunda ele alan; uygulaması kolay bir ölçektir. Aynı zamanda sağlık bakım ekibinin kronik bakım modelini uygulamalarına entegre etmelerinde; sunulan bakımın düzenli, objektif ve tarafsız raporlandırılmasında; hastaların bakış açılarını tanılamada yardımcı olan, hasta merkezli bir araçtır. Hastalara verilen bakımın kalitesi hakkında da bilgi verdiği ileri sürülmektedir (Glasgow vd 2005).

Ölçek toplamda 20 maddeden ve hasta katılımı (1-3), karar verme (4-6), amaç belirleme/rehberlik (7-11), problem çözme (12-15), izlem ve koordinasyon (16-20) olmak üzere toplamda 5 alt boyuttan oluşmaktadır (Glasgow vd 2005). Ölçek beşli likert tipi derecelendirmeye (hiçbir zaman=1, nadiren =2, bazen=3, çoğu zaman =4, her zaman=5) değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam puanı 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu göstermektedir (Glasgow vd 2005).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması İncirkuş ve Nahcivan tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Ölçeğin güvenirliğini test etmek için madde analizleri, Cronbach alfa katsayısı ve test-tekrar test korelasyon analizleri kullanılmıştır. Türkçe Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Hasta Formu) için alfa katsayısı .91, alt ölçek alfa katsayıları ortalama .74'tür. Türkçe ölçeğin zamana karşı değişmezliğini gösteren test-tekrar test korelasyonu oldukça yüksek bulunmuştur ( $r = .93$   $p = .001$ ). Bulgular Türkçe ölçeğin tekrarlayan ölçümlerinde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliğine sahip ve tutarlı olduğunu göstermektedir (İncirkuş ve Nahcivan, 2011).

### 3.5.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR) (Ek 3)

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği DSÖ tarafından geliştirilmiş, Eser ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçeğin uzun (WHOQOL-100) ve kısa (WHOQOL-27) formu olmak üzere iki sürümü vardır. Bu çalışmada kısa formu kullanılmıştır. Ölçek bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel iyilik hallerini ölçmekte ve 26 sorudan oluşmaktadır. Türkiye sürümü (27. soru ulusal sorudur) kullanıldığında Çevre alan skoru çevre-TR olarak adlandırılır. Bu durumda Çevre-TR alan skoru çevre skoru yerine kullanılır. Ölçek yaşlı olmayan yetişkinlere uygulanabilmektedir. Her bir alan, birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini ifade ettiği için, alan puanları 4-20 arasında hesaplanmaktadır. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır (Eser vd 1999).

### 3.5.4. Verilerin İstatiksel Analizi

Verilerin analizi SPSS 21.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirmesinde;

Tip 2 diyabetli hastalara ilişkin kişisel ve hastalığa ilişkin tanımlayıcı bilgilerin değerlendirilmesinde, sayı ve frekans dağılımları hesaplanmıştır. Hastaların kronik hastalığına ilişkin verilen bakımı değerlendirme durumu ve yaşam kalitelerini değerlendirmek için puan ortalaması ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Hastaların hastalığa ilişkin verilen bakımı değerlendirme durumları ile yaşam kaliteleri arasında ilişki Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışmada değişkenlerin Kolmogorov-Smirnov analizi ile normal dağılım gösterip göstermedikleri incelenmiş ve normal dağılım göstermediği sonucuna varılmıştır. Bu nedenle, bağımsız

değişkenlerin kronik hastalık bakımı ve yaşam kalitesini etkileyip etkilemediğini incelemek için, ikili değişkenlerde Mann Whitney U testi, ikiden fazla olan değişkenlerde Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak alınmıştır.

### **3.5.5. Araştırmanın Etik İzinleri**

Araştırmaya başlamadan önce bir üniversitenin Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin (21.12.17 tarih ve 60116787-020/85542 sayılı yazı) (Ek 4) ve araştırmanın yürütüleceği hastanesi Endokrinoloji Anabilim Dalı'ndan yazılı izin (Ek 5) alınmıştır. Araştırmada kullanılan Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu için yazardan mail yolu ile izin (Ek 6) alınmıştır. Ayrıca çalışmanın amacı hakkında hastalara bilgi verilmiş ve anketteki bilgilerin gizliliğine özen gösterileceği belirtilerek katılımcılardan sözlü onam alınmıştır.

### **3.5.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Hastaların, kronik hastalık bakımını değerlendirme puan ortalaması ve yaşam kalitesi puan ortalaması araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, sosyal güvence, sigara kullanma ve alkol kullanma durumları) araştırmanın bağımsız değişkenleridir. Yine aynı şekilde hastaların hastalıkla ilgili özellikleri (diyabetin süresi, birinci derece yakınlarında diyabet varlığı, tedavi şekli, ilaçların düzenli kullanımı, kan şekeri ölçme/ölçtürme durumu ve sıklığı, egzersiz durumu, sıklığı ve türü, tedaviye ve beslenmeye uyumu, diyabet kontrolü için hastaneye başvurma sıklığı, diyabet eğitimi alma durumu, daha fazla eğitim alma isteği, hastalık yönetimi, diyabet dışında başka bir hastalığı olup olmadığı, sağlık durumu algısı) de araştırmanın bağımsız değişkenleridir.



#### 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=317)

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	178	56.2
Erkek	139	43.8
<b>Yaş</b>		
30-39	10	3.2
40-49	44	13.9
50-59	98	30.9
60-69	92	29.0
70 ve üzeri	73	23.0
<b>Medeni durum</b>		
Evli	226	71.3
Bekâr	10	3.2
Boşanmış-Dul	81	25.6
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	8	2.5
Okuryazar	50	15.8
İlkokul	64	20.2
Ortaokul	104	32.8
Lise	66	20.8
Üniversite	25	7.9
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	118	37.2
Çalışmıyor	199	62.8
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden az	83	26.2
Gelir gidere eşit	203	64
Gelir giderden fazla	31	9.8
<b>Sosyal güvence</b>		
Sosyal güvencesi yok	43	13.6
Emekli Sandığı	81	25.6
SSK	137	43.2
Bağkur	44	13.9
Özel Sigorta	12	3.8

Çalışmaya katılan diyabetli hastaların %56.2'si kadın, %43.8'i erkektir. Yine hastaların %30.9'u 50-59 yaş grubunda, %29'u 60-69 yaş grubunda, %23'ü ise 70 yaş ve üzerindedir. Medeni durumlarına göre incelendiğinde ise çoğunluğunun (%71.3) evli olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan hastaların %18.3'ünün resmi bir eğitimi olmadığı, %20.2'sinin ilkokul mezunu olduğu, %32.8'inin ortaokul mezunu olduğu, %28.7'sinin ise lise ve üzerinde eğitimi olduğu belirlenmiştir.

Hastaların çoğunluğu (%62.8) çalışmadığını, %64'ü gelirinin giderine eşit olduğunu, sadece %13.6'sı sosyal güvenceye sahip olmadığını belirtmiştir.

**Tablo 4.2.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı (n=317)

	N	%
<b>Sigara kullanımı</b>		
Evet	118	37.2
Hayır	199	62.8
<b>Alkol kullanımı</b>		
Evet	53	16.7
Hayır	264	83.3

Hastalar sigara ve alkol kullanma durumlarına göre değerlendirildiğinde, %37.2'sinin sigara, %16.7'sinin ise alkol kullandığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.3.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Bilgilerine Göre Dağılımları (n=317)

	N	%
<b>Birinci Derece Yakınlarda Diyabet Varlığı</b>		
Evet	243	76.7
Hayır	74	23.3
<b>Hastalık Süresi</b>		
1 yıldan az	34	10.7
1-5 yıl	132	41.6
6-10 yıl	92	29
11 yıl ve üzeri	59	18.6
<b>Tedavi Şekli</b>		
OAD ilaç tedavisi	38	12
İnsülin	165	52.1
Önce OAD İlaç iken Şimdi İnsülin	70	22.1
Egzersiz ve Diyet	6	1.9
Egzersiz, Diyet ve OAD	36	11.4
OAD İlaç ve İnsülin	2	0.6
<b>İlaçlarını Düzenli Kullandığını Düşünme Durumları</b>		
Evet	273	86.1
Hayır	44	13.9
<b>Tedaviye Uyum Algısı</b>		
İyi	124	39.1
Orta	133	42
Kötü	60	18.9
<b>Ek Hastalık Durumu</b>		
Evet	261	82.3
Hayır	56	17.7

Çalışmaya katılan hastaların %76.7'si birinci derecede yakınlarında diyabet hastası olduğunu belirtmiştir. Yine %10.7'si hastalığının 1 yıldan daha az, %41.6'sı 1-5 yıl, %29'u 6-10 yıl arası ve %18.6'sı 11 yıldan daha fazla süredir diyabet hastası olduklarını belirtmişlerdir.

Hastaların tedavi tipleri incelendiğinde %12'sinin sadece OAD ilaç tedavisi, %74.8'i insülin tedavisi, %11.4'ü OAD ilaç yanında egzersiz ve diyet tedavisi, sadece %1.9'u da egzersiz ve diyet tedavisini uygulamaktadır. Hastaların %86.1'i ilaçlarını düzenli bir şekilde kullandığını düşünmektedir. Hastaların %39.1'inin tedaviye uyum düzeylerinin iyi olduğu, %82.3'ünün diyabetin dışında başka bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir.

**Tablo 4.4.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kan Şekeri Ölçme Durumlarına Göre Dağılımı (n=317)

	N	%
<b>Kendi Kan Şekerini Ölçebilme Durumu</b>		
Evet	247	77.9
Hayır	70	22.1
<b>Kan Şekeri Ölçme Sıklığı</b>		
Her gün	207	65.3
Haftada 2-3 kez	56	17.7
Düzensiz	54	17.0

Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğu (%77.9) kendi kan şekerini ölçebildiklerini belirtmiştir. Hastaların kan şekerlerini ölçme sıklıkları değerlendirildiğinde ise, %65.3'ü her gün, %17.7'si haftada 2-3 kez, %14.5'i düzensiz bir şekilde, %2.5'i ise aklıma gelince cevabını vermiştir.

**Tablo 4.5.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Egzersiz Yapma ve Beslenmeye Uyum Algısı Durumlarına Göre Dağılımı (n=317)

	N	%
<b>Egzersiz yapma durumu</b>		
Evet	188	59.3
Hayır	129	40.7
<b>Egzersiz sıklığı</b>		
Her gün	44	13.9
Haftada 1-2 kez	60	18.9
Düzensiz	84	26.5
<b>Egzersiz türü</b>		
Yürüyüş	160	50.5
Merdiven Çıkma	15	4.7
Bisiklete Binme	4	1.3
Diğer	9	2.8
<b>Beslenmeye uyum algısı</b>		
İyi	76	24
Orta	186	58.7
Kötü	55	17.4

Hastaların egzersiz yapma durumu incelendiğinde; %59.3'ünün egzersiz yaptığı, egzersiz yapan hastaların %13.9'u her gün, %18.9'u haftada 1-2 gün, %26.5'i ise düzensiz olarak egzersiz yaptığını belirtmişlerdir Aynı zamanda bu hastaların büyük

çoğunluğu (%50.5) egzersiz türü olarak yürüyüşü tercih etmektedir. Çalışmaya katılan hastaların %24'ü önerilen beslenme tedavisine uyumlarının iyi olduğunu belirtirken, %58.7'si orta, %17.4'ü kötü olduğunu ifade etmiştir.

**Tablo 4.6.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalıklarını Kontrol İçin Hastaneye Başvurma Sıklığına Göre Dağılımı (n=317)

	n	%
<b>Kontrol Sıklığı</b>		
Rahatsızlandığında	54	17
2 ayda 1 kez	5	1.6
3 ayda 1 kez	68	21.5
6 ayda 1 kez	140	44.2
Yılda 1 kez	50	15.8

Hastaların %44.2'sinin rutin kontrol için hastaneye gitme sıklığı 6 ayda birdir. %17'si ise yalnızca rahatsızlandığında hastaneye başvurmayı tercih etmektedir.

**Tablo 4.7.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Eğitimi Alma Durumları ve Daha Fazla Eğitim Alma İsteği Düzeylerine Göre Dağılımı (n=317)

	n	%
<b>Eğitim Alma Durumu</b>		
Evet	311	98.1
Hayır	6	1.9
<b>Daha Fazla Eğitim İsteği</b>		
Evet	178	56.2
Hayır	139	43.8

Hastaların büyük çoğunluğu (%98.1) diyabet hakkında eğitim aldıklarını belirtmişlerdir ve %56.2'si daha fazla eğitime ihtiyacı olmadığını düşünmektedir.

**Tablo 4.8.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tedavi Edilebildiğini Düşünme Durumlarına Göre Dağılımı (n=317)

	n	%
<b>Diyabet tedavi edilebilir mi?</b>		
Evet	58	18.3
Hayır	168	53
Kararsızım	79	24.9
Diğer	12	3.8

Hastalara diyabetin tedavi edilip edilemeyeceği hakkında soru yöneltildiğinde, %18.3'ü evet, %24.9'u kararsızım, %53'ü ise hayır cevabını vermiştir.

**Tablo 4.9.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kendi Hastalık Yönetimi Algısı ve Sağlık Durumları Algısına Göre Dağılımı (n=317)

	n	%
<b>Kendi Kendine Hastalığını Yönetebilme Algısı</b>		
Evet	183	57.7
Hayır	134	42.3
<b>Algılanan Sağlık Durumu</b>		
İyi	72	22.7
Orta	131	41.3
Kötü	114	36

Çalışmaya katılan hastalardan %57.7'si hastalığını kendi kendine yönetebildiğini ifade etmiştir. Hastaların algılanan sağlık durumları değerlendirildiğinde, %22.7 'sinin iyi düzeyde, %41.3'ünün orta düzeyde, %39'unun ise sağlık algısının kötü düzeyde olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.10.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeğine Ait Puan Ortalamaları Dağılımı

<b>KHBDÖ Alt Boyutları</b>	<b><math>\bar{X} \pm ss</math></b>
Hasta Katılımı	2.82± 0.96
Karar Verme	2.76± 0.95
Amaç Belirleme	2.25± 0.81
Problem Çözme	2.45± 0.77
İzlem ve Koordinasyon	2.25± 0.77
KHBDO Toplam Puan	2.45± 0.71

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi, katılımcıların kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde, hasta katılımı alt boyutu puan ortalaması 2.82±0.96, karar verme alt boyutu puan ortalaması 2.76±0.95, amaç belirleme alt boyutu puan ortalaması 2.25±0.81, problem çözme alt boyutu puan ortalaması 2.45±0.77 ve izlem koordinasyon alt boyutu puan ortalaması 2.25±0.77'dir. Katılımcıların kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği toplam puan ortalaması ise 2.45± 0.71'dir.

**Tablo 4.11.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Puan Ortalamaları Dağılımı

<b>YKÖ Alt Boyutları</b>	<b><math>\bar{X} \pm ss</math></b>
Bedensel	12.11±2.29
Ruhsal	13.26±2.64
Sosyal	14.06±3.90
Çevre	12.23±3.32

Katılımcıların Yaşam Kalitesi alt alanlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, bedensel alt boyutu puan ortalaması 12.11±2.29, ruhsal alt boyutu puan ortalamasının 13.26±2.64, sosyal alt boyutu puan ortalaması 14.06±3.90, çevre alt boyutu puan ortalaması ise, 12.23±3.32'dir.

**Tablo 4.12.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumu İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

		Yaşam Kalitesi Ölçeği			
		Fiziksel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişkiler	Çevre
Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği	Hasta Katılımı	r=0.63 p=0.00	r=0.49 p=0.00	r=0.49 p=0.00	r=0.58 p=0.00
	Karar Verme	r=0.65 p=0.00	r=0.53 p=0.00	r=0.58 p=0.00	r=0.60 p=0.00
	Amaç Belirleme	r=0.68 p=0.00	r=0.93 p=0.00	r=0.62 p=0.00	r=0.71 p=0.00
	Problem Çözme	r=0.59 p=0.00	r=0.47 p=0.00	r=0.53 p=0.00	r=0.61 p=0.00
	İzlem Koordinasyon	r=0.49 p=0.00	r=0.38 p=0.00	r=0.47 p=0.00	r=0.52 p=0.00
	Skala Toplam	r=0.77 p=0.00	r=0.76 p=0.00	r=0.68 p=0.00	r=0.77 p=0.00

Hastaların Tip 2 diyabetli bireylerin kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu genel ölçek puan ortalaması ile yaşam kalitesinin tüm alt alanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ).



**Tablo 4.13.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordinasyon	KHBDÖ Toplam
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	2.90±1.01	2.81±1.02	2.27±0.90	2.47±0.86	2.25±0.79	2.48±0.78
Erkek	2.74±0.90	2.71±0.86	2.23±0.70	2.42±0.65	2.26±0.73	2.42±0.62
<b>Test Değeri</b>	<b>U=11552.5</b>	<b>U=11830.0</b>	<b>U=12402.0</b>	<b>U=12235.5</b>	<b>U=12715.0</b>	<b>U=12162.0</b>
	<b>p=0.31</b>	<b>p=0.50</b>	<b>p=0.96</b>	<b>p=0.86</b>	<b>p=0.67</b>	<b>p=0.79</b>
<b>Yaş Grupları</b>						
30-39	3.93±0.68	4.20±0.52	3.88±0.66	3.70±0.53	3.04±1.32	3.69±0.71
40-49	3.62±0.75	3.48±0.90	2.85±0.74	2.89±0.67	2.50±0.81	2.98±0.64
50-59	2.83±0.88	2.89±0.68	2.30±0.65	2.51±0.70	2.36±0.72	2.52±0.56
60-69	2.90±0.88	2.84±0.93	2.24±0.75	2.46±0.71	2.31±0.69	2.49±0.65
70 ve üzeri	2.09±0.73	1.87±0.58	1.61±0.47	1.92±0.63	1.79±0.55	1.83±0.44
<b>Test Değeri</b>	<b>KW=49.49</b>	<b>KW=47.93</b>	<b>KW=35.46</b>	<b>KW=25.64</b>	<b>KW=18.23</b>	<b>KW=45.14</b>
	<b>p=0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>
<b>Medeni durum</b>						
Evli	3.05±0.94	2.98±0.93	2.41±0.81	2.56±0.78	2.38±0.79	2.61±0.71
Bekâr	2.86±0.87	3.00±0.49	2.32±0.79	2.85±0.96	1.88±0.43	2.50±0.54
Boşanmış-Dul	2.19±0.72	2.13±0.75	1.79±0.63	2.08±0.61	1.96±0.63	2.00±0.54
<b>Test Değeri</b>	<b>KW=49.49</b>	<b>KW=47.93</b>	<b>KW=35.46</b>	<b>KW=25.64</b>	<b>KW=18.28</b>	<b>KW=45.14</b>
	<b>p=0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>



Tablo 4.13'te hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre kronik hastalık bakımı puan ortalamaları dağılımları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi hastaların cinsiyet durumları ile kronik hastalık bakımı alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). Hastaların yaş gruplarına göre kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları karşılaştırıldığında, ölçeğin tüm alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. 30-39 yaş grubundaki hastaların kronik hastalık bakımını değerlendirme toplam ölçek puanı  $3.69\pm 0.71$  iken, 70 yaş ve üzerindeki hastaların puan ortalaması  $1.83\pm 0.44$ 'dir.

Çalışmamıza katılan hastaların medeni durumlarına göre kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları karşılaştırıldığında, evli hastaların ölçeğinin tüm alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamaları ile bekar, dul ve boşanmış hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Evli hastaların hastalığa ilişkin kronik hastalık bakımı genel ölçek puan ortalaması  $2.61\pm 0.71$  iken, dul boşanmış hastaların puan ortalaması  $2.00\pm 0.54$ 'dir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları karşılaştırıldığında, ölçeğin tüm alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Okuryazar olmayan hastaların kronik hastalık bakımına ilişkin toplam puan ortalaması  $1.82\pm 0.23$ , ilkokul mezunu olan hastaların puan ortalaması  $2.20\pm 0.70$ , üniversite mezunu olan hastaların puan ortalaması  $3.37\pm 0.51$ 'dir. Hastaların çalışma durumlarına göre kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu karşılaştırıldığında, tabloda görüldüğü gibi, çalışan hastaların tüm alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamaları, çalışmayan hastaların puan ortalamalarına göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ).

Yine hastaların gelir durumu ile kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Geliri giderinden az olan hastaların genel ölçek puan ortalamaları  $2.11\pm 0.63$  iken, geliri giderine eşit olan hastaların genel ölçek puan ortalamaları  $2.51\pm 0.69$ , geliri giderinden fazla olan hastaların genel ölçek puan ortalamaları  $3.02\pm 0.65$ 'dir.



**Tablo: 4.14.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Bilgilerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları (Devamı)

	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordinasyon	KHBDÖ Toplam
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
<b>Tedavi Şekli</b>						
-OAD ilaç tedavisi	2.98±0.71	3.22±1.04	2.47±0.79	2.71±0.73	2.30±0.73	2.66±0.71
-İnsülin	2.26±0.73	2.47±0.92	2.07±0.82	2.28±0.79	2.12±0.75	2.26±0.73
-Daha Önce OAD İlaç iken Şimdi İnsülin	2.43±0.48	2.67±0.62	2.18±0.57	2.35±0.62	2.37±0.71	2.43±0.48
-Egzersiz ve Diyet	3.23±0.10	4.11±0.45	3.26±0.41	3.16±0.46	2.26±0.57	3.23±0.10
-Egzersiz, Diyet ve OAD	3.02±0.64	3.46±0.75	2.75±0.86	2.93±0.66	2.63±0.86	3.02±0.64
-OAD İlaç ve İnsülin	2.33±0.00	5.00±0.0	3.40±0.00	4.00±0.00	1.80±0.00	3.20±0.00
<b>Test Değeri</b>	<b>KW=63.30</b> <b>p=0.00</b>	<b>KW=55.68</b> <b>p= 0.00</b>	<b>KW=36.41</b> <b>p= 0.00</b>	<b>KW=35.38</b> <b>p= 0.00</b>	<b>KW=14.58</b> <b>p= 0.00</b>	<b>KW=53.31</b> <b>p= 0.00</b>
<b>İlaçların düzenli Kullanımı</b>						
Evet	2.95±0.95	2.91±0.92	2.36±0.80	2.57±0.73	2.34±0.77	2.57±0.69
Hayır	2.05±0.61	1.84±0.54	1.57±0.45	1.71±0.60	1.74±0.47	1.75±0.35
<b>Test Değeri</b>	<b>U=2687.0</b> <b>p= 0.00</b>	<b>U=1980.5</b> <b>p= 0.00</b>	<b>U=2490.0</b> <b>p= 0.00</b>	<b>U=1989.0</b> <b>p= 0.00</b>	<b>U=3118.5</b> <b>p= 0.00</b>	<b>U=1675.0</b> <b>p= 0.00</b>



Tablo 4.14'te hastaların hastalığına ilişkin bazı özellikleri ile kronik bakımı değerlendirme durumları arasındaki ilişki verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi hastaların birinci dereceden yakınlarında hastalık varlığı ile kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Ancak hastalığın süresi, hastalığın tedavi tipi, ilaçların düzenli kullanımı ve hastanın tedaviye uyum düzeyi ile kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ). Bir yıldan daha az sürede hastalık tanısı alan hastaların kronik bakımı değerlendirme genel puan ortalamaları,  $3.11\pm 0.58$  iken, 11 yıl ve üzerinde diyabetli olan hastaların genel puan ortalaması  $1.98\pm 0.64$ 'tür.

Hastalığın tedavi tipi ile kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları incelendiğinde, tedavi tipi egzersiz ve diyet olan hastaların genel ölçek puan ortalaması  $2.66\pm 0.71$  iken, yalnızca insülin tedavisi olan hastaların genel ölçek puan ortalaması  $2.26\pm 0.73$ , tedavi tipi sadece egzersiz ve diyet olan hastaların ise genel ölçek puan ortalaması  $3.23\pm 0.10$ 'dur. Araştırmamızda, ilaçlarını düzenli olarak kullanan hastaların kronik hastalık bakımını değerlendirme genel ölçek puan ortalamaları  $2.57\pm 0.69$  iken, ilaçlarını düzenli kullanmayan hastaların puan ortalaması  $1.75\pm 0.35$ 'tir.

Hastaların tedaviye uyum düzeyleri ile kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, tedaviye uyum düzeyi iyi olan hastaların kronik hastalık bakımını değerlendirme genel ölçek puan ortalaması,  $2.82\pm 0.60$ , tedaviye uyumu orta olan hastaların genel ölçek puan ortalaması  $2.37\pm 0.69$ , tedaviye uyumu kötü düzeyde olan hastaların ise genel ölçek puan ortalaması  $1.88\pm 0.53$ 'tür. Ayrıca diyabet dışında başka bir kronik hastalığı olan katılımcıların, başka hastalığı olmayan hastalara göre kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları incelendiğinde, hastalığı olanların kronik bakımı değerlendirme genel puan ortalamaları ( $2.32\pm 0.64$ ), hastalığı olmayanlara göre ( $3.08\pm 0.70$ ) daha düşüktür.

**Tablo 4.15.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kan Şekeri Ölçme Durumlarına Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordinasyon	KHBDÖ Toplam
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
<b>Kan Şekerini Ölçebilme Durumu</b>						
Evet	3.02±0.90	2.95±0.86	2.40±0.76	2.58±0.70	2.38±0.73	2.60±0.64
Hayır	2.12±0.83	2.11±0.99	1.74±0.78	2.00±0.84	1.83±0.73	1.92±0.71
<b>Test Değeri</b>	<b>U=3767.5</b>	<b>U=3932.0</b>	<b>U=40.79.5</b>	<b>U=4294.0</b>	<b>U=4608.5</b>	<b>U=3265.0</b>
	<b>p=0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>
<b>Kan Şekeri Ölçme Sıklığı</b>						
Her gün	2.87±0.90	2.78±0.87	2.26±0.75	2.48±0.70	2.32±0.73	2.49±0.64
Haftada 2-3 kez	2.91±1.04	2.91±1.01	2.30±0.76	2.51±0.78	2.15±0.71	2.49±0.70
Düzensiz	2.57±1.09	2.56±1.18	2.15±1.04	2.28±1.00	2.10±0.93	2.29±0.94
<b>Test Değeri</b>	<b>KW=5.50</b>	<b>KW=6.27</b>	<b>KW=2.66</b>	<b>KW=7.82</b>	<b>KW=8.93</b>	<b>KW=7.46</b>
	<b>p= 0.06</b>	<b>p= 0.04</b>	<b>p= 0.26</b>	<b>p= 0.02</b>	<b>p= 0.01</b>	<b>p= 0.02</b>



Tablo 4.15'te hastaların kan şekerini ölçebilme durumları ile kronik hastalık bakımını değerlendirme puan ortalamaları arasındaki dağılımları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, hastaların kan şekerini ölçebilme durumu ve kan şekeri ölçüm sıklığı ile kronik bakımı değerlendirme durumları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Kan şekerini kendisi ölçebilen hastaların kronik bakımı değerlendirme ölçeği genel puan ortalaması  $2.60 \pm 0.64$ , kan şekeri ölçümü yapmayan hastaların ise puan ortalaması  $1.92 \pm 0.71$ 'dir. Ayrıca, her gün düzenli olarak kan şekerini ölçen hastaların genel ölçek puan ortalaması  $2.49 \pm 0.64$  iken, kan şekeri ölçümü sıklığı düzensiz olan hastaların puan ortalaması ise  $2.29 \pm 0.94$ 'tür



Tablo 4.16'da hastaların egzersiz yapma durumları ile kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları puan ortalamaları arasındaki dağılımları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, egzersiz yapma ve kronik bakım değerlendirme durumları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Egzersiz yapanların kronik bakım değerlendirme ölçeği genel puan ortalaması  $2.72\pm 0.62$  iken, egzersiz yapmayanların puan ortalaması  $2.07\pm 0.66$ 'dır. Yine her gün düzenli olarak egzersiz yapan hastaların genel ölçek puan ortalaması ( $2.91\pm 0.62$ ) düzenli olarak egzersiz yapmayan hastaların puan ortalamasından ( $2.56\pm 0.67$ ) daha yüksektir. Araştırmamıza katılan hastaların beslenmeye uyum düzeyi ile kronik hastalık bakım değerlendirme durumları karşılaştırıldığında ise, alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p<0.05$ ) ve beslenmeye uyum düzeyinin kronik hastalık bakımını değerlendirme durumunu etkilediği belirlenmiştir.

**Tablo 4.17.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalıklarını Kontrol İçin Hastaneye Başvurma Sıklığına Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordinasyon	KHBDÖ Toplam
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
<b>Kontrol Sıklığı</b>						
Rahatsızlandığında	2.13±0.82	2.22±0.69	1.86±0.55	2.22±0.68	1.87±0.57	2.03±0.49
2 ayda 1 kez	1.40±0.36	1.80±1.09	1.20±0.20	1.85±0.82	1.40±0.24	1.50±0.24
3 ayda 1 kez	3.60±0.74	3.49±0.78	2.87±0.69	3.02±0.63	2.60±0.86	3.04±0.60
6 ayda 1 kez	2.87±0.81	2.88±0.89	2.33±0.79	2.47±0.73	2.36±0.72	2.53±0.65
Yılda 1 kez	2.54±0.98	2.14±0.77	1.71±0.58	1.93±0.64	1.98±0.66	2.01±0.58
<b>Test Değeri</b>	<b>KW=88.00</b> <b>p=0.00</b>	<b>KW=85.37</b> <b>p=0.00</b>	<b>KW=91.54</b> <b>p=0.00</b>	<b>KW=66.93</b> <b>p=0.00</b>	<b>KW=42.62</b> <b>p=0.00</b>	<b>KW=102.64</b> <b>p=0.00</b>

**Tablo 4.18.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Eğitimi Alma Durumları ve Daha Fazla Eğitim Alma İsteği Düzeylerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordinasyon	KHBDÖ Toplam
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
<b>Eğitim Alma Durumu</b>						
Evet	2.84±0.96	2.77±0.95	2.26±0.81	2.46±0.77	2.26±0.77	2.47±0.71
Hayır	1.83±0.50	2.27±1.21	1.70±0.70	1.70±0.78	1.76±0.46	1.82±0.59
<b>Test Değeri</b>	<b>U=344.0</b> <b>p=0.00</b>	<b>U=699.5</b> <b>p=0.29</b>	<b>U=533.0</b> <b>p=0.07</b>	<b>U=439.0</b> <b>p=0.02</b>	<b>U=577.5</b> <b>p=0.10</b>	<b>U=435.0</b> <b>p=0.02</b>
<b>Daha Fazla Eğitim İsteği</b>						
Evet	3.23±0.85	3.19±0.84	2.55±0.82	2.72±0.70	2.50±0.77	2.77±0.65
Hayır	2.30±0.84	2.22±0.80	1.86±0.61	2.10±0.72	1.93±0.64	2.05±0.57
<b>Test Değeri</b>	<b>U=5263.5</b> <b>p=0.00</b>	<b>U=4930.5</b> <b>p=0.00</b>	<b>U=6277.0</b> <b>p=0.00</b>	<b>U=6409.5</b> <b>p=0.00</b>	<b>U=6915.0</b> <b>p=0.00</b>	<b>U=4517.0</b> <b>p=0.00</b>

Tablo 4.17'de hastaların hastalıklarını kontrol ettirmek için hastaneye başvurma sıklıkları ile kronik hastalık bakımını değerlendirme puan ortalamaları arasındaki dağılımları verilmiştir. Tabloya göre kontrol için hastaneye başvurma sıklığı ve kronik bakımı değerlendirme durumları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Rutin olarak 3 ayda bir kez kontrole giden hastaların kronik bakımı değerlendirme ölçeği genel puan ortalaması  $3.04\pm0.60$  iken yalnızca rahatsızlandığında hastaneye başvuran hastaların puan ortalaması  $2.03\pm0.49$ 'dur.

Tablo 4.18'de hastaların hastalıkla ilgili eğitim alma ve daha fazla eğitim alma isteğine göre kronik hastalık bakımını değerlendirme puan ortalamalarının dağılımları görülmektedir. Buna göre hastalık hakkında bilgi alma, daha fazla eğitim almayı isteme durumları ile kronik bakımı değerlendirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Hastalığı hakkında eğitim almış olan hastaların kronik bakımı değerlendirme ölçeği genel puan ortalaması  $2.47\pm0.71$  iken hastalığı ile ilgili bu güne kadar herhangi bir bilgi almayan hastaların genel ölçek puan ortalaması  $1.82\pm0.59$ 'dur. Yine hastalıkla ilgili daha fazla eğitim almak isteyenlerin kronik bakımı değerlendirme ölçeği genel puan ortalaması  $2.77\pm0.65$ , eğitim almayı istemeyen hastaların genel ölçek puan ortalaması  $2.05\pm0.57$ 'dir.





Tablo 4.19'da hastaların hastalıkla ilgili bilgi düzeyleri ile kronik hastalık bakımını değerlendirme puan ortalamaları arasındaki dağılımları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, hastalıkla ilgili bilgi sahibi olma ile kronik bakımı değerlendirme ölçeğinin tüm alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Tablo 4.20'de hastaların hastalığını kendi kendine yönetebilme durumları ve subjektif sağlık algıları ile kronik hastalık bakımını değerlendirme puan ortalamaları arasındaki dağılımları görülmektedir. Yapılan analiz sonucu hastalığı yönetebilme ile kronik bakımı değerlendirme durumları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Hastalığını kendi kendine yönetebilen hastaların kronik hastalık bakımı genel ölçek puan ortalaması  $2.74\pm 0.69$  iken kendi kendine hastalığını yönetemeyen hastaların genel ölçek puan ortalaması  $2.07\pm 0.54$ 'dür.

Yine hastaların subjektif sağlık algıları ile kronik bakımı değerlendirme durumları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Subjektif sağlık algısı iyi düzeyde olan hastaların kronik bakımı değerlendirme ölçeği genel puan ortalaması  $3.15\pm 0.60$ , orta düzeyde olan hastaların puan ortalaması  $2.55\pm 0.54$  ve kötü düzeyde olanların ise puan ortalaması  $1.90\pm 0.48$ 'dir.



**Tablo 4.21.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

	<b>Bedensel</b>	<b>Ruhsal</b>	<b>Sosyal</b>	<b>Çevre</b>
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	11.91±2.42	13.08±2.79	13.77±3.88	11.86±3.23
Erkek	12.37±2.10	13.49±2.43	14.43±3.90	12.71±3.39
<b>Test Değeri</b>	<b>U=10720.5</b>	<b>U=11244.5</b>	<b>U=11083.0</b>	<b>U=10649.0</b>
	<b>p=0.04</b>	<b>p=0.16</b>	<b>p=0.10</b>	<b>p=0.03</b>
<b>Yaş Grupları</b>				
30-39	15.20±0.97	17.73±0.34	19.46±1.12	18.30±0.91
40-49	13.94±1.65	15.24±2.36	16.42±3.98	14.84±3.42
50-59	12.92±2.21	13.72±2.53	15.14±3.15	12.73±2.52
60-69	12.00±1.61	13.31±1.96	14.53±3.17	12.51±2.56
70 ve üzeri	9.64±1.02	10.79±1.47	9.86±1.93	8.82±1.77
<b>Test Değeri</b>	<b>KW=148.77</b>	<b>KW=120.66</b>	<b>KW=135.04</b>	<b>KW=138.89</b>
	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>
<b>Medeni durum</b>				
Evlî	12.60±2.09	13.90±2.55	15.23±3.56	13.11±3.16
Bekâr	14.74±2.10	14.00±3.29	12.80±3.72	13.40±4.28
Boşanmış-Dul	10.41±1.90	11.39±1.81	10.94±2.98	9.66±2.13
<b>Test Değeri</b>	<b>KW=69.58</b>	<b>KW=55.92</b>	<b>KW=75.50</b>	<b>KW=67.94</b>
	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>
<b>Eğitim durumu</b>				
Okuryazar değil	9.42±0.68	11.00±1.06	10.33±1.55	8.75±0.88
Okuryazar	9.92±1.68	11.33±2.15	10.82±3.05	9.38±2.56
İlkokul	11.94±1.88	12.69±2.28	12.91±3.54	11.70±2.83
Ortaokul	11.96±2.05	12.75±2.27	14.07±3.38	11.76±2.61
Lise	13.41±1.71	15.21±1.69	16.54±3.04	14.23±2.66
Üniversite	14.99±1.53	16.32±2.62	18.08±3.08	17.14±1.88
<b>Test Değeri</b>	<b>KW=117.35</b>	<b>KW=107.15</b>	<b>KW=103.59</b>	<b>KW=121.97</b>
	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	13.59±1.79	15.31±1.91	16.64±3.19	14.34±2.94
Çalışmıyor	11.23±2.11	12.05±2.24	12.53±3.45	10.98±2.88
<b>Test Değeri</b>	<b>U=4662.50</b>	<b>U=3423.50</b>	<b>U=4666.50</b>	<b>U=4949.50</b>
	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>
<b>Gelir durumu</b>				
Gelir giderden az	10.38±1.67	11.55±1.86	11.16±2.94	9.61±2.21
Gelir gidere eşit	12.50±2.17	13.61±2.61	14.76±3.70	12.69±2.97
Gelir giderden fazla	14.17±1.52	15.61±1.89	17.24±2.68	16.29±2.52
<b>Test Değeri</b>	<b>KW=80.24</b>	<b>KW=63.05</b>	<b>KW=77.56</b>	<b>KW=95.20</b>
	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>

Tablo 4.21'de hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi hastaların cinsiyetleri ile yaşam kalitesinin sadece bedensel ve çevre alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ). Erkeklerin bedensel ve çevre alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, ölçeğin bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel alanla ilgili yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. 30-39 yaş grubundaki hastaların bedensel sağlığı puan ortalaması  $15.20\pm 0.97$ , ruhsal sağlığı alt boyutu puan ortalaması  $17.73\pm 0.34$ , sosyal sağlığı puan ortalaması  $19.46\pm 1.12$  ve çevre sağlığı alt boyutu puan ortalaması  $18.30\pm 0.91$ 'dir. 70 yaş ve üzeri hastaların ise, beden sağlığı puan ortalaması  $9.64\pm 1.02$ , ruhsal sağlığı alt boyutu puan ortalaması  $10.79\pm 1.47$ , sosyal sağlığı puan ortalaması  $9.86\pm 1.93$  ve çevre sağlığı alt boyutu puan ortalaması ise  $8.82\pm 1.77$ 'dir. Çalışmamıza katılan hastaların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, hastaların medeni durumları ve yaşam kalitesinin tüm alanlarına ilişkin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.01$ ). Evli ve bekâr hastaların ölçeğin tüm alt alanlarına ilişkin puan ortalamaları dul ve boşanmış hastaların puan ortalamalarından yüksektir.

Hastaların eğitim durumları ile yaşam kalitesi durumlarına bakıldığında, eğitim durumu ile yaşam kalitesinin tüm alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.01$ ). Okuryazar olmayan hastaların yaşam kalitesine ilişkin bedensel sağlığı puan ortalaması  $9.42\pm 0.68$  iken, üniversite mezunu olan hastaların puan ortalaması  $14.99\pm 1.53$ 'dür. Yine okuryazar olmayan hastaların ruhsal sağlığı puan ortalaması  $11.00\pm 1.06$  iken, üniversite mezunu olan hastaların ruhsal sağlığı puan ortalaması  $16.32\pm 2.62$ 'dir.

Hastaların çalışma durumlarına göre yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında, tabloda görüldüğü gibi, çalışma durumu ile yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.01$ ). Çalışan hastaların benden sağlığı, ruhsal sağlığı, sosyal sağlığı ve çevre sağlığı alanlarına ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamaları çalışmayan hastaların puan ortalamalarına göre daha yüksektir ( $p<0.01$ ).

Yine hastaların gelir durumu ve yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Geliri giderinden az olan hastaların beden sağlığı alt boyutu puan ortalaması  $10.38\pm1.67$  iken, geliri giderinden fazla olan hastaların puan ortalaması  $14.17\pm1.52$  olduğu saptanmıştır. Yine geliri giderinden az olan hastaların ruhsal sağlığı alt boyutu puan ortalaması  $11.55\pm1.86$  iken, geliri giderinden fazla olan hastaların puan ortalaması  $15.61\pm1.89$ 'dur.

**Tablo 4.22.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Bilgilerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

	<b>Bedensel</b>	<b>Ruhsal</b>	<b>Sosyal</b>	<b>Çevre</b>
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
<b>Birinci Derece Yakınlarda Diyabet Varlığı</b>				
Evet	11.99±2.33	13.15±2.60	13.60±3.76	12.04±3.35
Hayır	12.52±2.14	13.64±2.77	15.58±3.97	12.87±3.15
<b>Test Değeri</b>	<b>U=7690.0</b>	<b>U=7940.0</b>	<b>U=6400.0</b>	<b>U=7499.0</b>
	<b>p=0.05</b>	<b>p=0.12</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.03</b>
<b>Hastalık Süresi</b>				
1 yıldan az	13.94±1.50	16.05±1.73	17.92±2.43	15.86±2.74
1-5 yıl	12.87±1.97	14.03±2.48	15.58±3.41	13.05±2.97
6-10 yıl	11.62±2.07	12.60±2.16	13.14±3.14	11.56±2.48
11 yıl ve üzeri	10.12±2.04	10.97±1.78	9.87±2.11	9.38±2.84
<b>Test Değeri</b>	<b>KW=94.28</b>	<b>KW=100.41</b>	<b>KW=131.52</b>	<b>KW=97.28</b>
	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>
<b>Tedavi Şekli</b>				
-OAD ilaç tedavisi	13.38±2.13	14.73±3.04	16.21±3.77	14.13±3.25
-İnsülin	11.52±2.29	12.44±2.46	12.96±3.84	11.17±3.14
-Daha Önce OAD İlaç iken Şimdi İnsülin	11.89±2.15	13.11±2.20	13.96±3.30	11.94±2.55
-Egzersiz ve Diyet	14.28±1.02	17.11±0.91	16.88±1.82	15.66±1.36
-Egzersiz, Diyet ve OAD	13.41±1.57	15.00±1.91	16.33±3.52	14.87±3.03
-OAD İlaç ve İnsülin	14.85±0.00	16.00±0.00	18.66±0.00	16.50±0.00
<b>Test Değeri</b>	<b>KW= 49.40</b>	<b>KW= 57.65</b>	<b>KW= 42.70</b>	<b>KW=59.07</b>
	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>
<b>İlaçların Düzenli Kullanımı</b>				
Evet	12.46±2.21	13.67±2.54	14.58±3.75	12.75±3.24
Hayır	9.93±1.49	10.74±1.70	10.81±3.16	9.03±1.63
<b>Test Değeri</b>	<b>U=2063.0</b>	<b>U=2135.0</b>	<b>U=2673.0</b>	<b>U=2032.0</b>
	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>

**Tablo 4.22.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Bilgilerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları (Devamı)

	<b>Bedensel</b>	<b>Ruhsal</b>	<b>Sosyal</b>	<b>Çevre</b>
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
<b>Tedaviye Uyum</b>				
İyi	13.31±1.83	14.81±2.45	16.34±3.28	14.23±3.03
Orta	11.63±2.24	12.73±2.23	13.29±3.53	11.42±2.85
Kötü	10.69±2.08	11.24±1.98	11.06±3.10	9.92±2.56
<b>Test Değeri</b>	<b>KW=69.75</b>	<b>KW=84.48</b>	<b>KW=83.43</b>	<b>KW=84.02</b>
	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>
<b>Ek Hastalık Durumu</b>				
Evet	11.73±2.23	12.73±2.45	13.42±3.75	11.58±3.08
Hayır	13.90±1.63	15.73±2.03	17.07±3.10	15.28±2.65
<b>Test Değeri</b>	<b>U=3284.5</b>	<b>U=2531.0</b>	<b>U=3431.5</b>	<b>U=2727.0</b>
	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>

Tablo 4.22'de hastaların hastalık bilgilerine göre yaşam kalitesi arasındaki ilişki verilmiştir. Hastaların birinci dereceden yakınlarında hastalığın varlığına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, bedensel ve ruhsal alt alan puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ( $p < 0.05$ ) sosyal ve çevre sağlığı alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

Çalışmamızda hastalığın süresi, hastalığın tedavi tipi, ilaçların düzenli kullanımı, hastanın tedaviye uyum düzeyi ve ek hastalık durumları ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p < 0.05$ ). Bir yıldan daha az sürede hastalık tanısı alan hastaların bedensel alt boyutu puan ortalaması  $13.94 \pm 1.50$ , ruhsal alt boyutu puan ortalaması  $16.05 \pm 1.73$ , sosyal sağlığı puan ortalaması  $17.92 \pm 2.43$ , sosyal alt boyuta ilişkin puan ortalaması  $15.86 \pm 2.74$ 'tür. Diyabet süresi 11 yıl ve üzerinde olan hastaların ise, bedensel alt boyutu puan ortalaması  $10.12 \pm 2.04$ , ruhsal alt boyutu puan ortalaması  $10.97 \pm 1.78$ , sosyal alt boyutu puan ortalaması  $9.87 \pm 2.11$ , sosyal alt boyutu puan ortalaması ise,  $9.38 \pm 2.84$ 'tür. Diyabet süresi uzadıkça hastaların bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alanla ilgili yaşam kalitesi puan ortalamaları azalmaktadır.

Yine hastalığın tedavi tipi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.01$ ). Egzersiz ve diyet tedavisi uygulayan hastaların bedensel ( $14.28 \pm 1.02$ ), ruhsal ( $17.11 \pm 0.91$ ), sosyal ( $16.88 \pm 1.82$ ), çevresel ( $15.66 \pm 1.36$ ) alanla ilgili yaşam kalitesi puan ortalamaları yalnızca insülin tedavisi kullanan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarına göre daha yüksektir.

Araştırmamızda, ilaçlarını düzenli kullanma durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.01$ ). Her gün ilaçlarını düzenli kullanan hastaların düzenli ilaç kullanmayan hastalara göre yaşam kalitesinin tüm alanlarında puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların önerilen tedaviye uyum düzeyleri ile yaşam kalitesinin tüm alt alanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.01$ ). Tabloda görüldüğü gibi tedaviye uyum düzeyi iyi düzeyde olan hastaların bedensel alanla ilgili yaşam kalitesi puan ortalaması  $13.31 \pm 1.83$  iken tedaviye uyum düzeyi kötü olan hastaların puan ortalamasının  $10.69 \pm 2.08$  olduğu saptanmıştır. Yine tedaviye uyum düzeyi iyi olan hastaların ruhsal sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi puan ortalaması  $14.81 \pm 2.45$  iken, tedaviye uyum düzeyi kötü olan hastaların puan ortalaması  $11.24 \pm 1.98$ 'dir.

Ayrıca diyabetin dışında başka bir kronik hastalık varlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde yaşam kalitesinin tüm alt alanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.01$ ). Diyabet dışında başka bir kronik hastalığı olan hastaların, hastalığı olmayanlara göre yaşam kalitesinin bedensel ( $11.73 \pm 2.23$ ) ruhsal ( $12.73 \pm 2.45$ ), sosyal ( $13.42 \pm 3.75$ ) ve çevresel ( $11.58 \pm 3.08$ ) alan ile ilgili puan ortalamalarının hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.23.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kan Şekeri Ölçme Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

	<b>Bedensel</b>	<b>Ruhsal</b>	<b>Sosyal</b>	<b>Çevre</b>
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
<b>Kendi Kan Şekerini Ölçebilme Durumu</b>				
Evet	12.74 $\pm$ 2.07	13.87 $\pm$ 2.52	15.11 $\pm$ 3.47	13.11 $\pm$ 3.03
Hayır	9.87 $\pm$ 1.53	11.14 $\pm$ 1.84	10.36 $\pm$ 2.97	9.15 $\pm$ 2.34
<b>Test değeri</b>	<b>U=2256.5</b>	<b>U=3458.5</b>	<b>U=2366.0</b>	<b>U=2336.0</b>
	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>
<b>Kan Şekeri Ölçme Sıklığı</b>				
Her gün	12.27 $\pm$ 2.29	13.42 $\pm$ 2.49	14.35 $\pm$ 3.68	12.27 $\pm$ 3.08
Haftada 2-3 kez	12.40 $\pm$ 2.00	13.60 $\pm$ 2.75	14.42 $\pm$ 3.73	13.09 $\pm$ 3.34
Düzensiz	11.20 $\pm$ 2.42	12.33 $\pm$ 2.91	12.56 $\pm$ 4.55	11.23 $\pm$ 3.94
<b>Test değeri</b>	<b>KW=10.58</b>	<b>KW=8.64</b>	<b>KW=10.72</b>	<b>KW=10.28</b>
	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.01</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>

Tablo 4.23'te hastaların kan şekerini ölçebilme durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki dağılımları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, hastaların kan şekerini kendisi ölçebilen hastaların bedensel ( $12.74 \pm 2.07$ ), ruhsal ( $13.87 \pm 2.52$ ), sosyal ( $15.11 \pm 3.47$ ) ve çevresel ( $13.11 \pm 3.03$ ) alanla ilgili yaşam kalitesi puan ortalamaları kan şekerini ölçemeyen hastalara göre daha yüksektir ( $p < 0.01$ ).

Yine, kan şekeri ölçüm sıklığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, kan şekeri ölçüm sıklığı ile yaşam kalitesinin tüm alanlarına ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.01$ ). Kan şekeri ölçümü düzensiz olan hastaların bedensel ( $11.20 \pm 2.42$ ), ruhsal ( $12.33 \pm 2.91$ ), sosyal ( $12.56 \pm 4.55$ ) ve çevresel ( $11.23 \pm 3.94$ ) alanla ilgili yaşam kalitesi puan ortalamaları kan şekerini her gün ve haftada iki üç kez ölçen hastalara göre daha düşüktür.



**Tablo 4.24.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Egzersiz Yapma ve Beslenmeye Uyum Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

	<b>Bedensel</b>	<b>Ruhsal</b>	<b>Sosyal</b>	<b>Çevre</b>
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
<b>Egzersiz Yapma Durumu</b>				
Evet	13.03±1.95	14.33±2.36	15.64±3.37	13.59±2.91
Hayır	10.77±2.09	11.71±2.23	11.76±3.45	10.26±2.88
<b>Test değeri</b>	<b>U= 5049.5</b>	<b>U=5138.5</b>	<b>U=4976.0</b>	<b>U=4903.5</b>
	<b>p=0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>
<b>Egzersiz Sıklığı</b>				
Her gün	13.32±1.88	15.45±2.37	16.33±3.63	14.30±2.87
Haftada 1-2 kez	13.49±1.59	14.50±2.07	16.44±3.47	14.20±3.05
Düzensiz	12.55±2.12	13.62±2.33	14.71±2.93	12.79±2.64
<b>Test değeri</b>	<b>KW=11.28</b>	<b>KW=21.10</b>	<b>KW=14.20</b>	<b>KW=16.04</b>
	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>
<b>Beslenmeye Uyum</b>				
İyi	13.38±1.96	15.16±2.36	16.85±3.26	14.52±3.03
Orta	11.94±2.17	13.09±2.41	13.76±3.62	11.90±3.00
Kötü	10.92±2.34	11.22±1.94	11.22±3.12	10.20±3.02
<b>Test değeri</b>	<b>KW=44.16</b>	<b>KW=72.61</b>	<b>KW=68.06</b>	<b>KW=58.17</b>
	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>

Tablo 4.24'te hastaların egzersiz yapma durumları ile yaşam kalitesinin alt alanlarına ilişkin puan ortalamaları arasındaki dağılımları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, egzersiz yapma ile yaşam kalitesinin tüm alanlarına ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.01$ ). Egzersiz yapan hastaların bedensel (13.03±1.95), ruhsal (14.33±2.36), sosyal (15.64±3.37) ve çevresel (13.59±2.91) alanla ilgili yaşam kalitesi puan ortalamaları egzersiz yapmayan hastalara göre daha yüksektir. Egzersiz sıklığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde ise, düzensiz olarak egzersiz yapan hastaların bedensel (12.55±2.12) ruhsal (13.62±2.33), sosyal (14.71±2.93), çevresel (12.79±2.64) alanla ilgili yaşam kalitesi puan ortalamaları her gün egzersiz yapan hastaların puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırmamıza katılan hastaların beslenmeye uyum düzeyi ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında ise, yaşam kalitesinin tüm alanlarına ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Beslenmeye uyum düzeyi iyi olan hastaların bedensel ( $13.38\pm1.96$ ), ruhsal ( $15.16\pm2.36$ ), sosyal ( $16.85\pm3.26$ ) ve çevresel ( $14.52\pm3.03$ ) alanla ilgili yaşam kalitesi puan ortalamaları beslenmeye uyum düzeyi kötü olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarından daha yüksektir.

**Tablo 4.25.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalıklarını Kontrol İçin Hastaneye Başvurma Sıklığına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

	<b>Bedensel</b>	<b>Ruhsal</b>	<b>Sosyal</b>	<b>Çevre</b>
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
<b>Kontrol Sıklığı</b>				
Rahatsızlandığında	11.14±2.06	11.79±2.06	11.62±3.06	10.37±2.78
2 ayda 1 kez	9.48±1.18	9.06±1.38	11.20±3.34	11.40±3.26
3 ayda 1 kez	13.90±1.67	15.26±2.31	16.88±3.23	15.56±2.51
6 ayda 1 kez	12.48±2.11	13.73±2.42	15.00±3.45	12.41±2.75
Yılda 1 kez	9.95±1.20	11.26±1.36	10.50±2.24	9.33±2.00
<b>Test Değeri</b>	<b>KW=57.62</b>	<b>KW=65.27</b>	<b>KW=63.19</b>	<b>KW=81.18</b>
	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>

**Tablo 4.26.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Eğitimi Alma Durumları ve Daha Fazla Eğitim Alma İsteği Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

	<b>Bedensel</b>	<b>Ruhsal</b>	<b>Sosyal</b>	<b>Çevre</b>
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
<b>Eğitim Alma Durumu</b>				
Evet	12.142.29	13.312.62	14.133.87	12.303.30
Hayır	10.382.05	11.002.88	10.223.83	9.003.27
<b>Test Değeri</b>	<b>U=551.0</b>	<b>U=518.5</b>	<b>U=443.0</b>	<b>U=415.5</b>
	<b>p=0.08</b>	<b>p=0.06</b>	<b>p=0.02</b>	<b>p=0.02</b>
<b>Daha Fazla Eğitim İsteği</b>				
Evet	13.02±1.84	14.57±2.35	16.03±3.27	13.87±2.88
Hayır	10.94±1.29	11.59±1.97	11.54±3.11	10.14±2.60
<b>Test Değeri</b>	<b>U=5465.5</b>	<b>U=4222.5</b>	<b>U=4097.5</b>	<b>U=4162.0</b>
	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>

Tablo 4.25'te hastaların hastalıklarını kontrol ettirmek için hastaneye başvurma sıklıkları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki dağılımları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi kontrol için hastaneye başvurma sıklığı ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Rutin olarak 3 ayda bir kez kontrole giden hastaların bedensel yaşam kalitesi puan ortalaması  $13.90\pm 1.67$ , ruhsal yaşam kalitesi puan ortalaması  $11.79\pm 2.06$ , sosyal yaşam kalitesi puan ortalaması  $16.88\pm 3.23$  ve çevresel yaşam kalitesi puan ortalaması  $15.56\pm 2.51$  iken, yalnızca rahatsızlandığında hastaneye başvuran hastaların bedensel yaşam kalitesi puan ortalaması  $11.14\pm 2.06$ , ruhsal yaşam kalitesi puan ortalaması  $11.79\pm 2.06$ , sosyal yaşam kalitesi puan ortalaması  $11.62\pm 3.06$  ve çevresel yaşam kalitesi puan ortalaması  $10.37\pm 2.78$ 'dir.

Tablo 4.26'da hastaların hastalıkla ilgili eğitim alma durumları ve daha fazla eğitim alma isteği olma durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımları görülmektedir. Buna göre hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu ile yalnızca sosyal ve çevresel alanla ilgili yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu, bedensel ve ruhsal alana ilişkin puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Hastalık hakkında daha fazla eğitim almayı isteyenlerin eğitim almak istemeyenlere göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.01$ ). Hastalığı hakkında daha fazla eğitim almak isteyen hastaların bedensel ( $13.02\pm 1.84$ ), ruhsal ( $14.57\pm 2.35$ ), sosyal ( $16.03\pm 3.27$ ) ve çevresel ( $13.87\pm 2.88$ ) alanla ilgili yaşam kalitesi puan ortalamaları hastalığa ilişkin eğitim almak istemeyenlere göre daha yüksektir.

**Tablo 4.27.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

	<b>Bedensel</b>	<b>Ruhsal</b>	<b>Sosyal</b>	<b>Çevre</b>
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
<b>Diyabet tedavi edilebilir mi?</b>				
Evet	13.79±1.96	15.32±2.54	16.75±3.51	15.42±3.04
Hayır	11.64±2.16	12.52±2.40	13.25±3.84	11.36±3.05
Kararsızım	11.72±2.23	12.97±2.33	13.67±3.29	11.60±2.67
Diğer	13.09±2.15	15.66±1.95	15.00±4.65	13.33±2.92
<b>Test Değeri</b>	<b>KW=42.80</b>	<b>KW=58.10</b>	<b>KW=34.57</b>	<b>KW=63.59</b>
	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>

**Tablo 4.28.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kendi Hastalık Yönetimi Algısı ve Sağlık Durumları Algısına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

	<b>Bedensel</b>	<b>Ruhsal</b>	<b>Sosyal</b>	<b>Çevre</b>
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
<b>Kendi Kendine Hastalığını Yönetebilme Durumu</b>				
Evet	12.84±2.08	14.30±2.50	15.63±3.55	13.69±3.08
Hayır	11.12±2.21	11.85±2.12	11.92±3.28	10.25±2.53
<b>Test Değeri</b>	<b>U=6844.0</b>	<b>U=5291.0</b>	<b>U=5476.5</b>	<b>U=4875.0</b>
	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>	<b>p= 0.00</b>
<b>Algılanan Sağlık Durumu</b>				
İyi	14.05±1.40	16.12±1.56	17.70±2.55	15.46±2.26
Orta	12.61±1.71	13.83±1.79	15.10±3.01	12.91±2.56
Kötü	10.31±2.04	10.81±1.63	10.31±2.04	9.42±2.23
<b>Test Değeri</b>	<b>KW=139.04</b>	<b>KW=189.03</b>	<b>KW=164.96</b>	<b>KW=160.42</b>
	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>	<b>p=0.00</b>

Tablo 27'de hastaların hastalığın tedavi edilebildiğini düşünme durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki dağılımları görülmektedir. Görüldüğü gibi hastalığın tedavi edilebileceğini düşünen hastaların bedensel ( $13.79 \pm 1.96$ ) ruhsal ( $15.32 \pm 2.54$ ), sosyal ( $16.75 \pm 3.51$ ), ve çevresel ( $15.42 \pm 3.04$ ) alanla ilgili yaşam kalitesi puan ortalamalarının hastalığın tedavi edilemediğini düşünen hastalara göre daha yüksektir. Yapılan analiz sonucunda hastaların tedavi edilebildiğini düşünme durumları ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.01$ ).

Tablo 4.28'de hastaların hastalığını kendi kendine yönetebilme durumları ve subjektif sağlık algıları ile yaşam kaliteleri arasındaki dağılımları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, hastalığını kendisi yönetebilen hastaların yaşam kalitesi alt alanlara ilişkin puan ortalamalarının hastalığını kendisi yönetemeyen hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.01$ ).

Yine hastaların algılanan sağlık durumları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.01$ ), subjektif sağlığı iyi olan hastaların yaşam kalitesinin tüm alt alan puan ortalamalarının subjektif sağlığı kötü olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Algılanan sağlığı iyi düzeyde olan hastaların bedensel alan yaşam kalitesi puan ortalaması  $14.05 \pm 1.40$ , ruhsal alan yaşam kalitesi puan ortalaması  $16.12 \pm 1.56$ , sosyal alan yaşam kalitesi puan ortalaması  $17.70 \pm 2.55$  ve çevresel alan yaşam kalitesi puan ortalamasının  $15.46 \pm 2.26$ 'dir.

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, tip 2 diyabetli hastaların aldıkları kronik hastalık bakımına ilişkin değerlendirme durumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonuçları, hastaların kısaca sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri, kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları, yaşam kaliteleri ve aralarındaki ilişki, literatür bilgisi doğrultusunda tartişılmıştır.

### 5.1. Hastaların Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasını kadınlar oluşturmuştur. Hastaların %30.9'u 50-59 yaş aralığındadır. Bu sonuç tip 2 diyabetin görölme yaşının genellikle 40 yaş ve üzerinde olduğunu doğrular niteliktedir. Medeni durumlarına göre incelendiğinde ise çoğunluğunun (%71.3) evli olduğu ve %32.8'inin de eğitim durumunun ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır.

Yine hastaların büyük çoğunluğunda birinci dereceden yakınlarında (%76.7) diyabet hastası mevcuttur. Diyabetli bir ailenin çocuğunda diyabet olma olasılığı %75 'e kadar yükselebilmektedir (Sencer 2001). Bu durum hastalıkta ailesel faktörlü bir geçiş olduğunu açıklamaktadır.

Hastaların %41.6'sı 1-5 yıldır bu hastalığa sahip iken, %18.6'sı 11 yıldan daha fazla süredir diyabet hastasıdır. Hastaların büyük çoğunluğu sadece OAD ilaç tedavisi kullanmaktadır. Bu araştırmada hastaların sadece %39.1'inin tedaviye uyum düzeylerinin iyi olduğu, %82.3'ünün diyabetin dışında başka bir kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. Diyabetli bireyin öz bakımla ilgili önerilen tedavilerde uyumsuzluk yaşaması, hipoglisemi gibi komplikasyonlar ile yaşam kalitesinde bozulma görülebilir (Munshi vd 2013). Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun kan şekerini kendisinin ölçebilmesi (%77.9) ve çoğunluğunun her gün düzenli olarak (%65.3) kan şekerini ölçüyor olması sevindiricidir.

Hastaların egzersiz yapma durumu incelendiğinde ise %59.3'ünün egzersiz yaptığı, egzersiz yapan hastaların sadece %13.9'unun her gün düzenli olarak egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Hastaların düzenli olarak egzersiz yapmaları hem kendi sağlığına verdiği önemi hem de diyabetin önerilen bakım ve tedavisi ile uyum içinde olduğunu göstermektedir. Düzenli fiziksel egzersiz diyabetin kontrol altına alınmasında komplikasyonların önlenmesinde, metabolik kontrolün sağlanmasında son derece önemlidir (Kim 2007). Bu bilgiler doğrultusunda düzenli olarak egzersiz yapan hastaların oranının oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda, hastaların %44.6'sının genellikle 6 ayda bir kontrole gittiği, büyük çoğunluğunun hastalığı ile ilgili daha önceden bilgi aldığı, yarıdan fazlasının hastalığın tedavisi olmadığını düşündüğü, yarıya yakınının (%42.3) ise hastalığını kendi kendine yönetemediği ve yaklaşık yarıya yakınının sübjektif sağlık algısının kötü olduğu belirlenmiştir. Diyabetin komplikasyonların önlenmesi için bireyin kendisini izlemesi ve hastalığını kendi kendine yönetebilmesi gerekmektedir. Ancak hastalar kendi kendine izlemde bir takım engellerle karşılaşabilmektedirler. Hastaların kendilerini izlemelerinde karşılaştıkları engeller hastalık yönetimlerini aksatmaktadır (Boussageon vd 2014). Araştırmamızda hastalığını kendi kendine yönetemediğini belirten hasta sayımızın azımsanmayacak oranda olduğu görülmektedir.

## **5.2. Hastaların Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumlarına İlişkin Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

Kronik Hastalık Bakım Modelinin diyabette sağlığın geliştirilmesinde yol gösterici olduğu belirtilmektedir. Kronik Hastalık Bakım Modeli diyabetli birey ile sağlık profesyonelleri arasında güçlü bir işbirliği ve etkileşime dayalıdır (ADA 2018). Kronik hastalık bakım modeli, verilen sağlık hizmetinin hasta perspektifinden değerlendirilmesine olanak sağlar. Hasta gözüyle kronik hastalık bakımın değerlendirilmesi, bakımı geliştirmede anahtar rol oynar. Bu nedenle bu araştırmada, öncelikle hastaların kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, hastaların kronik bakıma ilişkin amaç belirleme, izlem /koordinasyon ve problem çözmeye yönelik memnuniyet düzeylerinin düşük, tedavide hasta katılımını ve karar vermeyi sağlamaya yönelik hizmete ilişkin memnuniyet düzeyleri ise orta düzeydedir. Bu araştırma ile hastaların genel kronik hastalık bakımını değerlendirme puan ortalamalarının  $2.45 \pm 0.71$  olduğu belirlenmiştir. Bu puan ortalaması hastaların kronik hastalık bakımına ilişkin aldıkları hizmetten



memnuniyetlerinin düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Literatürde, ülkemizde ve yurtdışında konu ile ilgili daha önce yapılan benzer diğer çalışmalar incelendiğinde, hastalığa ilişkin aldıkları hizmetten memnuniyet durumlarının düşük ve orta düzeyde olduğu ve kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği ortalama puanının 2,44-3,17 arasında değiştiği görülmüştür (Schmittiel vd 2008, Aragones vd 2008, Ludt vd 2012, Cramm ve Nieboer 2012, Apaydın Kaya vd 2013, Demir Doğan vd 2019, Yılmaz Karabulutlu vd 2014, Glasgow vd 2005). Araştırma bulgumuz daha önceki yapılan çalışma bulguları ile karşılaştırıldığında benzerlik göstermekte ve literatür bilgisini desteklemektedir. Bu çalışmanın bulgusu da dâhil yapılan çalışmalar, hastaların kronik bakıma ilişkin aldıkları hizmetten memnuniyet düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir.

Oysaki yüksek kalitede kronik hastalık bakımı, bireyin uygun öz yönetim davranışlarını geliştirmede önemli rol oynamaktadır. Diyabetli hastalarda kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu ile artmış egzersiz arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Glasgow vd 2005). Yapılan bir araştırmada, kronik hastalık bakımından memnuniyet düzeyi arttıkça bireyin uygun öz yönetim davranışının arttığı ve glikoz kontrolün iyileştiği belirtilmektedir. Ayrıca diyabetin tedavisi ve izlemi için toplum sağlığı merkezlerini (birinci basamak sağlık hizmeti) kullanma sıklığını arttırdığı belirtilmektedir. Hastalar aldıkları bakımdan ne kadar memnun olurlarsa özellikle toplum sağlığı merkezlerine ne kadar fazla güvenirlerse (birinci basamak sağlık hizmeti) bu merkezleri kullanma olasılıkları da artacaktır. Bu da kronik hastalık bakım maliyetini azaltmada yardımcı olacaktır (Liu vd 2013). Tip 2 diyabetli hastalarda yapılan longitudinal bir araştırmada, aynı şekilde kronik hastalık bakımını değerlendirme puanı arttıkça hastaların öz yönetim desteği puanlarının da arttığı saptanmıştır (Aung vd 2016). Çalışma bulgularından anlaşıldığı gibi kronik hastalığın öz yönetiminde, hastalığın önlenmesinde ve kontrol altına alınmasında, entegre, proaktif ve hasta merkezli olan kronik hastalık bakımı son derece önem taşımaktadır. Kronik bakım modeli, diyabet gibi kronik hastalıklarda bakıma ve hastalığın yönetimine ilişkin sistematik bir çözüm yolu sunarak bakımın kalitesini arttırabilir (Wagner vd 2001, Glasgow vd 2005, Baptista vd 2016). Bu nedenle öncelikle diyabet dahil olmak üzere diğer tüm kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalığa ilişkin aldıkları bakımdan memnuniyet düzeyleri ve memnuniyeti etkileyen faktörlerin araştırılması gerekmektedir.

Literatürde parçalı bir sağlık bakım hizmeti sunumu, yeterli klinik bilgi ve beceriye sahip olmayan sağlık profesyonellerinin hizmet sunması gibi bir takım nedenlerin kronik hastalık bakımına ilişkin memnuniyet düzeyini etkileyebileceği

belirtilmektedir (ADA 2018) Belirtildiği gibi bu nedenler araştırmamıza dahil olan hastaların kronik hastalık bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerini etkilemiş olabilir.

### 5.3. Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Günümüzde gittikçe artan sayıda insan yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik hastalıklarla yaşamak zorunda kalmaktadır. Genel olarak, kronik hastalıkların tedavisi uzun süre gerektirir. Kronik hastalıkların çoğunluğu, hastaların kapasitelerini sınırlandırarak, fonksiyonel durumu, üretkenliği, genel sağlık durumunu olumsuz etkiler (Megari 2013).

Günümüzde kronik hastalığı olan kişilerin sayısı arttıkça yaşam kalitesinin iyileştirilmesi çalışmaları önem kazanmaktadır (Megari 2013). Yaşam kalitesi, diyabetlilerde hastalığın gidişinin önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle kronik hastalık tedavisinin temel amaçlarından biri bireyin yaşam kalitesini arttırmaktır (Tütün Yümin vd, 2017). Bir hastalığın etkisini ve tıbbi müdahalelerin etkilerini değerlendirmek için yaşam kalitesi çalışmaları kullanılmaktadır (Megari 2013). Kronik hastalıklarda tedavi planı oluşturulurken kronik hastalıkların birey üzerindeki etkilerinin yanı sıra yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin de değerlendirilmesi vurgulanmakta ve hastalığın tedavisinin yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik girişimleri de içermesi önerilmektedir (Uçan ve Ovayolu 2010).

Bu çalışmada hastaların yaşam kalitesi alanlarına ilişkin puan ortalamaları incelenmiş ve analiz sonucunda hastaların bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre sağlığı alanına ilişki yaşam kalitesi puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre hastaların genel olarak yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi, hastalığın getirdiği bir takım semptom ve komplikasyonlar sonucunda bozulabilmektedir (Karakoç ve Taşkın 2014). Yapılan çalışmalarda, kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu belirtilmektedir (Karyani vd 2016, Shiroiwa vd, 2016). Literatürde çeşitli kronik hastalıklarla yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Örneğin, kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada, özellikle psikososyal faktörlerin (bozulmuş partner ilişkisi, cinsel işlevsellik, beden imgesi bozulması vb) yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (Hewitt vd 2003). Yine diyabetin yaşam kalitesini etkilediği, özellikle komplikasyon oluşumunun yaşam kalitesini kötüleştirdiği belirtilmektedir (Pouwer ve Hermanns 2009). Diyabetli hastalarda yaşam kalitesinin incelendiği diğer bir araştırmada, hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puanlarının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Prasanna Kumar vd

2018). Yine kalp yetmezliği olan hastalarda hastaların fiziksel işlevlerinin değil, sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin tüm alt boyutlarının olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Fukuota vd 2007). Çalışma bulgumuz ve yapılan çalışmaların bulguları, kronik hastalıkların bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Araştırmanın bulgusu diğer araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

#### **5.4. Hastaların Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumu İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Çalışmamıza dahil olan hastaların kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, yapılan korelasyon analizi sonucunda kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, bireylerin aldıkları kronik hastalık bakımından memnuniyet durumları arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında ve genel yaşam kalitesi skorunda artma olduğunu göstermekle birlikte kronik bakıma ilişkin memnuniyet düzeyinin yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir. Araştırma bulgumuz, bireylerin aldıkları kronik bakıma ilişkin memnuniyet durumları arttıkça, hastaların yaşam kalitesinin iyileşeceğini göstermektedir. Bu sonuç doğrultusunda, diyabetli bireylerin kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki vardır hipotezi kabul edilmiştir.

Literatür incelendiğinde, diyabetli hastalarda kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelen tanımlayıcı çalışmaya rastlanmamış ancak, diyabetlilerde kronik bakım modeli temelli müdahalenin yaşam kalitesi skorları üzerine etkilerini inceleyen bir araştırmaya rastlanmıştır. Bu araştırmada, kronik bakım modeli temelli müdahale sonrası yaşam kalitesinin tüm alt skorları incelenmiş, fiziksel problemler nedeniyle rol sınırlamasında, sosyal işlevsellik, duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlaması ve fiziksel bileşen özet puanı kontrol grubuna göre daha iyi bulunmuştur. Yapılan alışmada, Kronik bakım temelli girişimin tip 2 diyabet hastalarının bazı sağlık davranışlarını, klinik sonuçlarını ve yaşam kalitesini kısa vadede iyileştirmeye yardımcı olduğu saptanmıştır (Kong vd 2019). Yine kronik bakım modelinin diyabetli hastalarda klinik bakım sonuçlarının etkisinin incelendiği bir sistematik derlemede 12 çalışma incelenmiştir. Çalışmaların altısında, birinci basamakta kronik bakım modelinin tip 2 diyabet yönetiminde etkili olduğu sonucu varılmıştır ve aynı zamanda klinik sonuçlarda önemli gelişmeler olduğunu göstermiştir.

Diğer altı müdahale ve kontrol gruplu çalışmalarda ise, takip süresinin kısa ve az sayıda hastaların incelenmesi gibi kısıtlılıklar nedeniyle klinik sonuçlarla ilgili bir gelişme gözlenmemiştir (Baptista vd 2016)

Çalışma bulgumuz ve yapılan çalışmaların bulguları incelendiğinde bireylerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde yüksek kalitede kronik hastalık bakımının ne kadar önemli olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu çalışma, bireylerin kronik hastalık bakımından memnuniyetlerinin yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

### **5.5. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

Bu bölümde hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri ile kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tip 2 diyabetli hastaların cinsiyetleri ile kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, cinsiyet durumu ile kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır. Kronik hastalığı olan bireylerde yapılan bir çalışmada, hastaların cinsiyet durumlarının kronik hastalık bakımını değerlendirme durumunu etkilemediği belirlenmiştir (Demir Doğan vd 2019). Yine KOAH hastalarında yapılan bir çalışmada da benzer sonuçların elde edildiği, cinsiyetin kronik hastalık bakımını değerlendirme durumunu etkilemediği saptanmıştır (Üstünova ve Nahcivan 2015). Çalışmamızın bulgusu ülkemizde yapılan bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Hastaların yaş grupları ile kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları arasında ilişki incelendiğinde, 30-39 yaş grubundaki hastaların kronik hastalık bakımına ilişkin memnuniyet düzeyleri yüksek iken, 65 yaş ve üzerindeki hastaların bakımdan aldıkları memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan analiz sonucunda, yaş arttıkça hastaların bakımdan aldıkları memnuniyet düzeylerinin düştüğü görülmüştür. Bu konuda yapılmış benzer çalışmalar incelendiğinde, hastaların yaşı ile kronik hastalık bakımına ilişkin memnuniyet düzeyleri arasında farklı sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Ay ve Arpacı (2017), yaş ile genel kronik hastalık bakımını değerlendirme puanı arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır. Ancak bazı çalışmalarda yaş ile kronik hastalığa ilişkin bakımı değerlendirme durumu arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Örneğin Liu ve arkadaşları (2013) yaşın kronik hastalıklı bireylerin izlenmesinde, tedavisinde ve toplum sağlığı merkezlerinin kullanılmasında bağımsız bir etkiye sahip olduğunu saptamıştır. Aynı araştırmada yaş

ilerledikçe kronik hastalık bakımının olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Yine Rick ve arkadaşlarının çalışmasında yaşın ilerlemesi ile kronik hastalığa ilişkin bakımın memnuniyet düzeyinin düştüğü belirtilmiştir (Rick vd 2012). Karabulutlu ve arkadaşları yaş ile kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır (Yılmaz Karabulutlu vd 2014). Bu sonuç, yaşın ilerlemesi ile fonksiyonel yetersizliklerin artması hastaların hastalık yönetimine ve kendi bakımlarıyla ilgili kararlara katılımlarını olumsuz etkilemiş olabileceği ile açıklanabilir.

Çalışmamızda hastaların medeni durumları, eğitim düzeyleri, çalışma durumu ve gelir düzeyleri ile kronik hastalık bakımı değerlendirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda evli, eğitim düzeyi yüksek ve herhangi bir yerde çalışan hastaların kronik bakımdan memnuniyet düzeyleri daha yüksektir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, medeni durum, gelir durumu ve çalışma durumunun kronik hastalık bakımını değerlendirme durumunu etkilemediği (Demir Doğan vd 2019, Üstünova ve Nahcivan 2015, Yılmaz Karabulutlu vd 2015) ancak eğitim düzeyinin kronik bakımı değerlendirme durumunu etkilediği saptanmıştır (Rosemann vd 2008, Taggart vd 2011, Demir Doğan vd 2019, Üstünova ve Nahcivan 2015, Yılmaz Karabulutlu vd, 2015). Çalışmamızda bu çalışmalardan farklı olarak medeni durumun ve çalışma durumunun kronik hastalığa ilişkin alınan bakımdan memnuniyet düzeyini etkilediği saptanmıştır. Evli olan hastaların kronik bakımdan memnun olma durumları; eşlerinin ve çocuklarının hastaya iyi bir sosyal destek sistemi olması ile açıklanabilir. Yine çalışan hastaların sağlık bakım hizmetine erişiminin çalışmayanlara göre daha kolay olması, tedavi için önerilen ilaçları daha kolay temin edebilmesi, sonucu olumlu etkilemiş olabilir.

## **5.6. Hastaların Hastalığa İlişkin Bazı Özelliklere Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

Bu bölümde hastaların hastalığına ilişkin bazı özellikleri ile kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Araştırmamızda hastalık süresi bir yılın altında olan hastaların ölçek toplam puan ortalaması daha yüksek iken, 10 yıl ve üzerinde hastalığa sahip olan hastaların ölçek puan ortalamaları daha düşüktür. Hastaların hastalık süresi uzadıkça kronik

hastalık bakımına ilişkin memnuniyet düzeyinin düştüğü saptanmıştır. Taggart ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir çalışmada hastalığın süresi uzadıkça kronik hastalık bakımını değerlendirme puanının düştüğü belirlenmiştir. Hastalık süresinin uzaması ile hastalığın oluşturduğu semptomların ve sınırlılıkların daha fazla artması, tedavi için uygulanan invaziv girişimlere daha fazla maruz kalmış olması hastaların hastalığa ilişkin bakımdan aldıkları memnuniyet durumunu etkilemiş olabilir.

Bu araştırmada kronik hastalık bakımını değerlendirme durumlarını etkileyen bir diğer faktörde hastalığın tedavi tipidir. İnsülin tedavisi alan hastaların kronik bakımdan aldıkları memnuniyet düzeyleri tedavi tipi diyet ve egzersiz olan hastalara göre daha düşüktür. Literatürde tedavi tipi ile kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen benzer bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak, yapılan çalışmalarda tedavi tipinin hastaların hastalık yönetimine ilişkin öz yeterlilik durumunu ve hastaların iyilik hallerini etkilediği belirtilmektedir (Çallı, 2014).

Ayrıca ilaçlarını düzenli kullanan hastaların ilaçlarını düzenli kullanmayan hastalara göre aldıkları kronik bakımdan memnuniyet düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Yılmaz Karabulutlu ve arkadaşlarının çalışmasında da çalışmamızda olduğu gibi ilaçlarını düzenli olarak kullanan hastaların kronik bakıma ilişkin memnuniyet düzeyleri daha yüksektir (Yılmaz Karabulutlu 2015). Hastalığın tedavi ve yönetiminde en önemli unsur ilaçların doğru ve düzenli kullanılmasıdır. Yılmaz Karabulutlu ve arkadaşlarının da belirttiği gibi ilaçları düzenli kullanmanın hastalık uyumunun dolayısıyla bakımdan memnuniyetin bir göstergesi olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda tedaviye uyum düzeyi iyi olan hastaların uyum düzeyi kötü olan hastalara göre hastalığa ilişkin aldıkları bakımdan memnuniyet düzeylerinin daha iyi olduğu görülmüştür. Kronik hastalıkta bakımla ilgili, doktora zamanında ulaşamamak, yeterli iletişim kuramamak, hastanın hastaneyi kullanım sıklığının yeterince iyi olmaması, sağlık bakımı verenlerden memnun olunmaması ve bakımın kalitesinin düşük olması gibi nedenler hastanın tedavide uyumsuzluğunu artıran sebepler arasında gösterilebilir. Bu nedenle tedaviye uyum gösterenlerin kronik bakıma ilişkin memnuniyet düzeylerinin yüksek olması kaçınılmaz bir sonuçtur.

Ayrıca diyabetin dışında başka bir kronik hastalık varlığının kronik bakıma ilişkin memnuniyet düzeyini etkileyen bir diğer faktör olduğu saptanmıştır. Araştırmanın analizi sonucunda başka kronik hastalığı olanların başka kronik hastalığı olmayanlara göre aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Konu ile ilgili Dede ve arkadaşlarının araştırmasında başka bir kronik hastalık varlığının hastaların kronik bakımı değerlendirme durumlarını etkilemediği belirtilmiştir. Araştırma bulgumuz Dede ve arkadaşların araştırma sonucuna göre farklılık göstermiştir (Dede vd 2016).

Yine araştırmamızda, her gün düzenli olarak egzersiz yapanların, beslenmesine uyum gösterenlerin, kan şekeri ölümünü düzenli olarak yapanların, hastalığa ilişkin bilgisi olanların, hastalık tedavi edilebilir diye düşünenlerin, hastalığı kendi kendine ynetebilenlerin ve algılanan sağlığı iyi olanların kronik hastalığa ilişkin memnuniyet düzeylerinin daha iyi olduğu saptanmış ve bu değişkenlerin kronik hastalığa ilişkin bakımı değerlendirme durumunu etkilediği saptanmıştır. Bir çalışmada diyabetli hastalarda kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu ile artmış egzersiz arasındaki anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Kronik bakımdan memnun olan diyabetli hastanın egzersiz davranışının arttığı saptanmıştır (Glasgow vd 2005). Çalışmamızın bulgusu bu çalışmanın sonucunu desteklemektedir.

### **5.7. Hastaların Bazı Sosyo- Demografik zelliklerine Göre Yaşam Kalitesi leği Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

Diyabet yaşam kalitesini bozan kronik bir hastalıktır. Diyabet tanısıyla izlenen hastalarda yaşam kalitesi ve ilişkili faktörlerin incelenmesine yönelik olarak yapılan araştırmalarda çok sayıda faktörün yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır (ıtıl vd 2010, Wee vd 2006). Literatürde sağlık durumunun yaşam kalitesini etkileyen en önemli temel faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir. Ancak, sağlığın dışında sosyo demografik özelliklerin ve hastalığa ilişkin bazı özelliklerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2011, CSDH 2008, Boylu ve Paçacıoğlu 2016). Bu nedenle çalışmada hastaların yaşam kalitesini etkileyebileceğini düşündüğümüz bazı sosyo demografik ve hastalığa ilişkin özellikler ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, hastaların sosyo demografik özelliklerinden cinsiyet değişkeninin sadece bedensel sağlık ve evre sağlığı alanına ilişkin yaşam kalitesini etkilerken, ruhsal sağlık ve sosyal sağlık alanına ilişkin yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır. Tip 2 diyabetli bireylerde yapılan bazı araştırmalara göre yaşam kalitesi cinsiyet yönünden incelendiğinde, sosyal alt boyutu haricinde kadınların puan ortalamaları erkeklerin puan ortalamalarından daha düşük olduğu belirlenmiştir (Gülseren vd 2001, Glaskow vd 1997).

Yaş ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde ise, yaşın yaşam kalitesinin tüm alanlarında etkili olduğu saptanmıştır. Genç hastaların yaşlı hastalara göre, "beden sağlığı", "psikolojik sağlık", "sosyal sağlık" ve "evre sağlığı" alanlarına ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve yaş ilerledikçe

yaşam kalitesi puanlarının düştüğü belirlenmiştir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda, İranda yapılan bir araştırmada örneklem grubundaki yaş arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir (Mokhtari vd 2019). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında, 65 yaş üzerindeki her üç erkekten ikisinin ve her on kadından dokuzunun yaşam kalitesinin temel alanlarından en az birinde sorun yaşadığı saptanmıştır. Bu çalışmada Türk toplumunda, yaşam kalitesi ölçeğinin beş alanından özellikle hareket edebilme, ağrı/ rahatsızlık ve endişe/moral bozukluğu alanlarında sorun yaşayanların oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. İleri yaş gruplarında gençlere göre yaşam kalitesinin daha kötü olduğu bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı 2013). Eljedi ve arkadaşlarının (2006) diyabet ve yaşam kalitesini araştırdıkları diğer bir çalışmada ise hastaların yaşları arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü görülmüştür. Çalışmamızın bulgusu araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada, medeni durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve medeni durumunun yaşam kalitesinin tüm alanlarını etkilediği saptanmıştır. Analiz sonucunda evli olan hastaların bedensel sağlık, ruhsal sağlık, sosyal sağlık ve çevresel sağlık alanına ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamaları dul ve boşanmış olan hastaların puan ortalamasına göre daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda evli olan hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Çallı ve Kartal'ın diyabetli hastalarda yaptığı çalışmada evli hastaların iyilik halleri dul ve boşanmış hastalara göre daha iyi bulunmuştur (Çallı ve Kartal 2012). Görüldüğü gibi evli olmanın yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkisi vardır. Bu sonuç, evli olan kişilerin öz bakım konusunda ailelerinden ve eşlerinden aldıkları sosyal destek sistemlerin daha iyi olması ile açıklanabilir.

Eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, eğitim durumunun yaşam kalitesinin tüm alanlarını etkilediği belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların bedensel sağlık, ruhsal sağlık, sosyal sağlık ve çevresel sağlık alanına ilişkin puan ortalamalarının arttığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi, bireyin yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerinden biridir. Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Menati vd 2017). Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırma, egzersiz yapma, sigara içmeme gibi sağlıklı yaşam aktivitelerine katılma olasılıkları daha yüksektir. Ayrıca düşük eğitim düzeyi sosyal dışlanma ve yoksulluk riskini arttırmaktadır (WHO 2014, Driskoll ve Berstein 2012). Prasanna Kumar, ve arkadaşlarının (2018 ) araştırmasında da eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir.



Çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre ve geliri giderinden fazla olanların geliri giderinden az olan hastalara göre “beden sağlığı”, “psikolojik sağlık”, “sosyal sağlık” ve “çevre sağlığı” alanlarına ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Taşkaya'nın doktora tezinde, (2014) gelir düzeyi düşük olanların yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Taşkaya 2014). Brown ve arkadaşlarının araştırmasında, yaşam kalitesini etkileyen temel faktörün sosyo ekonomik durum olduğu saptanmıştır (Brown vd 2004). Diyabet hastalarının cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve ekonomik durum gibi sosyo-demografik faktörlerin değerlendirildiği çalışmalarda bu faktörlerin diyabetli bireyin tedaviye uyum sürecini ve bunun sonucunda kan şekeri kontrolünü ve yaşam kalitesini etkilediği sonucuna varılmıştır (Akinci vd 2008, Çıtıl vd 2010).

### **5.8. Hastaların Hastalığa İlişkin Bazı Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

Araştırmada sosyo demografik değişkenlerin dışında hastalığa ilişkin bazı özellikler ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde ise, birinci dereceden yakınlarında hastalık varlığının sadece sosyal sağlık ve çevre sağlığı alanına ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamalarını etkilediği, bedensel sağlık ve ruhsal sağlık alanına ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır.

Hastalığın süresi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde ise, yaşam kalitesinin tüm alanlarını etkilediği saptanmıştır. Hastalık süresi 1 yıldan az olan hastaların yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları yüksek iken hastalık süresi arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir. Çıtıl vd (2010)'nin diyabetik hastalarda tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmaya göre hastalık süresi arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır. Aynı şekilde Akın (2013)'in çalışmasında da diyabet süresinin yaşam kalitesini ciddi düzeyde olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda bu bulguları destekler niteliktedir. Hastalığın süresi uzadıkça diyabetten kaynaklanan komplikasyonların artmasıyla bireye maddi ve manevi yönden getirdiği ağır yüklerle birlikte yaşam kalitesi düşmektedir.

Araştırmamızda tedavi tipinin yaşam kalitesinin tüm alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Tedavi tipi olarak egzersiz ve

diyet tedavisi uygulayan hastaların bedensel sağlık, ruhsal sağlık, sosyal sağlık ve çevre sağlığı alanlarına ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamaları insülin tedavisi uygulayan hastaların yaşam kalitesine göre daha iyidir. Yapılan analiz sonucunda, tedavi tipinin yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarını etkilediği saptanmıştır. Literatürde özellikle insülin kullanan hastalarda insülin yapma zorunluluğuna bağlı olarak yaşam kalitesinde azalma görüldüğü belirtilmektedir (Altunoğlu 2012). Çalışmamızın bulgusu literatür bilgisini desteklemektedir

İlaçlarını düzenli kullanan hastalar ve tedavisine uyum düzeyini iyi olarak değerlendiren hastaların yaşam kalitesi tüm alt boyut puanları daha yüksektir ve anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Yapılan bir çalışmaya göre kronik hastalığa sahip bireylerin ilaçlarını düzenli kullanarak günlük hayatlarına olumlu yönde katkı sağladığını belirtmişlerdir (Altuntaş vd 2015). Diyabetin yönetimi önerilen yaşam biçimi değişikliğini zorunlu kılar. Tedaviye uyum düzeyi artıkça glikoz kontrolü sağlanmakta, hastalığın komplikasyonları azalmakta ve buna bağlı olarak yaşam kalitesi artmaktadır.

Diyabete ek olarak başka bir kronik hastalığı bulunan hastaların yaşam kalitesi tüm alt boyut puanları ek kronik hastalığı bulunmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında diyabete ek olarak başka kronik hastalığının bulunması veya komplikasyonların varlığı yaşam kalitesini düşürmektedir (Gülseren vd 2001, Eren vd 2004). Jing ve arkadaşlarının araştırmasında da çalışmamızda olduğu gibi diyabetin dışında farklı bir kronik hastalığın olması (hipertansiyon gibi), ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve yaşam kalitesi puan ortalamasının düşük olduğu belirlenmiştir (Jing vd 2018). Diyabetik hastalarda başka bir hastalıkla birlikte ilaca olan gereksinimin, fiziksel belirtilerin ve kısıtlamaların artmasıyla hayat kalitesi düşmektedir.

Hastalar kan şekerini ölçme durum ve sıklıklarına göre değerlendirildiğinde; kendi kan şekerini ölçebilen hastalar ölçemeyenlere göre daha iyi düzeyde yaşam kalitesine sahiptir. Her gün ya da haftada 2-3 kez düzenli olarak kan şekerini ölçen hastaların yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalaması kan şekerini düzensiz bir şekilde ölçen hastalardan daha yüksektir.

Ayrıca çalışmamızda hastaların tedaviye uyum düzeyinin yaşam kalitesini önemli derecede etkilediği belirlenmiştir. Tedaviye uyum düzeyi iyi olan hastaların tedaviye uyumu kötü olan hastalara göre yaşam kalitesi tüm alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer olarak kronik hastalıklarda tedaviye uyum düzeyinin yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur (Gün vd 2014, Altuntaş 2015).

Ayrıca hastaların egzersiz yapma durumları ile yaşam kaliteleri puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, egzersiz yapan hastaların beden sağlığı, ruhsal sağlık, sosyal sağlık ve çevre sağlığı alanlarına ilişki yaşam kalitesi puanlarının egzersiz yapmayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın sonucuna göre egzersiz yapmanın yaşam kalitesinin tüm alanlarını olumlu etkilediği görülmektedir. Düzenli egzersiz yapmak diyabet hastaları için önemli bir faktördür. Çallı ve Kartal (2012)'in çalışmasında egzersiz yapma durumunun hastaların iyilik halini olumlu etkilediği, düzenli olarak egzersiz yapanların yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Bir meta analiz çalışmasında düzenli olarak egzersiz yapan, ve düzenli olarak kan şekeri ölçen ve beslenmesine uyum gösteren bireylerin yaşam kalitesinin daha iyi olduğu ancak, komplikasyon varlığı, diyabetin süresi yani uzun süreli diyabet hastası olma, ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve yaşam kalitesi puan ortalamasının düşük olduğu belirlenmiştir (Jing vd 2018). Yapılan çalışmalarda düzenli egzersiz yapmanın yaşam kalitesi ile ilişkisi açıklanmıştır (Saatçi 2010). Tip 2 diyabetli bireylerde bir yıllık bir kohort araştırmasında, haftalık orta şiddetli fiziksel aktivite durumu ile fiziksel işlevsellik, genel sağlık, canlılık ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Haftalık orta şiddetli fiziksel aktivite yapan katılımcıların fiziksel işlevsellik durumlarının ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Thiel vd 2017). Konu ile ilgili yapılan çalışmalar ve çalışmamızın bulgusundan anlaşıldığı gibi, kan şekerini düzenli olarak ölçme, düzenli olarak egzersiz yapma ve beslenmeye uyum düzeyi diyabetli hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir.

Tip 2 diyabetli bireylerin hastalıkları hakkında eğitim alma durumları incelendiğinde hastalıkla ilgili eğitim alan hastaların yaşam kaliteleri daha yüksektir. Yapılan deneysel çalışmalarda bireysel ya da gruplar halinde eğitime katılmış olan hastaların eğitim sonunda HgA1C düzeylerinde anlamlı düşüş, diyabete bağlı sebeplerden dolayı hastaneye başvuruların azalması, kullanılan antidiyabetik ilaçların sayısında ve dozunda önemli düşüşler gerçekleşmiştir (Norris 2002). Aynı şekilde hastalık hakkında daha fazla eğitim alma isteği de yaşam kalitesinde etkilidir.

Ayrıca çalışmamızda düzenli olarak kontrole gitme durumu, hastalığı kendi kendine yönetebilme durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Düzenli olarak sağlık kontrolüne giden ve hastalığını kendi kendine yönetebilen bireylerin yaşam kalitesinin tüm alanlarına ilişkin puan ortalamaları daha yüksektir. Hastanın bireysel hastalık yönetimi klinik sonuçlarını etkileyen önemli bir faktördür. Etkili ve sürdürülebilir bir hastalık yönetimiyle hastalık belirtilerinin, acil birimlere başvuruların ve hastaneye yatışların azaltılması, hastalığın fizyolojik ve

psikolojik etkilerinin sınırlandırılması, bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir (Demirağ 2009, Haskett 2006).

Çalışmamızda son olarak subjektif sağlığın yaşam kalitesini etkilediği ve sağlığını iyi olarak algılayan hastaların bedensel sağlık, ruhsal sağlık, sosyal sağlık ve çevre sağlığı alanlarına ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamalarının sağlığını kötü olarak algılayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tip 2 diyabetli hastaların kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği kesitsel nitelikteki bu araştırmada elde edilen temel sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

1.Hastaların aldıkları kronik hastalık bakımına dair memnuniyet durumları düşük düzeydedir.

2. Tip 2 diyabetli hastaların “beden sağlığı” “psikolojik sağlık” “sosyal sağlık” ve “çevre sağlığı” alanlarına ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamaları orta düzeydedir. Genel olarak hastaların yaşam kalitesi orta düzeydedir.

3.Hastaların kronik bakımı değerlendirme durumları ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

4. Yaş, medeni durum, gelir durumu, eğitim düzeyi, diyabetin süresi, tedavi şekli, tedaviye uyum düzeyi, kan şekeri ölçümü, ölçüm sıklığı, düzenli olarak egzersiz, beslenmeye uyum düzeyi, başka bir kronik hastalık varlığı, düzenli olarak sağlık kontrolüne gitme, hastalığa ilişkin bilgi düzeyi, daha fazla bilgi alma isteği, hastalığı kendi kendine yönetebilme durumunun kronik hastalık bakımını değerlendirme durumunu etkilediği belirlenmiştir.

5. Yaş, medeni durum, gelir durumu, eğitim düzeyi, diyabetin süresi, tedavi şekli, tedaviye uyum düzeyi, kan şekeri ölçümü, ölçüm sıklığı, düzenli olarak egzersiz, beslenmeye uyum düzeyi, başka bir kronik hastalık varlığı, düzenli olarak sağlık

kontrolüne gitme, hastalığa ilişkin bilgi düzeyi, daha fazla bilgi alma isteği, hastalığı kendi kendine yönetebilme durumunun hastaların yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda, hastaların kronik bakıma ilişkin memnuniyet düzeylerinin düşük olmasından yola çıkılarak, öz bakım yönetiminin sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve klinik sonuçların iyileştirilmesi için öncelikle kronik hastalık bakımının iyileştirilmesine gereksinim olduğu sonucuna varılmıştır.

Kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış ve memnuniyet düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı belirlenmiştir. Bu sonuç, yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde kronik hastalık bakımından memnuniyet düzeyinin önemini ortaya koymuştur. Bu nedenle kronik hastalığa sahip olan bireylerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde öncelikle bireylerin kronik bakıma ilişkin aldıkları memnuniyet durumları ve memnuniyet durumunu etkileyen faktörlerin araştırılması önerilmektedir. Ayrıca hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik daha sonra yapılacak olan araştırmalar için bu iki parametrenin birlikte kullanımı önerilmektedir.

Bu çalışma kesitsel nitelikte olduğu için Kronik Bakım Modelinin diyabetlilerde yaşam kalitesine ve bakım sonuçlarına etkisinin araştırıldığı randomize kontrollü araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin iyileştirilmesine yönelik girişimsel çalışmaların yapılması önerilmektedir. Ülkemizde kronik hastalık durumunu değerlendirme durumu ile yaşam kalitesi ilişkisinin araştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle daha fazla araştırma yapılarak literatüre katkı sağlanması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

Akdur R, Piyal B, Çalışkan D, Ocaktan ME. Halk Sağlığı. **Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları**, Ankara, 2011; no:92. s.105

Akın Aİ. Tip 2 Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi, Hastalık Algısı, Stresle Başa Çıkma Ve Depresyon. Yüksek Lisans Tezi, **Sosyal Bilimler Enstitüsü**, İstanbul, 2013, s.59-60.

Akinci F, Yildirim A, Gözü H, Sargın H, Orbay E, Sargın M. Assessment of health-related quality of life (HRQoL) of patients with type 2 diabetes in Turkey. **Diabetes Res Clin Pract**, 2008; 79: s.117-123.

Altunoğlu EG, Sarı Z, Erdenen F, Müderrisoğlu C, Ülgen E, Sarı M. Tip 2 Diabetes Mellitus'lu hastalarda diyabet düresi ve HbA1c düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve yeti yitimi arasındaki ilişki. **İstanbul Tıp Dergisi**, 2012; 13(3): s115-119.

Altuntaş O. Akı E. Huri M. Kronik Hastalıklarda İlaç Kullanımının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Katılıma Etkisi Üzerine Nitel Bir Çalışma, **Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi**, 2015; 3(9), s.79-86

American Diabetes Association (ADA), Standards of Medical Care in Diabetes, **Diabetes Care** 2011; 34 (Supplement 1): S11-S61.  
<https://doi.org/10.2337/dc11-S011Previous>

American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, 2013; 36(1), 11-66.

American Diabetes Association (ADA) Standards of medical care in diabetes. 2019; 42(Supplement1):S1-S194. <http://care.diabetesjournals.org/>

Aragones A, Schaefer EW, Stevens D, Gourevitch MN, Glasgow RE, Shah NR. Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. **Prev Chronic Dis** 2008;5(4).

Arık N. Nefroloji. 2. Baskı. İstanbul, Karakter Color AŞ, 2008: 277

Apaydın Kaya Ç, Akturan S, Şimşek M, Uğuz K, İçen F, Akman M. Kronik Hastalık Bakımının Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi, **Turkish Family Physician** 2013; 4(3): 1-9.

Aung E, Ostini R, Dower J, Donald M, Coll JR, Williams GM, Doi SA. Patient assessment of chronic illness care (PACIC) in type 2 diabetes: a longitudinal study. **Evaluation & The Health Professions** 2016; 39(2): 185-203.

Ay S. Arpacı P. Hastanede yatan hastaların kronik hastalık bakımının değerlendirilmesi. **Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi** 2017;4(1):527-532.

Ayvaz G. ve Kan E. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Oral Antidiyabetik İlaçlar Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisi, 2010; sayı:23 – 24, 8-13.

Baptista DR, Wiens A, Pontarolo R, Regis L, Reis WCT, Correr CJ. The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review ***Diabetology & Metabolic Syndrome*** 2016; 8(7): 1-7.

Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. ***Hospital quarterly***. 2003;7(1):73-82.

Biol, L. Endokrin Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akdemir N., Biol, L. (Eds). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Sistem Ofset. Ankara, 2005; 671-725.

Bodenheimer T. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *Jama*. 2002; 288(14): 1775 Available from: ([http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The Chronic Care Model&s=2](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2)).

Bodenhimer T, Grumbach K. Kronik Hastalığı Olan Hastalara sunulan birinci basamak hizmetin iyileştirilmesi. Birinci Basamağın İyileştirilmesi: Daha İyi Uygulamalar İçin Stratejiler ve Araçlarda. Çeviri Ed. Bozdemir N, Saatçi E. ***Nobel Kitabevi***, Adana, 2009, s.55.57

Boussageon R, Gueyffier F, Cornu C. Effects of pharmacological treatments on micro and macrovascular complications of type 2 diabetes: What is the level of evidence ***Diabetes Metab*** 2014; 40(3):169-75).

Boylu A, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri, ***Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*** 2016;8(15);137-150.

Brown J, Bowling A, Flynn T. Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of the literature. Proceedings of European Forum on Population Ageing Research. Sheffield, UK; 2004; ss.113

Cowie CC, Rust KF, Ford ES, et al. Full accounting of diabetes and pre-diabetes in the U.S. population in 1988–1994 and 2005–2006. ***Diabetes Care***. 2009; 32(2):287 LP-294.

<http://care.diabetesjournals.org/content/32/2/287.abstract>.

Cramm JM, Nieboer AP. Factorial validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) and PACIC short version (PACIC-S) among cardiovascular disease patients in the Netherlands. ***Health and Qual Life Outcomes*** 2012;10 (104);1-7.

Çallı D. Tip 2 diyabetli hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algısı ve iyilik halinin değerlendirilmesi, ***Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü***, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Denizli

Çıtıl R, Günay O, Elmalı F, Öztürk Y. Diyabetik hastalarda tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisi. ***Erciyes Tıp Dergisi*** 2010; 32(4):253-64.

Corderio RC, Jardim JR, Perracini MR, Ramos LR, Factors associated with functional balance and mobility among elderly diabetic outpatients. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2009; 53(7)

CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva: 2008; World Health Organization.

Çubuk, G., İnce, S. Oral Antidiyabetik İlaçlar. **Kocatepe Veteriner Dergisi**, 2015; 8(1), 95-102.

Dede B, Sarı M, Gürsul A, Hanedar A, Gadis A, Görgülü B, Eti B, Kalay C, vd. Kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen değişkenler. **TAF Preventive Medicine Bulletin** 2016; 15(3): 238-247.

Demirağ HE. Tip-2 Diabetes Mellituslu Hastaların Birinci Derece Yakınlarında Diyabet Risk Değerlendirmesi. **Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi**, 2009; Aydın.

Demir Doğan M, Çadırlı Ş, Arslan Y. Kronik hastalığı olan bireylerin bakıma ilişkin değerlendirmeleri ve öğrenim gereksinimleri. **Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi** 2019; 1(6): 22-28.

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

Driscoll AK, Berstein AB. Health and Access to Care among Employed and Unemployed Adults: United States, 2009-2010. NCHS Data Briefs. 2012; 83. <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db83.htm>. Erişim tarihi: 03.04. 2019.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Diabetes mellitus 2013;. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets>. Erişim tarihi: 01.06. 2019.

Eljedi, A., Mikolajczyk, R.T., Kraemer, A., Health-related quality of life in diabetic patients and controls without diabetes in refugee camps in the Gaza strip: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, 2006; 6(1):268

Eren İ. Erdi Ö. Çivi İ. Tip II Diabetes Mellitus Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Komplikasyonların Yaşam Kalitesine Etkisi, **Klinik Psikiyatri**, 2004;7:85-94

Ergin E, Akın S, Kazan S, Erdem ME, Tekçe M, Aliustaoğlu M. Diyabetik hastalarda lipidprofili: farkındalık ve tedavideki başarı oranlarımız. **Kartal Eğitim ve Arastırma Hastanesi Tıp Dergisi**, 2013; 24: 157-163.

Erol, Ö. 'Endokrin Sistem Hastalıkları ve Bakım' İç Hastalıkları Hemşireliği, Ed:Durna Z, **Akademi Basın ve Yayıncılık**, 2013; İstanbul.

Erol Ö, Yanık YT, Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2016; 19(3).

Eser E, Fidner H, Fidaner C, Eser Yalçın S, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri, **3p Dergisi**, 1999;7 Ek:2

Ferguson L, Sattar N. Reducing cardiovascular disease risk in type 2 diabetes: is the focus on glycaemia warranted? **Diabetes, Obesity and Metabolism**, 2013; 15: 387-391.



Fukuota Y, Lindgren T, Rankin S, Cooper BA, Carroll DL. Cluster analysis: a useful technique to identify elderly cardiac patients at risk for poor quality of life. **Qual Life Res** 2007;16: 1655-1663.

Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin GE et al. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care* 1997;20(4):562-567.

Glasgow RE, Toobert DJ, Gillette CD. Psychosocial Barriers to Diabetes Self-Management and Quality of Life. *Diabetes Spectrum* 2001; 14(1):33-41.

Glasgow RE, Nelson CC, Whitesides H, King DK. Use of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) with Diabetic Patients. *Diabetes Care* 2005; 28 (11): 2655-2661.

Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş ve ark. Diyabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yeti yitimi ve yaşam kalitesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12(2):89-98.

Haskett T. Chronic illness management: Changing the system. **Home Health Care Management & Practice** 2006 18(6), 492 – 494.

Heile M. 28 Days to Diabetes Control. *Diabetes Positive Magazine*, 2004; 2-43.

Hewitt M, Rowland JH, Yancik R. Cancer survivors in the United states: age, health and disability. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci** 2003; 58:82-91

Hsueh WA, Moore L, Bryer-Ash M. Contemporary Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes. USA, Handbooks in Healthcare Company. 2004.

International Council of Nurses (ICN) 2010; Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care, 1-69, <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf> Erişim Tarihi: 02.07.19

International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas, 4th Edition, 2009; <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/21-atlas-4th-edition.html> Erişim Tarihi: 03.07.19

International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas, 5th Edition, 2011; <https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=813&task=download> Erişim Tarihi: 03.07.19

International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas, 6th Edition, 2013; <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/19-atlas-6th-edition.html> Erişim Tarihi: 03.07.19

International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas,, 7th Edition, 2015; <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/13-diabetes-atlas-seventh-edition.html> Erişim Tarihi: 03.07.19

International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas,, 8th Edition, 2017; <https://www.diabete.gc.ca/en/understand-diabetes/resources/getdocumentutile/IDF-DA-8e-EN-finalR3.pdf> Erişim Tarihi: 03.07.19

İncirkuş, K., & Nahcivan, N. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği **DEUHYO ED** 2011; 4 (1), 102-109

İncirkuş K, Nahcivan Nö. Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. **Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi**. 2015;23(1):66-75.

İrgil E. Kronik Hastalıklar Epidemiyolojisi (Noncommunicable Diseases) 2006 [http://halksagligi.uludag.edu.tr/ucuncu\\_sinif\\_dosyalar/Emel\\_irgil\\_zorunlu/kronik\\_Hast\\_Epidemiyolojisi.pdf](http://halksagligi.uludag.edu.tr/ucuncu_sinif_dosyalar/Emel_irgil_zorunlu/kronik_Hast_Epidemiyolojisi.pdf) Erişim Tarihi: 01.07.19

Jing X, Chen J, Dong J, Han D, Zhao H, Wang X, Gao F, Li C, Cui Z, Liu Y, Ma J. Related factors of quality of life of type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. **Health Qual Life Outcomes** 2018; 16(1): 189-203

Kaptan G, Dedeli Ö. "Diyabetes Mellitus". Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar, **İstanbul Tıp Kitabevi**, İstanbul, 2012;

Kara, K., ve Çınar, S. Diyabet bakım profili ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki. **Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi**, 2011; 1(2), 57-63.

Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. **Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi** 2014; 2(2): 62-70.

Karatoprak K, Uysal S, Akkılık ZS, Ercan M, Yılmaz FM. Diyabette glisemik kontrolün serum biyokimyasal parametreleri ile ilişkisi. **Abant Med J**, 2012, 1: 51-54.

Karyani AK, Rashidian A, Sefiddashti SE, Sari AA. Self-reported health-related quality of life (HRQoL) and factors affecting HRQoL among individuals with health insurance in Iran. **Epidemiology and Health**,2016;38:1-8.

Kim JC, Hwong RA, Yoo SJ. The Impact of a Stage Matched intervention to Promote Exercise Behavior in Participants With Type 2 Diabetes. **Int J Nurs Stud** 2007; 41: 833-841.

Kong JX, Zhu L, Wang HM, Li Y, Guo AY, Gao C, Miao YY, Wang T, Lu XY et al. Effectiveness of the chronic care model in Type 2 Diabetes management in a Community Health Service Center in China: A Group Randomized Experimental Study, *Journal of Diabetes Research*. 2019; ID 6516581: 1-12

Liu LJ, Li Y, Sha K, Wang Y, He X. Patient assessment of chronic illness care, glycemic control and the utilization of community health care among the patients with type 2 diabetes in Shanghai, China. **PLoS One**, 2013; 8(9):1-7.

Ludt S, Lieshout JV, Campbell SM, Rochon J, Ose1 D, Freund T, Wensing M, Szecsenyi J. Identifying factors associated with experiences of coronary heart disease patients receiving structured chronic care and counselling in European primary care. **BMC Health Services Research** 2012; 12: 212-221

Megari K. Quality of life in chronic disease patients. **Health Psychol Res** 2013; 1 (27):141-148.

Menati W, Baghbanian A, Asadi-Lari M, Moazen J, Menati R, Sohrabivafa M, Moghaddam AS, Kassani A. Health-related quality of life and socioeconomic status: Inequalities among adults in West of Iran, 2017; 19 (7): 1-7.

Mohler PJ, Mohler NB, Improving chronic illness care: lessons learned in a private practice. **Family Practice Management**, 2005, s.55-57

Mokhtari Z, Gheshlagh RG, Kurdi A. Health-related quality of Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews life in Iranian patients with type 2 diabetes: **An updated meta-analysis**. 2019; 13 (1): 402- 407.

Munshi MN, Segal AR, Suhl E, Ryan C, Sterthal A, Giusti J, Lee Y et al. Assessment of barriers to improve diabetes management in older Adults. **Diabetes Care** 2013; 36:543–549.

Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Selfmanagement education for adults with type 2 diabetes: a metaanalysis of the effect on glycemic control. **Diabetes Care**, 2002;25:1159-71.

Ogurtsova JD, da Rocha Fernandes, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho NH. et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015-2040. Diabetes Research and Clinical Practice, Volume 128, 40-50.

Okuyan B, Saglam B, Ersan E, Demirtunç R, Izzettin FV, Sancar M. Tip 2 diyabet hastalarının tek kullanımlık insülin kalemi kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. **Marmara Pharmaceutical Journal**, 2014, 18: 159-163

O'Keefe, JH, Bell DS, ve Wyne KL Diyabet Esasları, (Çev .Gündoğdu, A. S.. ). 2006; **Avrupa Tıp Kitapçılık**, İstanbul

Olgun N, Kronik Hastalıklar ve Bakım, Ed: Durna Z. **Nobel Tıp Kitabevleri**, İstanbul, 2012; s.291

Olgun N, Eti-Aslan F, Coşansu G, Çelik S, Diabetes mellitus, In: Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım, Karadakovan A, Eti -Aslan F, Geliştirilmiş 3. Baskı, Ankara, **Akademisyen Tıp Kitabevi**, 2014; s.769-06.

Özdemir İ, Hoccoğlu Ç, Koçak M, Ersöz HÖ. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Belirtiler: **Journal of Psychiat. Dusunen Ad ry & Neurological Sciences**, 2011 24(2).

Prasanna Kumar HR, Mahesh MG, Menon VB, Srinath KM, Shashidhara KC, Ashos P. Patient Self-reported quality of life assessment in Type 2 diabetes mellitus: A pilot study, **Niger J Clin Pract**. 2018; 21(3): 343-349.

Pouwer F, Hermanns N. Insulin therapy and quality of life. A review. **Diabetes Metab Res Rev** 2009; 25: 4-10.

Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: What is the role of primary care? *Ann Intern Med*, 2003; 138: 256- 261

Rosemann T, Laux G, Szecsenyi J, Grol R. The Chronic Care Model: congruency and predictors among primary care patients with osteoarthritis. **Qual Saf Health Care** 2008;17: 442–446.

Saatçi E, Tahminçioğlu G, Bozdemir N, Akpınar E, Özcan S, Kurdak H. The well-being and treatment satisfaction of diabetic patients in primary care. **Health Qual Life Outcomes** 2010; 8: 67-74.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara. 2013; **Anıl Matbaa Ltd.** Sti. Yayın No: 909, s. 253-260.

Sağlık Bakanlığı. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki değerlendirmeler ilkeler ve bakış açıları, 1. Baskı, Ankara: **Anıl Matbaacılık**, 2011; s.125-149

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. 2014; **Kuban Matbaacılık Yayıncılık**, Ankara, Yayın No: 816.

Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması Ankara: 2018; Erişim Tarihi: 04.07.19  
<https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>.

Satman, I., Yılmaz, T., Sengül, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., ... & Karsıdag, K. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). **Diabetes care**, 2002; 25(9), 1551-1556.

Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., ... & Turker, F. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. (TURDEP II). **European journal of epidemiology**, 2013; 28(2), 169-180.

Schmittiel J, Mosen DM, Glasgow RE, Remmers HJ, Bellows J. Patient assessment of chronic illness care (PACIC) and improved patient centered outcomes for chronic conditions. **J Gen Intern Med** 2008; 23(1):77-80

Sencer E. Metabolizma ve beslenme hastalıkları, Geriatri İlavesi ile **Nobel Tıp Kitabevi**, tayf Ofset, 2001; İstanbul.

Shirowa T, Fukuda T, Ikeda S., Igarashi A, Noto, S, Saito S et al. Japanese population norms for preference-based measures: EQ-5D-3L, EQ-5D-5L, and SF-6D. **Quality Life Research** 2016; 25:707-719.

Taggart J, Chan B, Jayasinghe UW, et al. Patients assessment of chronic illness care (PACIC) in two Australian studies: structure and utility. **J Eval Clin Pract** 2011; 17(2):215-21.

Taşkaya S. Diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyleri ile sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler, Doktora Tezi. **Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı**, 2014; Ankara.

Thiel DM, Sayah FA, Valiance J, Johnson ST, Johnson JA. Physical activity and health related quality of life in adults with Type 2 Diabetes results from a prospective cohort study. **Can J Diabetes** 2017; 41 (1): 58-63

Tuchman A. The art of medicine Diabetes and the public's health. The Lancet 2009;374:1140-1141. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61730-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61730-X)

Türkiye Diyabet Vakfı (TÜRKDİAB). Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2017; [https://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/Diyabet\\_tani\\_ve\\_tedavi\\_kitabi.pdf](https://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/Diyabet_tani_ve_tedavi_kitabi.pdf)  
Erişim Tarihi: 03.07.2019

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). Metabolik Sendrom Klavuzu. 2009 [http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl\\_yayinlar/metabolik\\_sendrom.pdf](http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_yayinlar/metabolik_sendrom.pdf) Erişim Tarihi: 02.07.2019

Tütün Yümin E, Bakar, Y Tarsuslu Şimşek T. Tip 2 Diyabeti Olan Hastalarda Diyabetin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. **Turkiye Klinikleri J Sports Sci** 2017; 9(2):77-86

Uçan Ö, Ovayolu N. Relationship between diabetes mellitus, hypertension and obesity, and healthrelated quality of life in Gaziantep, a central south-eastern city in Turkey. **Journal of Clinical Nursing**, 2010;19(17-18): 2511-2519.

Uzunova B, Öner AÖ. Diyabetik retinopati ve mikronütrisyon. *Journal of Retina-Vitreous*, 2016; 24: 2-7.

Üstünova, E, Nahcivan N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler. **Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi** 2015; 23(1):11-22.

Yamamoto R, Kinoshita T, Momoki T, Arai T, Okamura A, Hirao K vd. Postural sway and diabetic peripheral neuropathy. *Diabetes Res Clin Pract*, 2001; 52(3)

Yaşmut A. Diyabet Takip Ve Tedavisinde Diyabet Tedavi Ve Bakım Standartlarına Uyumun Değerlendirilmesi Ve Hastaların Farkındalık Durumu. Tıpta Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi İç Hastalıkları Kliniği. İstanbul. 2019; s.4

Yılmaz Karabulutlu E, Atman R, Yağcı S. Kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımın değerlendirilmesi **Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi** 2015; 3(1):16-30.

Yoon HJ, Cho YZ, Kim JY, Kim BJ, Park KY, Koh GP, Lee DH, Lim DM. Yorulmaz, H., Tatar, A., Saltukoğlu, G., ve Soylu, G. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. **FSM İlimi Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi**, 2, 2013; 367-387,

Yuan C, Chan L, Chaw M, Law H, Ying M, The effect of diabetes self-management education on body weight, glycemic control, and other metabolic markers in patients with type 2 diabetes mellitus. Hindawi Publishing Corporation *Journal of Diabetes Research*, 2014; p.1-6.

Correlations between glucagon stimulated C-peptid elevels and microvascular complications in type 2 diabetes patients. *Diabetes&MetabolismJournal*, 2012; 36: 379 387

Van Der Ven, NCW, Weinger K, Yi J, Pouwer F, Van Der Ploeg HM, The confidence in diabetes self-care scale. *Diabetes Care*, 26,2003; p. 713-18.

Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. **Health Aff.** 2001; 20: 64-78.

Wee HL, Tan CE, Goh SY, et al. Usefulness of the audit of diabetes dependent quality of life (ADDQoL) questionnaire in patients with diabetes in a multi-ethnic Asia country. *Pharmacoeconomics* 2006; 24(7):673-82.

Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27:1047-1053.

World Health Organization (WHO). Social Determinants of Health Key Concepts. (2014; [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/key\\_concepts\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_en.pdf?ua=1). Erişim tarihi: 07.07.2019.

World Health Organization. (WHO) CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva: 2008

## **ÖZGEÇMİŞ**

2016 yılında Pamukkale Üniversitesi Sağlık Yüksekokulundan mezun oldu. 2016 yılında Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı. 2017 yılından itibaren Pamukkale Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaktadır.

## EKLER



## **Ek 2 - TANITICI BİLGİ FORMU**

### **Bölüm 1: Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine İlişkin Veri Formu**

#### **1. Cinsiyetiniz**

- 1)Kadın      2)Erkek

#### **2. Yaşınız: .....**

#### **3. Medeni durumunuz ?**

- 1)Evlü    2) Bekar    3)Boşanmış/Dul

#### **4. Eğitim durumunuz?**

- 1) Okur-yazar    2)İlkokul    3)Ortaokul    4)Lise    5)Üniversite

#### **5. Çalışma durumunuz?**

- 1) Çalışıyor    2) Çalışmıyor

#### **6. Gelir durumunuz?**

- 1) Gelir giderden az    2) Gelir gidere eşit    3) Gelir giderden fazla

#### **7. Sosyal güvenceniz nedir?**

- 1) Sosyal güvencesi yok  
2) Emekli sandığı  
3) SSK  
4) Bağ-kur  
5) Özel sigorta  
6) Diğer.....

**8. Sigara kullanıyor musunuz?**

- 1)Evet      2)Hayır

**9. Alkol kullanıyor musunuz?**

- 1)Evet      2)Hayır

**Bölüm 2: Hastalık ile İlgili Özelliklere İlişkin Veri Formu**

**10. Ne zamandan beri diyabet hastasıınız?**

- 1) 1 yıldan az      2)1 – 5 yıl      3) 6-10 yıl      4) 11 yıl ve üzeri

**11. Birinci derece yakınlarınızda diyabet hastası olan var mı?**

- 1)Var      2)Yok

**12. Diyabetinizin tedavi şekli nedir?**

- 1) Oral Anti Diyabetik (şeker düşürücü hap)  
2) İnsülin  
3) Daha önce şeker düşürücü hap tedavisi iken şimdi insülin  
4) Fizik egzersiz ve Diyet  
5) Fizik egzersiz, Diyet ve oral antidiyabetik (şeker düşürücü hap)  
6) Sadece diyet  
7) Oral Antidiyabetik (şeker düşürücü hap) + İnsülin

**13. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?**

- 1) Evet      2) Hayır

**14. Kan şekerinizi kendiniz ölçebiliyor musunuz?**

- 1)Evet      2)Hayır

**15. Kan şekeri ölçümünü ne sıklıkta yapıyor veya yaptırıyorsunuz?**

- 1) Her gün
- 2) Haftada 2-3 gün
- 3) Düzensiz
- 4) Aklıma geldiği zaman
- 5) Diğer.....

**16. Egzersiz yapıyor musunuz? (cevabınız hayır ise 26. soruya geçiniz)**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**17. Ne sıklıkta egzersiz yapıyorsunuz?**

- 1) Her gün düzenli olarak
- 2) Haftada 1-2 kez
- 3) Düzensiz
- 4) Diğer.....

**18. Egzersiz türünüz nedir?**

- 1) Yürüyüş
- 2) Merdiven çıkma
- 3) Bisiklete binme
- 4) Diğer .....

**19. Şuan ki tedavinize uyumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?**

- 1) iyi
- 2) orta
- 3) kötü

**20. Şu anki beslenmenize uyumunuzu nasıl tanımlarsınız**

- 1) İyi
- 2) Orta
- 3) Kötü

**21. Diyabet kontrolü için sağlık kuruluşuna ne sıklıkta gidiyorsunuz?**

- 1) Rahatsızlandığımda
- 2) Ayda 1 kez
- 3) 2 ayda 1 kez
- 4) 3 ayda 1 kez
- 5) 6 ayda 1 kez
- 6) Yılda 1 kez

**22. Diyabetle ilgili daha önceden eğitim aldınız mı?**

- 1)Evet
- 2) Hayır

**23. Eğitim aldıysanız kimlerden aldınız**

- 1) Sağlık Personelinden
- 2) Kitap ve dergilerden
- 3) Televizyondan
- 4) İnternette
- 5) Arkadaşlarımdan
- 6)Diğer.....

**24. Daha fazla diyabet eğitimi almak ister misiniz?**

- 1)Evet
- 2) Hayır

**25. Sizce hastalığınız komplikasyonlara neden olur mu?**

- 1) Evet          2) Hayır

**26. Hastalığınızı sizce kendiniz yönetebiliyor musunuz?**

- 1)Evet          2)Hayır

**27. Sizce diyabet tedavi edilebilir bir hastalık mıdır?**

- 1) Tedavi edilebilir  
2) Tedavi edilemez  
3) Kararsızım  
4) Diğer.....

**28. Diyabet haricinde başka bir hastalığınız (hipertansiyon, kalp hastalıkları vb.) var mı?**

- 1) Evet          2) Hayır

**29. Kendi sağlık durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?**

- 1) Kötü          2) Orta          3) İyi

## Ek 2 - KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1) Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.					
2) Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.					
3) İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.					
4) Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.					
5) Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.					
6) Kendi bakımımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.					
7) Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.					
8) Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.					
9) Tedavi planımın bir kopyası/örneği bana verildi.					
10) Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.					
11) Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.					
12) Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.					
13) Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.					
14) Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler için yardım edildi.					
15) Hastalığımla hayatımı nasıl etkilediği soruldu.					
16) Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.					

17) Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.					
18) Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.					
19) Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.					
20) Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.					

### Ek 3 – WHOQOL- BREF YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

<b>1.Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?</b>	Çok kötü <input type="checkbox"/>	Biraz kötü <input type="checkbox"/>	Ne iyi ne kötü <input type="checkbox"/>	Oldukça iyi <input type="checkbox"/>	Çok iyi <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------------	--	--	---	-------------------------------------

<b>2.Sağlığınızdans ne kadar hoşnutsunuz?</b>	Hiç hoşnut değil <input type="checkbox"/>	Çok hoşnut az <input type="checkbox"/>	Ne hoşnut ne de değil <input type="checkbox"/>	Epeyce hoşnut <input type="checkbox"/>	Çok hoşnut <input type="checkbox"/>
---	--	---	---	---	--

<b>3.Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?</b>	Hiç <input type="checkbox"/>	Çok az <input type="checkbox"/>	Orta derecede <input type="checkbox"/>	Çokça <input type="checkbox"/>	Aşırı derecede <input type="checkbox"/>
<b>4.Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>7.Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?</b>	Hiç <input type="checkbox"/>	Çok az <input type="checkbox"/>	Orta derecede <input type="checkbox"/>	Çokça <input type="checkbox"/>	Son derecede <input type="checkbox"/>
<b>8.Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9.Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10.Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15.Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Hiç hoşnut değil	Çok hoşnut az	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16.Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Ne sıklıkla hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Ara sıra <input type="checkbox"/>	Çoğunlukla <input type="checkbox"/>	Her zaman <input type="checkbox"/>
--	--	-------------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eř, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç <input type="checkbox"/>	Çok az <input type="checkbox"/>	Orta derecede <input type="checkbox"/>	Çokça <input type="checkbox"/>	Aşırı derecede <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	------------------------------------	---	-----------------------------------	--

## Ek 4 - PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ETİK ARAŞTIRMALAR KURULU ETİK KURUL İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 21/12/2017-E.85542



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik  
Kurulu

Sayı :60116787-020/85542  
Konu :Başvurunuz hk.

21/12/2017

Sayın Doç. Dr. Asiye KARTAL

İlgi :14.12.2017 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğumuz "Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Bakımı Değerlendirme Durumları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" konulu çalışmamız 19.12.2017 tarih ve 17 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN  
Başkan

## Ek 5 – PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA UYGULAMA HASTANESİ KURUM İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 26/03/2018-E.21371



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı :65124556-600/  
Konu :Araştırma ve Planlama İşleri  
(Gülçin AKAN)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNE

İlgi :02/03/2018 tarih ve 16002 sayılı yazı.

İlgi yazınıza istinaden; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Gülçin AKAN'ın "Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Bakımı Değerlendirme Durumları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasını Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalında yapması Merkez Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır  
Prof. Dr. İbrahim TÜRKÇÜER  
Merkez Müdürü

Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri  
20070 Kinikli, DENİZLİ  
Tel: 0 (258) 296 60 00  
E-Posta: infohastane@psu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Meral KAPLAN

Faks: 0 (258) 296 60 01  
Elektronik Ağ: <http://psu.edu.tr/hastane>

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK 6 - KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

12.07.2019

Gmail - kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği



Gülçin Akan <gulcinakan1@gmail.com>

### kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği

3 ileti

Gülçin Akan <gulcinakan1@gmail.com>  
Alıcı: kubraincirkus@trakya.edu.tr

19 Ocak 2018 11:46

Değerli hocam; ben Pamukkale Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği alanında yüksekisans öğrencisiyim. Danışmanım Doç. Dr. Asiye Kartal ve ben yüksekisans tezimde "Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeğini" kullanmak istiyoruz. İzininizi rica eder, ilginiz için şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Gülçin Akan

kubraincirkus@trakya.edu.tr <kubraincirkus@trakya.edu.tr>  
Alıcı: Gülçin Akan <gulcinakan1@gmail.com>

19 Ocak 2018 14:00

Sayın Gülçin AKAN,

Prof.Dr. Nursen NAHCIVAN hocamla birlikte geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız *Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu*'nu, tez çalışmanızda elbette kullanabilirsiniz. Dokuz Eylül Üniversitesi HYO E-Dergisi'nin 2011 temmuz sayısındaki makalemizden kısa ve öz bilgilere ulaşabilir ve kaynak olarak da onu kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve ilgili makaleyi size gönderiyorum.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

#### Araş.Gör. Dr. Kübra İNCİRKUŞ

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı  
Balkan Yerleşkesi Merkez/Edirne  
Telefon: (0284) 213 30 42 (Dahili: 2127)

Cum, Oca 19, 2018 12:46 tarihinde , Gülçin Akan <gulcinakan1@gmail.com> tarafından yazıldı:

[Alınılan metin gizlendi]

#### 2 ekenti

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği.doc  
57K

Türkçe Pacic Makale.pdf  
610K

Gülçin Akan <gulcinakan1@gmail.com>  
Alıcı: Asiye Kartal <akartal@pau.edu.tr>

20 Ocak 2018 13:56

İleti başlangıcı:

**Kimden:** kubraincirkus@trakya.edu.tr  
**Tarih:** 19 Ocak 2018 15:00:37 GMT+3  
**Kime:** "Gülçin Akan" <gulcinakan1@gmail.com>

# Ek 7 - PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ETİK ARAŞTIRMALAR KURULU ETİK KURUL İZİNİ - TEZ BAŞLIĞI DEĞİŞİKLİĞİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/09/2019-E.62178



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik  
Kurulu

Sayı :60116787-020/62178  
Konu :Başvurunuz hk.

11/09/2019

Sayın Doç. Dr. Asiye KARTAL

İlgi :08.08.2019 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Bakımı Değerlendirme Durumları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" konulu çalışmanızda istenilen değişiklikleriniz 10.09.2019 tarih ve 15 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın adının "Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" olarak değiştirilmesinde ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN  
Başkan