

**TİP 2 DİYABETLİ HASTALARIN HASTALIĞA
KARŞI TUTUMLARI VE PROBLEM ALANLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Ayşe ELKOCA

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

**Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Behice ERCİ**

Yüksek Lisans Tezi-2010

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**TİP 2 DİYABETLİ HASTALARIN HASTALIĞA KARŞI
TUTUMLARI VE PROBLEM ALANLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Ayşe ELKOCA

**Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Behice ERCİ**

Yükseklisans Tezi

ERZURUM -2010

TC
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TİP 2 DİYABETLİ HASTALARIN HASTALIĞA KARŞI TUTUMLARI VE
PROBLEM ALANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

AYŞE ELKOCA

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 10.06.2010

Tez Savunma Tarihi : 24. 06.2010

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Behice ERCİ

B. Erçi

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Mehtap TAN

Mehtap Tan

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALIOĞLU

Nazlı Hacıoğlu

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Dilek KILIÇ

Dilek Kılıç

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ

Zeynep Güngörmüş

Enstitü Müdür : Prof Dr. İsmail CEYLAN

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Behice ERCİ

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM 2010

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Diabetes Mellitusun Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.2. Tanı ve sınıflama	3
2.3. Tip 2 Diyabet Hastalarının Problem Alanları	5
2.3.1. Fiziksel problemler	5
2.3.2. Psikolojik Problemler	7
2.3.3. Sosyoekonomik Problemler	7
2.3.4. Psikoseksüel Problemler	8
2.4. Tutum ve Tutumun Davranışa Etkileri	9
2.5. Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalığa Karşı Tutumlarının Bakıma Etkileri	10
3. MATERYAL VE METOD	13
3.1. Araştırmanın Türü	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	13
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	13
3.4. Verilerin Toplanması	14
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	17
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	17
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	18
4. BULGULAR	19
4.1. DPAÖ Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlikleri İle İlgili Bulgular	19

4.2. Diyabetli Hastaların Diyabette Tutum ve Problem Alanları	
Arasındaki İlişki	25
5. TARTIŞMA	38
5.1. DPAÖ'nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması	38
5.2. Hastaların DTÖ ve DPAÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların	
Tartışılması	40
5.3. Hastaların DTÖ ve DPAÖ Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların	
Tartışılması	41
5.4. Hastaların Demografik Özellikleri ile DTÖ ve DPAÖ Arasındaki	
İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması	42
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	46
7. KAYNAKLAR	48
8. EKLER	
EK I : Kişisel Bilgi Formu	
EK II : Diyabet Tutum Ölçeği	
EK III : Diyabette Problem Alanları Ölçeği'nin Türkçe Formu	
EK IV : Diyabette Problem Alanları Ölçeği'nin İngilizce Formu	
EK V : DPAÖ'ni Geliştiren Yazardan Alınan İzin	
EK VI : Resmi Kurum İzin Belgeleri	
EK VII : Etik Kurul Onayı	

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	17
Tablo 2. DPAÖ Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları	20
Tablo 3. DPAÖ'nin Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı ve Puan Ortalamalarının Dağılımı	21
Tablo 4. Kaiser-Meyer Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ve Barlett's Test of Sphericity Testi Sonuçları	21
Tablo 5. DPAÖ'nin Faktör Yapısı ve Açıkladığı Varyans	23
Tablo 6. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	25
Tablo 7. Hastaların DTÖ ve DPAÖ'den Aldıkları Puan Ortalamaları	27
Tablo 8. Hastaların DTÖ ve DPAÖ Arasındaki İlişki	28
Tablo 9. Hastaların Cinsiyetlerine Göre DTÖ ve DPAÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 10. Hastaların Medeni Durumlarına Göre DTÖ ve DPAÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30
Tablo 11. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre DTÖ ve DPAÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 12. Hastaların Aile tipine göre DTÖ ve DPAÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 13. Hastaların Ailede Diyabet Öyküsü Olma Durumlarına Göre DTÖ ve DPAÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 14. Hastaların Yaşı, Ailedeki Birey Sayısı ve BKİ ile DTÖ ve DPAÖ arasındaki İlişki	36

TEŞEKKÜR

Öncelikle değerli önerileri ile bana yardımcı olan tez danışmanım Prof. Dr. Behice ERCİ'ye araştırmanın her aşamasında özellikle istatistiksel analizlerinde gösterdiği destek ve katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Tez jüri üyelerinden Sayın Doç.Dr Mehtap TAN'a, Sayın Yrd. Doç.Dr Nazlı HACIALİOĞLU'na, Sayın Yrd. Doç.Dr Dilek KILIÇ'a, Sayın Yrd. Doç.Dr Zeynep GÜNGÖRMÜŞ'e katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Çalışmam boyunca bana her türlü katkıyı sağlayan kurumum yöneticilerine ve çalışma arkadaşlarıma; araştırmaya katılan tüm hastalara içtenlikle teşekkür ederim.

Araştırmam boyunca göstermiş oldukları destek için aileme, çalışmalar sırasında yaşadığım sıkıntıları paylaşan ve göstermiş olduğu sabır için hayat arkadaşım Ertaç ELKOCA'ya ve varlığıyla bana güç veren kızım Yağmur Sude 'ye teşekkür ederim.

ÖZET

Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalığa Karşı Tutumları ve Problem Alanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

İki aşamalı olan araştırmanın birinci aşaması Diyabette Problem Alanları Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik güvenirliğini değerlendirmek için metodolojik; ikinci aşaması hastaların hastalığa karşı tutumları ve problem alanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Ekim 2008–Haziran 2010 tarihleri arasında, Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Endokrinoloji Polikliniğine başvuran, en az bir yıl önce Tip 2 diyabet tanısı konmuş, bilinç durumu açık olan ve araştırmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini olasılıksız örneklem yöntemiyle rastlantısal olarak seçilen 138 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren bir form, Diyabette Problem Alanları Ölçeği ve Diyabet Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Veriler cronbach alfa, pearson korelasyon tekniği ve faktör analizi ile değerlendirilmiştir.

Araştırmanın birinci aşamasında Diyabette Problem Alanları Ölçeğinin alfa güvenirlik katsayısının 0.88 olduğu ve tek faktörden oluştuğu belirlenmiştir. Yapılan bu analizler sonucu ölçeğin geçerlik ve güvenirliğe sahip olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların diyabete yönelik pozitif tutuma sahip oldukları belirlenmiş, diyabet tutum ölçeği toplam puan ortalaması 73.7 ± 9.3 olarak saptanmıştır. Hastaların diyabette kısmen ciddi problem yaşadıkları ve diyabette problem alanları ölçek puan ortalamasının 57.0 ± 15.1 olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Tip 2 Diyabet, Diyabette Tutum, Diyabette Problem Alanları.

ABSTRACT**The Attitude Of Patients with diabetes Type 2 And The Analysis Of The Correlation Between The Problem Fields**

The first phase of the research which has two phases was carried out methodological in order to evaluate the reliability of the validity of the scale of the problem fields in diabetes by adapting it into Turkish; the second phase of it was implemented descriptively to determine the attitudes of the patients about the illness and the correlation between the problem fields.

The patients who applied to the Atatürk University Yakutiye Research Hospital Internal Diseases Department Endocrinology Polyclinic Between October 2008 and June 2010 with diabetes type 2 diagnosis at least a year ago, conscious and admitted the research composed the horizon of this study. Randomly chosen patients by the improvable sample technique formed the sample of this research. A form that included the socio-demographic characteristics, The Scale of The Problem Fields in Diabetes, and The Scale of the Attitude in Diabetes were used in order to collect the data. The data were assessed by Cronbach alpha, Pearson correlation technique and factor analysis.

In the first phase of the research it was found out that the alpha reliability quotient for the Scale of the Problem Fields in Diabetes was 0.88 and involved one factor. As a result of these analyses it was determined that the scale has validity and reliability.

It was ascertained that the patients who were taken in the research had positive attitude about diabetes it was determined that the average total score of the scale of the attitude in diabetes was 73.7±9.3. It was found out that patients had partly critical problems and the average score of the scale of the problem fields in diabetes was 57.0±15.1.

Key words: Type 2 Diabetes, Diabetic attitude, The Area of Problem in diabetes.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şeker hastalığı (Diabetes Mellitus), vücudumuzda insülin hormonunun hiç üretilmemesine, vücudun ihtiyacını karşılayacak kadar üretilmemesi, ya da üretilen insülinin yeterince etki gösterememesine bağlı olarak ortaya çıkar. Diabetes Mellitus (DM), toplumda sayısı her geçen gün artan ve yaşam boyu süren kronik bir hastalıktır. Kısaca diyabet, yaşam boyu süren, komplikasyonları ile birey ve toplumu etkileyen, ekonomik yük getiren, tedavi ve bakımda birden fazla disiplinin katılımını gerektiren bir hastalıktır. Diyabet gibi, kronik hastalıklarda kişilerin hastalıkları ile ilgili tutumları, problem alanlarının saptanması ve kontrol altına alınması hastalığın yönetiminde etkili yöntemlerdir¹⁻³.

Dünya Sağlık Örgütü diabetes mellitusu yeni bin yılın en önemli halk sağlığı sorunları arasında kabul etmektedir. Uluslararası Diyabet Federasyonu verilerine göre dünyada 2010 yılı itibariyle 285 milyon diyabetlinin olduğu ve bu oranın 2030 yılında 439 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Türkiye’de ise 6 milyon diyabet hastasının olduğu bildirilmektedir⁴.

Diyabet tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artan bir hastalık olması nedeniyle sağlık bakım sistemine maliyeti yüksek, sosyal ve ekonomik etkisi olan bir patolojidir. Morsanutto ve arkadaşları⁵ majör komplikasyonların diyabetin toplam yıllık tıbbi maliyeti üzerine etkisini incelediği çalışmalarında iki ya da daha çok komplikasyonu olan diyabet hastalarının ortalama maliyetlerinin hasta başına 3141.21 Avro olduğunu, ekonomik kaynakların daha büyük miktarını harcadıklarını belirtmişlerdir.

Diyabetli hastaların günlük diyabet yönetimlerini başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmeleri için; diyabetle ilgili bilgiye ve aldığı bilgileri davranışa

dönüştürebilmek için olumlu tutumlara sahip olmaları gereklidir. Hastaların kendi sağlıklarıyla ilgili tutum ve davranışları diyabet tedavisinin temelini oluşturmaktadır.

Gedik⁶ ve Özcan⁷ tarafından yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, hastaların diyabete karşı tutumları diyabet bakımlarını sürdürmeyi etkilemektedir. Hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi konusunda negatif tutuma sahip olanlarda diyabet bakımında daha fazla engelle karşılaştıkları ve pozitif tutuma sahip olanlara göre bakımlarının yetersiz olduğu saptanmıştır.

Bireylerin tutumları uzun süreli duygu, inanç ve davranış eğilimleri olduğu için bu tutumların oluşmasını etkileyen faktörlerin de belirlenmesi gerekir. Bu faktörlerden biri de bireylerin yaşadıkları problemlerdir. Bu nedenle hastaların tutumlarının belirlenmesi yanında hastaların bireysel problem alanlarının da saptanması önemlidir.

Yapılan çalışmalarda diyabet hastalarının hastalığa karşı tutumları ya tek başına incelenmiş, ya da başka faktörlerin (eğitim, laboratuvar bulguları, demografik bulgular, beslenme ve egzersiz durumları vb.) etkisi ile birlikte ele alınmıştır⁶⁻¹³. Buna karşın diyabetli hastaların hastalığa karşı tutumları ile problem alanlarının ilişkisine değinen çalışmalara rastlanmamıştır. Aynı zamanda ülkemizde diyabet hastalarının problem alanlarının ölçülmesinde kullanılan geçerli ve güvenilir bir ölçeğe de rastlanmamıştır. DM'li hastaların problem alanlarının saptanması için 1995 yılında Polonsky ve arkadaşları¹⁴ Diyabette Problem Alanları Ölçeği'ni (DPAÖ) geliştirmişlerdir. Bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliğin yapılması ile diyabet hastalarının yaşadıkları problemlerin derecesinin sürekli ölçülebilmesine ve problemlere yönelik daha bireysel ve kaliteli hemşirelik bakımı verilmesine olanak sağlayacaktır.

Amaç: Bu çalışma diyabetli hastaların hastalığa karşı tutumları ile problem alanları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diabetes Mellitusun Tanımı ve Epidemiyolojisi

Diabetes mellitus (DM), beta hücrelerinden salgılanan insulinin eksikliği/yokluğu ya da periferik dokuda insuline duyarsızlık nedeni ile ortaya çıkan hiperglisemi ile karakterize metabolik bir hastalıktır. Oluşturduğu komplikasyonlar nedeniyle organ ve işlev kayıplarına yol açarak yaşam süresini ve kalitesini etkileyen, sosyal ve ekonomik yükü ağır olan bir hastalıktır^{15,16}.

Diyabet yaşadığımız yüzyılın en ciddi sağlık sorunlarından biridir ve tüm dünyada hızla artmaya ve her geçen gün daha fazla insanı etkilemeye devam etmektedir. Büyüyen pandemi her ülkede sağlık kaynaklarının tüketimini arttırmakta ve çalışma çağında olan pek çok insanın çalışamaz duruma gelmesine ve erken ölmesine neden olmaktadır^{16,17}.

Dünya Sağlık Örgütü DM'yi yeni bin yılın en önemli halk sağlığı sorunları arasında kabul etmektedir. Uluslararası Diyabet Federasyonu verilerine göre dünyada 2010 yılı itibariyle 285 milyon diyabetlinin olduğu ve bu oranın 2030 yılında 439 milyon diyabet hastasının olacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de ise 6 milyon diyabet hastasının olduğu bildirilmektedir¹⁸.

2.2. Tanı ve sınıflama

DM sendromu patogenezi, doğal gidiş ve tedaviye cevap açısından farklı birçok hastalığı kapsadığı için glukoz intoleransı olan hastaların sınıflamasında klinisyenler ve araştırmacıların genellikle kabul edilen terminolojinin yanı sıra standardize sınıflama ve tanısal kriterleri kullanmaları gerekir. Temmuz 1997'de Amerikan Diyabet Cemiyeti (ADA) 1979'da basılan Ulusal Diyabet Veri Grubunun kriterlerinin yerini alacak tanı ve sınıflama kriterlerini 2003 yılında tekrar revize edilmiştir¹⁹.

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

Semptomlar + rasgele plazma glikozu ≥ 200 mg/dl diyabete özgü semptomların (poliur, polidipsi ve açıklanmayan kilo kaybı vb) varlığına ek olarak günün herhangi bir zamanında ölçülen plazma glikoz değerinin ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/L) olması

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

Açlık plazma glikozu < 100 mg/dl ise normal, 110-126 mg/dl arasında ise Bozulmuş Açlık Glikozu (IFG= Impaired Fasting Glucose) olarak tanımlanır. IFG belirlendiğinde kesin tanı için OGTT yapılması gerekir^{20,21}.

Amerikan Diyabet Cemiyeti (ADA) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün kabul ettiği yeni sınıflama hem hipergliseminin klinik evrelerini hem de etyolojik tiplerini bir araya getirmektedir. Diyabet, Tip 1, Tip 2, Gestasyonel Diyabet ve Diğer Spesifik tipler olmak üzere 4 grupta sınıflanır²²:

- **Tip 1 diyabet** pankreas β hücre harabiyetine bağlı olarak mutlak insülin eksikliği ile daha çok çocuk ve gençlerde akut olarak ortaya çıkar. Hipoglisemi ve ketoasidoz gibi ciddi akut komplikasyonların daha sık yaşandığı diyabet tipidir ve bireyin yaşamını sürdürebilmesi için mutlaka dışarıdan insülin verilmesi gereklidir. Tüm diyabetlilerin yaklaşık % 5-10'u tip 1 diyabetlidir.
- **Tip 2 diyabet** insülin eksikliğinden çok hücresel düzeyde insülinin kullanılamaması ile karakterize bir formdur. Tip 2 diyabetliler genellikle obezdir

ve obezite insülin direncinin en başta gelen sebebidir. Obeziteden ayrı olarak kriterlere göre obez yada fazla kilolu olmayan bireylerde de genelde bel ve karın çevresindeki yağlanma diyabet için ciddi bir risktir. Tip 2 diyabet genellikle 40 yas ve üstü grupta görülür, ancak ortaya çıkma yaşı yaşam tarzı değişikliklerine bağlı olarak her geçen gün düşmekte gençlerde ve hatta çocuklarda görülebilmektedir. Bunun yanı sıra yaş arttıkça görülme sıklığı artmaktadır. Tip 2 diyabet klasik diyabet belirtilerinin çok belirgin olmadığı, sinsi başlangıçlı olan ve yıllarca asemptomatik kalabilen, kronik komplikasyonların sık görüldüğü, başlangıçta genellikle insülin tedavisine gerek duyulmayan diyabet tipidir ve tüm diyabetlilerin yaklaşık %90- 95'ini tip 2 diyabetlidir.

- **Gestasyonel diyabet** gebelik sırasında ortaya çıkan diyabeti tanımlarken, **diğer spesifik tipler**, pankreası etkileyen bir çok nedenle ortaya çıkan kan şekeri yüksekliğini tanımlar^{19,23}.

2.3. Tip 2 Diyabet Hastalarının Problem Alanları

DM, kronik fiziksel bir hastalık olmanın yanı sıra hasta açısından fiziksel, psikolojik, sosyoekonomik, psikoseksüel bir dizi problem ve çatışmanın gündeme gelmesine yol açabilen bir durumdur.

2.3.1. Fiziksel problemler

Diyabetin Komplikasyonları

Diyabette görülen komplikasyonlar akut ve kronik olarak sınıflandırılmaktadır. Bu komplikasyonlar bir yandan yaşam süresini kısaltmakta, diğer yandan da yaşam kalitesini azaltmaktadır^{24,25}.

Akut Komplikasyonlar

Kan glikoz seviyelerinin kontrolsüz olarak olması gereken değerlerin dışına çıkması ile diyabetin akut komplikasyonları ortaya çıkar. Diyabetlide yaygın olarak dört akut komplikasyon görülür. Bunlar;

- Hipoglisemi,
- Diyabetik Ketoasidoz,
- Hiperglisemi ve Hiperglisemik Hiperozmolar
- Nonketotik Koma (HHNK)'dir.

Kronik Komplikasyonlar

Kronik komplikasyonlar diyabetin ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkan ve ciddi problemlere neden olabilen ikincil durumlardır. Bu komplikasyonlar diyabet morbidite ve mortalitesinin artmasına neden olan en önemli faktörlerdir.

Mikrovasküler Komplikasyonlar

- Diyabetik Retinopati
- Diyabetik Nefropati

Makrovasküler Komplikasyonlar

- Ateroskleroz
- Hipertansiyon
- İskemik kalp hastalığı ve Miyokard infarktüsü
- Serebrovasküler atak (inme, iskemik fel)

Diyabetik Nöropati

Diyabetik Ayak.

Diyabetin komplikasyonlarını engellemek olası değildir. Ancak komplikasyonlar periyodik olarak yapılan iyi bir glisemik kontrol ile geciktirilebilir. Bu nedenle düzenli

olarak kontrol ve tetkiklerin yapılması komplikasyonların erken tanınmasında yardımcı olacaktır^{26,27}.

2.3.2. Psikolojik Problemler

Diyabetik hastalarda başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere psikolojik bozuklukların genel popülasyona oranla sık görüldüğü bildirilmektedir^{28,29}. Diyabet tanısı “utanma”, “reddetme”yi içeren bazı psikolojik değişikliklere yol açabilir; bu durum da bireyin hastalığı etkili şekilde yönetimine engel olur. Tanı koyulması kişinin öz-saygısını azaltabilir, direnç ve depresyon gelişebilir. Anderson ve arkadaşlarının metaanalizinde depresyonun diyabetli hastalarda genel popülasyona göre iki kat fazla görüldüğü bildirilmiştir³⁰. Diyabetik kadınlar beklendiği gibi depresyona daha eğilimlidirler. Kadınlarda erkeklerin iki misli sıklıkta gözlenir. Genel olarak diyabet eskidikçe ve diyabetin kronik komplikasyonları ortaya çıktıkça depresyon prevalansı da artar. Depressif rahatsızlık Tip 2 Diyabet hastasının kendine bakımını çeşitli mekanizmalar ile azaltır, fizik aktivite düzeyi üzerine olumsuz etki yapar. Hastanın sağlık ekibi ile olan ilişkisini bozar. Sonuçta genel yaşam kalitesini bozar. Tip 2 Diyabetiklerin depresyonunda kognitif davranış tedavisinin etkili olduğu gösterilmiştir³¹.

Diyabetli hastalarda anksiyete bozuklukları da sık görülür. Anksiyete benliğinin kendini tehdit altında hissettiği gerilim halidir³². Diyabetli hastalarda anksiyete belirtilerinin %40 gibi yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmiştir. Diyabetiklerin % 14’ünde ciddi anksiyete bozukluğu vardır. Bunun dışında erkeklerde % 40’a varan kadınlarda ise % 55’e varan oranda anksiyete semptomlarına rastlanır³³.

2.3.3. Sosyoekonomik Problemler

Tip 2 diabetes mellitus yaygın, kronik ve masraflı bir hastalıktır ve prevalansı endüstriyelleşmiş büyük ülkelerde artmaktadır. Diyabetin komplikasyonları yaşam kalitesini ve doğrudan ve dolaylı olarak sağlık bakım maliyetlerini belirlemede anahtar etkidir.

Morsanutto ve arkadaşlarının⁵ yaptığı çalışmada (2006) Avrupa'da diyabet tedavisinde en yüksek maliyet kaleminin hastaneye yatış, İtalyada ise reçeteli ilaçlar olduğunu belirlemişlerdir.

Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun verilerine göre, dünya genelinde diyabete ilişkili maliyetler 286 milyar dolara ulaşıyor. 2025 yılında ise bu rakamın 396 milyar dolara ulaşacağı tahmin ediliyor. Diyabetin ülkemiz için yarattığı ekonomik yükü ilgili yeterli somut veri bulunmamaktadır. Diyabet Hastalığının Türkiye'ye Yıllık Maliyetinin 1, 1 Milyar Dolar olduğu belirtilmektedir³⁴.

2.3.4. Psikoseksüel Problemler

Tip 2 Diyabetik erkeklerin üçte birinde belirli bir düzeyde erektil disfonksiyon vardır. Türkiyede sosyokültürel düzeyi yetersiz olan erkeklerde erektil disfonksiyon ciddi düzeyde psikolojik sorunlara neden olmaktadır. Genelde sorun kendini gösterdiğinde hekime başvurulmamakta ve hastalık ilerlediği zaman başvurulmaktadır. Hekime erektil disfonksiyon şikayetini belirtebilmekte psikolojik bir yük arz etmektedir. Bunun dışında Diabetes Mellitus'un ereksiyon bozukluğu yaptığını duyan kendisinde objektif bir ereksiyon yetersizliği olmayan bazı Diyabetik erkekler cinsel hayatlarını sınırlamakta hatta cinsel hayattan tamamen çekilmektedirler³¹.

Diyabet hastalarının problem alanlarının saptanması ve buna yönelik girişimlerin bireysel olarak planlanması son derece önem taşımaktadır. Ancak ülkemizde diyabet

hastalarının problem alanlarının ölçülmesinde kullanılan bir ölçeğe rastlanmamıştır. DM’li hastaların problem alanlarının saptanması için 1995 yılında Polonsky ve arkadaşları¹⁴ Amerikada Diyabette Problem Alanları Ölçeği’ni (DPAÖ) geliştirmişlerdir. Bu ölçeğin Türkçe’ye uyarlanarak geçerlik ve güvenirliğinin yapılması ile diyabet hastalarının yaşadıkları problemlerin derecesinin sürekli ölçülebilmesine ve problemlere yönelik daha bireysel ve kaliteli hemşirelik bakımı verilmesine olanak sağlayacaktır.

2.4. Tutum ve Tutumun Davranışa Etkileri

Tutum: Tutum bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilimdir³⁵. Morris³⁶ ise tutumu, “bir şeye ya da birine, tutum nesnesine karşı inanç, duygu, ve eğilimlerin görece durağan bir örgütlenmesi” olarak tanımlamaktadır. Bu tanımlarda görüleceği üzere tutum, kendisini duygu, düşünce ve eylemlerde göstermektedir. Öyle ise tutum; doğrudan gözlenemeyen, bir nesne, durum ya da bireylere karşı hissedilenlerle, inançlarla ve eylemlerle ilişkilendirilebilen, bireyden bireye farklılık gösteren psikolojik bir yapı olarak tanımlanabilir .

Hastaların kendi sağlıklarına özellikle kendi tedavisine ilişkin inanışlarıyla, tutum ve davranışlarıyla, iyilik halleri diyabet tedavisinin temelini oluşturmaktadır. İnançlar ve tutumlar birbirleri ile neden sonuç ilişkisinden ötürü sıkı bir bağlantı içindedir. İnançlar iç dünyalar ile ilgili algıların ve tanımların meydana getirdiği sürekli duygulardır. Tutumlar ise, belirli değer yargılarının içinde saklıdır. Tutumlar sağlık davranışının belirleyicileridir. Tutumlar organize olmuş uzun süreli duygu inanç ve davranış eğilimleridir. Bir eğilimin tutum olabilmesi için, bireyin o eğilimi uzun süre göstermesi gerekir. İnanç ve değer yargıları devam ettikçe devamlılıklarını sürdürürler.

Tutumlar bireyseldir, başka bir deyişle tutum, bireye atfedilen bir eğilimdir, gözlenemezler, ancak davranışa yansıdığında gözlenebilir. Deneyimler sonucu oluştuğu için de kolay değişmezler. Bireylerin inanç sistemleri ile ailelerin ve toplumun inanç ve önyargıları önceden bilirse davranışları kestirilebilir ve düzeltilebilir. Bundan dolayı, eğitim vermeye başlamadan önce hastanın inanç ve tutumları bilinmeli değiştirilmesi gereken ve yanlış olan alışkanlıkları, bilgi ve tutumları için plan yapılmalıdır²⁵.

2.5. Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalığa Karşı Tutumlarının Bakıma Etkileri

Tip 2 diyabetli hastalarda, metabolik kontrolü gerçekleştirebilmek için, bireylerin istek ve motivasyona sahip olması önem taşımaktadır³⁷. Hastaların kan glukoz düzeyini istenen seviyeye getirmek ve sürdürmek için, günlük yaşam aktiviteleriyle ilişkili olan medikal uygulamalar, diyet ve egzersizi içeren tedavi programına uyum göstermeleri gerekmektedir²⁷. Diyabetli hastanın günlük diyabet yönetimini başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için yeterli bilgi beceri ve olumlu tutumlara sahip olması gerekmektedir³⁸.

Hastaların kendi sağlıklarına özellikle de kendi tedavisine ilişkin tutum ve davranışları diyabet tedavisinin temelini oluşturmaktadır^{39,40}. Tip 2 diyabetin etkili yönetimi ve kontrolü, davranış uyumunu gerektirmektedir. Kişilerin hastalığa ilişkin inanç ve tutumları ile tedavinin gerekliliği için tanımlanan davranış uyumu arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır⁴¹. Kendisinde var olan diyabet tipinin diğer diyabet tiplerine göre daha hafif olduğunu düşünen ve hastalığını önemsemeyen diyabetli birey öğrenmeye motive edilemez. Böyle bir hastada ilk olarak ele alınması gereken konu inançlar ve tutumlar olmalıdır^{42,43}.

Hastaların tutumları diyabet bakımını önemli derecede etkilemektedir. Özcan⁴⁴ araştırmasında, yaşam kalitesi üzerine diyabetin etkisi konusunda negatif bir tutuma sahip olan hastaların diyabet bakımında daha fazla engelle karşılaştıklarını ve pozitif tutuma sahip olanlara göre de bakımlarının yetersiz olduğunu gözlemiştir. Olumsuz tutuma sahip kişilerin metabolik kontrol düzeylerinin daha kötü olduğunu, HbA1c ve kan basınçlarının da daha yüksek olduğunu saptamıştır. Aynı şekilde beden kitle indeksi ile diyabet tutumu arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırmalara göre olumlu tutuma sahip bireylerin glikoz kontrollerinin, öz bakım becerilerinin, diyabet hakkındaki bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu gözlenmiştir^{41,45-47}. Bu sonuçlar, bireylerin bakım ve tedaviye yönelik tutumlarının değerlendirilmesinin hastalığın kontrolünde ve yönetiminde ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

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

- Sağlığının önemli olduğuna,
- Bir hastalığı olduğuna,
- Hastalığının ciddi, yaşam boyu sürecek bir hastalık olduğuna,
- Hastalığa ilişkin yakınmaların giderilmesi, risklerin azaltılması ve yaşam kalitesinin düzeltilmesinin ve hastalığın tedavisinin mümkün olduğuna,
- Tedavinin yolunda gitmesinin hastanın bilgi ve katılımını gerektirdiğine, ancak bu işin zor olmadığı gibi zevkli bir biçime sokulabileceğine,
- Davranış ve yaşam biçimindeki ufak değişikliklerin sonuçlarının çok büyük ve ucuz olduğuna, ek olarak ekonomik katkılar gerektirmediğine, oysa yan etkiler oluştuktan sonraki ödemelerin çok pahalı olduğuna,

- Doğru bilgi ve davranış ile yaşam süresinin kısalmadığına,
- Evlenme ve çocuk sahibi olmak gibi doğal beklentilerin iyi metabolik kontrol varsa gerçekleşmesine engel bulunmadığına, belki sadece çocuk sayısının kısıtlı tutulmasının gerekli olduğuna,
- Diyabet tedavisinde; öncelikle, hastalığın kontrolünün önemli olduğuna, ekip çalışması gerektiğine, her zaman danışabileceği bir ekip veya hekim karşısında olduğuna inanması gerekmektedir²⁵.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma iki aşamada gerçekleşmiştir. Araştırmanın ilk aşamasında; Diyabette Problem Alanları Ölçeği (DPAÖ)'nin Türkçe'ye uyarlanarak dil geçerliliği değerlendirilmiştir. Bu yönüyle araştırmanın birinci aşamasında metodolojik araştırma modeli kullanılmıştır. İkinci aşamada Tip 2 diyabetli hastaların hastalığa karşı tutumları ve problem alanları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Endokrinoloji polikliniğinde Ekim 2008 - Haziran 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında Endokrinoloji polikliniğine başvuran, en az bir yıl önce tanı almış tip 2 diyabetli hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile belirlenen 138 hasta oluşturmuştur. Yapılan güç analizinde anlamlılık seviyesi 0.05, güven aralığı 0.95, etki büyüklüğü 0.7 ve evreni temsil gücü %95 oranındadır. Evrenden hastaların örnekleme alınmasında olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında ölçek madde sayısının en az 5-10 katı sayıda örnekleme ulaşılması gerekmektedir^{48,49}. Yirmi maddelik DPAÖ için, ölçek madde sayısının altı katından fazla sayıda hastaya ulaşılmıştır (138).

Örnekleme alınma kriterleri;

- Tanı süresi en az 1 yıl olmak
- İştih ve anlama sorunu olmamak

- Ciddi komplikasyonu olmamak (k6rl6k, fel6, b6brek yetmezliği gibi)

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında hastaların tanıtıcı 6zelliklerini i6eren Kişisel Bilgi Formu, Diyabet Tutum 6l6eği (DT6) ve dil ge6erliliği yapılan DPA6 ve kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından, diyabet polikliniğinde, pazartesi, 6arşamba ve cuma g6nleri olmak 6zere haftada 66 g6n toplanmıştır. Veriler hastaların verdikleri cevaplar doğrultusunda bire bir g6r6şme y6ntemi kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK I)

Hastaların tanıtıcı 6zelliklerini i6eren kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından ilgili literat6rler doğrultusunda geliřtirilmiřtir⁹⁻¹¹. Bu formda hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, 6ęrenim durumu, mesleği, aile tipi, sağlık g6vencesi, tanı alma s6resi, ailede diyabet 6yk6s6, sigara ve alkol kullanma durumu ve beden kitle indeksine ilişkin sorular bulunmaktadır.

3.4.2. Diyabet Tutum 6l6eği (EK II)

Amerika'da Ulusal Diyabet Komisyonu tarafından geliştirilen DT6'nin T6rk6e'ye uyarlanması, ge6erlik ve g6venirlik 6alışması 6zcan⁴⁴ tarafından yapılmıştır. 6zcan ve arkadaşlarının yaptığı 6alışmada, alt grupların test-tekrar korelasyon katsayıları 0.52-0.93, Cronbach's Alpha değerleri ise 0.61-0.93 sınırları arasındadır. Alt grupların 6l6ek toplam puanı ile korelasyonları değerlendirilmiş ve 0.39-0.94 sınırları arasında olduğu g6r6lm6řt6r. 6l6ek maddelerinin 6l6ek toplam puanı ile korelasyonları 0.38-0.80 değerleri arasındadır. Sonu6 olarak ge6erlik-g6venirlik işlemlerinde korelasyon katsayıları 0.30'dan b6y6k, test-tekrar test ve Cronbach Alpha değerleri genel olarak y6ksek bulunmuştur.

DTÖ'nün kapsadığı 7 alt grup; özel eğitim gereksinimi, hasta uyumuna karşı tutum, insüline bağımlı olmayan diyabetin (NIDDM) ciddiyeti, kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar, hastanın yaşamına diyabetin etkisi, hasta otonomisine karşı tutum ve ekip bakımına karşı tutumdur. Alt grupların madde sayısı 3 ile 7 arasında değişmektedir. Ölçek maddeleri 1'den 5'e kadar değişen, likert tipi puanlama ile puanlanmıştır. 5,6,12,18,23,24 numaralı sorular olumsuz olarak değerlendirilmiş, diğer sorular olumlu olarak değerlendirilmiştir. Puan >3 ise **pozitif tutumu**, puan ≤ 3 ise **negatif tutumu** ifade etmekte ve puanın artışı veya düşüşü o yöndeki tutumu güçlendirmektedir. Bu araştırmada DTÖ'nin Cronbach's α güvenilirlik katsayısı 0.75 olduğu saptanmıştır.

3.4.3. Diyabette Problem Alanları Ölçeğinin 'nin Türkçe Formu (EK III)

DPAÖ, Polonsky ve arkadaşları¹⁴ tarafından Boston'da 1995 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, İngilizce olarak geliştirilmiş daha sonra İspanyol, Japon, Alman, Çin, Kore ve Danimarka dillerine çevrilerek kullanılmıştır. Ölçek hastaların Diyabette problem alanlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Likert tipi ölçekte diyabette emosyonel distres ile ilgili 20 ifade bulunmaktadır. Ölçeği oluşturan 20 ifadeden “problem değil=0”, “biraz problem=1”, “orta derecede problem=2”, “az ciddi problem=3” ve “ciddi problem= 4” seçeneklerden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınmaktadır ve ham puan 1.25 ile çarpılarak gerçek puan elde edilmektedir. Böylece ölçekten en az 0 en fazla 100 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puandaki yükselme hastanın yaşadığı problemlerin ciddiyetinin arttığını gösterir. Polonsky ve arkadaşları¹⁴ tarafından geliştirilen DPAÖ 'nin geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve Cronbach's α güvenilirlik katsayısı 0.90 olarak belirlenmiştir

(Polonsky 1995). Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach's α güvenilirlik katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur.

DPAÖ Türkçe Formu'nun Geçerlik ve Güvenilirliği

DPAÖ'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği konuya ilişkin literatürler ve bu konuda uzman kişilerin görüşleri doğrultusunda yapılmıştır ⁵⁰.

DPAÖ 'nin Dil Geçerliliği

Araştırmanın bu aşamasında ölçeğin dil geçerliliğine yönelik olarak uzman görüşüne başvurulmuş, alınan görüşler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır.

İç Tutarlık

Ölçeğin iç tutarlık denetiminde madde toplam puan korelasyonları ve Cronbach's α güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Madde toplam puan korelasyonu ölçekteki maddelerin her birinin ölçek içinde eklenebilir özellik taşıyıp taşımadığını belirtir⁴⁹. Cronbach's α güvenilirlik katsayısı ise ölçek içindeki maddelerin iç tutarlılığının ve homojenliğinin bir göstergesidir. Ölçeğin Cronbach's α güvenilirlik katsayısı ne kadar yüksek olursa ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiriyle tutarlı olduğunu ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğunu gösterir. Likert tipi bir ölçekte yeterli sayılabilecek güvenilirlik katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır ⁵⁰.

Literatürde madde toplam puan korelasyonlarının 0.25'in üzerinde olması, Cronbach's α güvenilirlik değerlerinin ise 0.50'den büyük olması ölçeklerin iç tutarlılığının onaylanması için beklenen sınırlar olarak belirlenmiřtir⁴⁹.

3.5.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenleri DPAÖ ve DTÖ ölçeklerinin puanlarıdır.

Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri Hastaların tanıtıcı ve çeşitli özellikleridir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Science) 16 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler⁴⁹ Tablo 1' de sunulmuştur.

Tablo 1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

İncelenen Özellik	Kullanılan İstatistik Yöntemi
DPAÖ'nin faktör yapısının incelenmesi	Faktör analizi Barlett testi Kaiser-Meyer Olkin Testi
DPAÖ'nin iç tutarlılığı	Cronbach's α güvenilirlik katsayısı
DPAÖ'nin madde-toplam puan analizi	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu
Hastaların tanıtıcı özellikleri ile DTÖ ve DPAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi	Sayı-yüzde t-testi Kruskall Wallis Mann Mann Whitney U testi Korelasyon

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler anlatılmış ve bilgilendirilmiş onam koşulu bir etik ilke olarak yerine getirilmiştir^{51,52}. Yanıtların gönüllü olarak verilmesi gerekliliğinden araştırma kapsamına alınacak olan hastaların istekli olmalarına dikkat edilerek çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanarak sözel onamları alınmıştır.

İlk olarak ve Polonsky arkadaşları¹⁴ tarafından geliştirilen DPAÖ'nin Türkçe'ye uyarlanması konusunda yazardan izin alınmıştır (EK V)

Araştırmanın yapılması için ilgili kurumdan gerekli izin alınmıştır (EK VI).

Ayrıca tez önerisi Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul'una sunulmuş ve araştırma için Etik Kurul onayı alınmıştır (EK VII).

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları iki bölümde sunulmaktadır. Birinci bölümde: Diyabette Problem Alanları Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlikleri ile ilgili bulgular sunulmaktadır. İkinci bölümde: diyabetli hastaların tutumları ve problem alanları arasındaki ilişki ile ilgili bulgular verilmektedir.

4.1. DPAÖ Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlikleri İle İlgili Bulgular

DPAÖ Türkçe formunun içerik geçerliliğini değerlendirmek için İngilizce bilen hemşire, hekim ve dil bilimcilerden oluşan uzmanlara ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi yaptırıldı. Her madde uzmanların eleştirileri göz önüne alınarak incelendi ve gerekli düzeltmeler yapıldı. Sonra her iki dili iyi bilen bir İngiliz dil bilimciye ölçeğin geri çevirisi yaptırıldı. Karşılaştırmalar sonunda anlam değişikliği olmadığı belirlenerek ölçeğin dil geçerliliği onaylandı. Dil eşdeğerliliği sağlanan DPAÖ Türkçe formunun iç tutarlılığının incelenmesi için, Madde-toplam korelasyon katsayıları ve Cronbach Alpha Güvenirlik katsayısı, örneklemin yeterliliği için de Kaiser -Meyer Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ve Bartlett's Test of Sphericity değerleri hesaplanmış ve ardından DPAÖ'nin faktör yapısı incelenmiştir. Birinci uygulamada her bir madde puanı ile toplam puanı arasındaki ilişkiyi ve ölçeği oluşturan her bir maddenin eşit ağırlıkta olup olmadığını değerlendirmek için madde toplam puan (madde bırakma) korelasyonu uygulanmıştır. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonu $r = 0.375 - 0.710$ arasında değişmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. DPAÖ Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları

DPAÖ'nin Maddeleri	Korelasyon Değeri
1. Diyabet tedaviniz için açık ve net hedeflere sahip olmanız sizin için hangi düzeyde problem?	0. 398
2. Diyabet tedavinizin planı ile cesaretinizin kırılma hissi sizin için hangi düzeyde problem	0. 613
3. Diyabetle yaşadığınızı düşündüğünüz zaman korku hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?	0. 632
4. Diyabet bakımıyla ilgili rahatsız edici sosyal durumlar (diğerlerinin beslenmenizle ilgili söylediği şeyler vb.) Sizin için hangi düzeyde problem?	0. 614
5. Yiyeceklerin yoksunluğunu hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?	0. 554
6. Diyabetle yaşadığınızı düşündüğünüz zaman depresyonda hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?	0. 493
7. Diyabetinizle ilgili hislerinizi ve ruh halinizi başkalarının bilmemesi sizin için hangi düzeyde problem?	0. 618
8. Diyabetinizden dolayı bunalmanız sizin için hangi düzeyde problem?	0. 648
9. Düşük kan şekeri bulgularınızla ilgili endişeleriniz sizin için hangi düzeyde problem?	0. 375
10. Diyabetle yaşadığınızı düşündüğünüz zaman sinirlenmeniz sizin için hangi düzeyde problem?	0. 495
11. Yemekler ve yiyeceklerle ilgili yoğun endişe hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?	0. 467
12. Olası ciddi komplikasyonlar ve geleceğinizle ilgili endişeleriniz sizin için hangi düzeyde problem?	0. 445
13. Diyabetin tedavi bakımında uymanız gereken kuralları ve yapmanız gerekenleri bıraktığınız zaman suçluluk ve endişe hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?	0. 653
14. Hastalığınızın kabul görmemesi sizin için hangi düzeyde problem?	0. 597
15. Hekiminizden memnuniyetsizlik düşünceniz sizin için hangi düzeyde problem?	0. 375
16. Her gün fiziksel ve zihinsel olarak diyabetin enerjinizin büyük bir kısmını tüketmesi düşüncesi sizin için hangi düzeyde problem?	0. 628
17. Diyabetinizden dolayı yalnız hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?	0. 710
18. Diyabet bakımınız ve tedavinizle ilgili çabalarınızda aileniz ve arkadaşlarınızdan destek görmeme düşüncesi sizin için hangi düzeyde problem?	0. 606
19. Diyabetin komplikasyonlarıyla baş edebilme sizin için hangi düzeyde problem?	0. 571
20. Diyabetin tedavi ve bakımının sürekli yoğun çaba gerektirmesi nedeniyle tükenmişlik hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?	0. 655

4.1.1. DPAÖ Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı

DPAÖ'nin iç tutarlılığının ve homojenliğinin bir göstergesi olarak Cronbach Alpha güvenirlilik katsayısı incelenmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlilik katsayısı 0.88 olarak tespit edilmiştir. DPAÖ'den ortalama 45.63 ± 12.15 puan alınmıştır. Ölçekte işaretlenen alt toplam değer 11, üst toplam değer 77 olarak bulunmuştur (Tablo 3)

Tablo 3. DPAÖ'nin Cronbach Alpha Güvenirlilik Katsayısı ve Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	N	Cronbach Alpha güvenirlilik katsayısı	Ölçeğin alt ve üst değerleri	İşaretlenen alt ve üst değerler	X ± SS
DPAÖ	138	0.88	0-100	11-77	45.63±12.15

4.1.2. DPAÖ'nin Faktör Yapısı

DPAÖ'nin faktör yapısını incelenmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla 'Kaiser- Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy' (KMO) (örneklerin yeterliliği) ve örneklemin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek için 'Barlett's Test of Sphericity' (örneklem sınama büyüklüğü) analizleri uygulanmıştır.

Tablo 4. Kaiser-Meyer Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ve Barlett's Test of Sphericity Testi Sonuçları

Testler	Sonuçlar	
KMO	0.797	P=0.000
Bartlett's Test	1064.160	

Tablo 4’de görüldüğü gibi Kaiser Mayer Olkin Measure of Sampling Adequacy (örneklerin yeterliliği) test sonucu 0.797 ve Barlett’s Test of Sphericity Analizi (örneklerin sınama büyüklüğü) test sonucu 1064.160 olarak saptanmış olup her iki test sonucunda $p < 0.001$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

DPAÖ’nin faktör yapısını belirlemek için “Principal Component Analizi” (temel bileşenler) yöntemi kullanılmış ve ‘Varimax’ dönüştürmesine göre analizler yapılmıştır. Faktör yüklerinde çok anlamlı değişimler olmadığı için ve ayrıca açıklanacak varyansın 1’e denk gelmesini, değişkenlerin bir araya toplanıp toplanmadığını incelemek amacıyla ‘Principal Component’ yöntemi ve ‘Varimax’ döndürme yöntemi tercih edilmiştir. Analiz sonucu maddelerin ve toplam varyansı açıklama oranları ve faktör yükleri ile ilgili bulgular Tablo 5’ de verilmiştir.

Tablo 5. DPAÖ'nin Faktör Yapısı ve Açıkladığı Varyans

DPAÖ Maddeleri	Faktör 1
1. Diyabet tedaviniz için açık ve net hedeflere sahip olmanız sizin için hangi düzeyde problem?	.393
2. Diyabet tedavinizin planı ile cesaretinizin kırılma hissiniz sizin için hangi düzeyde problem	.631
3. Diyabetle yaşadığımızı düşündüğünüz zaman korku hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?	.645
4. Diyabet bakımıyla ilgili rahatsız edici sosyal durumlar (diğerlerinin beslenmenizle ilgili söylediği şeyler vb.) Sizin için hangi düzeyde problem?	.603
5. Yiyeceklerin yoksunluğunu hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?	.530
6. Diyabetle yaşadığımızı düşündüğünüz zaman depresyonda hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?	.488
7. Diyabetinizle ilgili hislerinizi ve ruh halinizi başkalarının bilmemesi sizin için hangi düzeyde problem?	.620
8. Diyabetinizden dolayı bunalmanız sizin için hangi düzeyde problem?	.660
9. Düşük kan şekeri bulgularınızla ilgili endişeleriniz sizin için hangi düzeyde problem?	.356
10. Diyabetle yaşadığımızı düşündüğünüz zaman sinirlenmeniz sizin için hangi düzeyde problem?	.483
11. Yemekler ve yiyeceklerle ilgili yoğun endişe hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?	.423
12. Olası ciddi komplikasyonlar ve geleceğinizle ilgili endişeleriniz sizin için hangi düzeyde problem?	.436
13. Diyabetin tedavi bakımında uymanız gereken kuralları ve yapmanız gerekenleri bıraktığınız zaman suçluluk ve endişe hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?	.659
14. Hastalığınızın kabul görmemesi sizin için hangi düzeyde problem?	.603
15. Hekiminizden memnuniyetsizlik düşünceniz sizin için hangi düzeyde problem?	.340
16. Her gün fiziksel ve zihinsel olarak diyabetin enerjinizin büyük bir kısmını tüketmesi düşüncesi sizin için hangi düzeyde problem?	.652
17. Diyabetinizden dolayı yalnız hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?	.725
18. Diyabet bakımınız ve tedavinizle ilgili çabalarınızda aileniz ve arkadaşlarınızdan destek görmeme düşüncesi sizin için hangi düzeyde problem?	.624
19. Diyabetin komplikasyonlarıyla baş edebilme sizin için hangi düzeyde problem?	.579
20. Diyabetin tedavi ve bakımının sürekli yoğun çaba gerektirmesi nedeniyle tükenmişlik hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?	.677
Öz değeri (Eigen Value)	6.44
Açıklanan Toplam Varyans%	32.23

Tablo 5 incelendiğinde başlangıç özdeğeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın %32.23'ünü açıklayan bir faktör bulunmuştur.

4.2. Diyabetli Hastaların Diyabette Tutum ve Problem Alanları Arasındaki İlişki

4.2.1. Araştırmaya Alınan Hastalara İlişkin Tanıtıcı Bulgular

Tablo 6. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=138)

Sosyo-demografik Özellikler (n=138)	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	77	55.8
Erkek	61	44.2
Medeni durum		
Evli	99	71.7
Bekar	17	12.3
Dul -Boşanmış	22	16
Eğitim durumu		
İlköğretim	77	55.8
Lise	43	31.2
Yüksekokul	18	13.0
Meslek		
Ev hanımı	18	13.0
İşçi	9	6.5
Memur	15	11
Çiftçi	22	16
Serbest meslek	61	44.2
İşsiz	13	9.4
Aile tipi		
Çekirdek aile	81	58.7
Geniş aile	47	34.1
Parçalanmış aile	10	7.2
Sağlık güvencesi		
Emekli sandığı	133	96.4
SSK	5	3.6
Hastalık süresi		
1-3 yıl	23	16.7
4-6 yıl	21	15.2
7-9 yıl	23	16.7
10 yıl ve üzeri	71	51.4
Ailede diyabet öyküsü olma durumu		
Yok	55	40
1. derece akrabalarda var	59	42.8
2. derece akrabalarda var	24	17.4
Beden Kitle İndeksi (BKİ)		
Zayıf	35	25.4
Normal	21	15.2
Hafif Şişman	78	56.5
Şişman	4	2.9
Yaş	X ± SS	48.58±12.39

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 6'da görülmektedir. Araştırmaya alınan hastaların yaş ortalamasının 48.58 ± 12.39 , %55.8'inin kadın, bu hastaların %55.8'inin ilköğretim mezunu oldukları saptanmıştır. Hastaların medeni durumu incelendiğinde %71.7'sinin evli olduğu ve % 44.2'sinin serbest meslekte oldukları saptanmıştır.

Hastaların sosyal güvence durumu incelendiğinde %96.4'ünün Emekli Sandığına bağlı olduğu ve %58.7'sinin çekirdek aileye sahip oldukları belirlenmiştir. Hastaların hastalık süresi incelendiğinde %51.4'ünün 10 yılı aşkın süredir diyabet hastası olduğu ve bu hastaların %39.9'unun ailelerinde diyabet öyküsü olmadığı belirlenmiştir. Hastaların BKİ'ne göre %56.5'inin hafif şişman olduğu saptanmıştır.

Tablo 7. Hastaların DTÖ ve DPAÖ'den Aldıkları Puan Ortalamaları (n=138)

Ölçekler	Alt değer	Üst değer	X ± SS
Özel Eğitim Gereksinimi	7.0	20.0	14.9 ± 2.7
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	6.0	22.0	13.2 ± 2.1
İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti	3.0	12.0	7.7 ± 2.4
Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	4.0	16.0	8.6 ± 2.2
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	5.0	20.0	10.1 ± 3.4
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	5.0	15.0	10.6 ± 1.8
Ekip Bakımına Karşı Tutum	4.0	15.0	8.2 ± 1.6
DTÖ Toplam	39.0	99.0	73.7 ± 9.3
DPAÖ	13.7	96.2	57.0 ± 15.1

Tablo 7'de görüldüğü gibi DTÖ'nin alt boyutlarından “*Özel Eğitim Gereksinimi*” alt ölçeği puan ortalaması 14.9 ± 2.7 ; “*Hasta Uyumuna Karşı Tutum*” alt ölçeğinin puan ortalaması 13.2 ± 2.1 ; “*İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti*” alt ölçeğinin puan ortalaması 7.7 ± 2.4 ; “*Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar*” alt ölçeğinin puan ortalaması 8.6 ± 2.2 ; *Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi*” alt ölçeğinin puan ortalaması 10.1 ± 3.4 ; “*Hasta Otonomisine Karşı Tutum*” alt ölçeğinin puan ortalaması 10.6 ± 1.8 ; “*Ekip Bakımına Karşı Tutum*” alt ölçeğinin puan ortalaması 8.2 ± 1.6 'dir. DTÖ'nin genelinin puan ortalaması 73.7 ± 9.3 olarak bulunmuştur. DPAÖ'nin puan ortalaması 57.0 ± 15.1 olarak bulunmuştur.

Tablo 8. Hastaların DTÖ ve DPAÖ Arasındaki İlişki

DTÖ	DPAÖ	p
Özel Eğitim Gereksinimi	-.195*	0.02
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	-.033	0.69
İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti	-.127	0.13
Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	-.235**	0.00
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	-.460**	0.00
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	.033	0.70
Ekip Bakımına Karşı Tutum	-.007	0.93
DTÖ Toplam	-.308**	0.00

* p<0.05

**p<0.01

Tablo 8’de görüldüğü gibi hastaların özel eğitim gereksinimleri ile problem alanları arasında negatif yönde bir ilişki vardır (p<0.05). Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar, hastanın yaşamına diyabetin etkisi ve diyabete karşı tutum ile hastaların problem alanları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.01).

Tablo 9. Hastaların Cinsiyetlerine Göre DTÖ ve DPAÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Cinsiyet		t ve p
	Kadın X ± SS	Erkek X ± SS	
Özel Eğitim Gereksinimi	13.2±2.2	13.2±1.9	t=.01 df=136 p=0.98
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	15.1±2.7	14.7±2.6	t=.75 df=136 p=0.45
İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti	7.3±2.4	8.1±2.4	t=-1.90 df=136 p=0.05
Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	8.4±2.1	8.9±2.3	t=-1.25 df=136 p=0.21
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	9.9±3.3	10.4±3.5	t=-.81 df=136 p=0.41
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	10.6±1.9	10.7±1.8	t=-.35 df=136 p=0.72
Ekip Bakımına Karşı Tutum	8.1±1.7	8.2±1.4	t=-.34 df=136 p=0.72
DTÖ Toplam	73.0±9.8	74.6±8.7	t=-1.01 df=136 p=0.31
DPAÖ	59.3±13.5	54.0±16.7	t=2.05 df=136 p=0.04*

* p<0.05

Hastaların cinsiyetlerine göre DTÖ puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Hastaların cinsiyetlerine göre DPAÖ puan ortalamalarına bakıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların Medeni Durumlarına Göre DTÖ ve DPAÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Medeni durum			KW ve p
	Evli X ± SS	Bekar X ± SS	Dul X ± SS	
Özel Eğitim Gereksinimi	13.1 ±2.2	13.3 ±2.2	13.7 ±1.5	$\chi^2=1.2$ df=2 p=0.54
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	14.9 ±2.8	15.7 ±2.2	14.1 ±2.1	$\chi^2=4.4$ df=2 p=0.11
İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti	7.7 ±2.5	7.0 ±2.5	8.1 ±2.3	$\chi^2=1.5$ df=2 p=0.45
Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	8.5 ±2.2	8.0 ±2.3	9.8 ±1.8	$\chi^2=9.4$ df=2 p=0.009*
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	10.1 ±3.3	9.0 ±4.0	11.0 ±2.9	$\chi^2=5.6$ df=2 p=0.06
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	10.5 ±1.9	11.0 ±1.7	10.8 ±1.6	$\chi^2=1.3$ df=2 p=0.51
Ekip Bakımına Karşı Tutum	8.1 ±1.7	8.2 ±0.7	8.6 ±1.1	$\chi^2=3.9$ df=2 p=0.13
DTÖ Toplam	73.3 ±1.0	72.5 ±6.3	76.3 ±5.2	$\chi^2=3.7$ df=2 p=0.15
DPAÖ	56.0 ±1.5	63.6 ±1.8	56.6 ±1.0	$\chi^2=3.8$ df=2 p=0.14

* p<0.05

Hastaların medeni durumları ile DTÖ'nün "Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar" alt ölçeğine ait puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Hastaların medeni durumları ile DPAÖ'ye ait puan ortalamalarının gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 10).

Tablo 11. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre DTÖ ve DPAÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	Eğitim durumu			KW ve p
	İlköğretim X ± SS	Lise X ± SS	Yüksekokul X ± SS	
Özel Eğitim Gereksinimi	13.5±2.0	12.9±2.1	13.1±2.4	$\chi^2=3.8$ df=2 p=0.14
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	14.3±2.5	15.6±2.7	15.8±2.6	$\chi^2=9.3$ df=2 p=0.009*
İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti	7.9±2.4	7.6±2.2	7.0±3.0	$\chi^2=1.4$ df=2 p=0.48
Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	9.2±2.2	7.9±2.1	8.2±2.1	$\chi^2=11.9$ df=2 p=0.003*
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	10.3±3.3	9.9±3.4	9.9±3.9	$\chi^2=1.08$ df=2 p=0.58
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	10.7±1.9	10.4±1.8	10.8±1.7	$\chi^2=.91$ df=2 p=0.63
Ekip Bakımına Karşı Tutum	8.2±1.5	8.2±1.8	8.1±1.4	$\chi^2=.14$ df=2 p=0.93
DTÖ Toplam	74.3±9.3	72.9±9.7	73.2±8.5	$\chi^2=2.07$ df=2 p=0.35
DPAÖ	55.5±1.4	58.5±1.7	60.0±1.4	$\chi^2=5.50$ df=2 p=0.06

*p<0.01

Hastaların eğitim durumlarına göre DTÖ'nün "*Hasta Uyumuna Karşı Tutum*" ve "*Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar*" alt ölçeklere ait puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 11).

Hastaların mesleklerine göre DTÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Hastaların mesleklerine göre DPAÖ ölçek puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaların hastalık sürelerine göre DTÖ ve DPAÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 12. Hastaların Aile tipine göre DTÖ ve DPAÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ailede Tipi			KW ve p
	Çekirdek Aile X ± SS	Geniş Aile X ± SS	Parçalanmış Aile X ± SS	
Özel Eğitim Gerekisini	12.9 ± 2.0	13.7 ± 2.0	13.7 ± 2.6	$\chi^2=4.8$ df= 2 p=0.08
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	15.0 ± 2.6	14.8 ± 2.7	14.8 ± 3.3	$\chi^2=.34$ df= 2 p=0.84
İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti	7.4 ± 2.3	8.2 ± 2.6	8.2 ± 2.4	$\chi^2=3.9$ df= 2 p=0.14
Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	8.3 ± 1.9	8.9 ± 2.6	10.4 ± 2.4	$\chi^2=7.3$ df= 2 p=0.02*
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	9.7 ± 2.9	10.5 ± 4.1	12.0 ± 2.1	$\chi^2=6.2$ df= 2 p=0.04*
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	10.7 ± 1.6	10.4 ± 2.2	11.4 ± 1.8	$\chi^2=2.3$ df= 2 p=0.31
Ekip Bakımına Karşı Tutum	7.9 ± 1.2	8.5 ± 2.1	8.9 ± 1.1	$\chi^2=9.9$ df= 2 p=0.007**
DTÖ Toplam	72.1 ± 7.7	75.2 ± 1.1	79.4 ± 8.7	$\chi^2=10.7$ df= 2 p=0.005**
DPAÖ	58.1 ± 1.5	55.3 ± 1.4	51.6 ± 1.5	$\chi^2=2.5$ df= 2 p=0.27

* p<0.05

** P<0.01

Hastaların aile tipine göre “Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar” ve “Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi” alt ölçek puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Hastaların aile tipine göre “Ekip Bakımına Karşı Tutum” alt ölçeği puan ortalamaları açısından

gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Hastaların aile tipi ile DPAÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Hastaların Ailede Diyabet Öyküsü Olma Durumlarına Göre DTÖ ve DPAÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ailede Diyabet Öyküsü Olma Durumu			Test değeri ve anlamlılık
	Yok X ± SS	1. derece akrabalarda var X ± SS	2. derece akrabalarda var X ± SS	
Özel Eğitim Gerekisini	13.2±2.0	12.9±2.0	14.0±2.4	F= 2.30 df=2 p=0.10
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	14.5±2.8	15.0±2.7	15.6±2.5	F= 1.49 df=2 p=0.22
İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti	7.9±2.4	7.4±2.3	8.0±2.8	F= .61 df=2 p=0.54
Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	8.8±2.4	8.3±2.2	9.2±2.0	F= 1.55 df=2 p=0.21
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	10.4±3.4	9.4±3.0	11.3±3.9	F= 2.88 df=2 p=0.05
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	10.3±2.0	10.8±1.8	10.9±1.5	F= 1.55 df=2 p=0.21
Ekip Bakımına Karşı Tutum	8.1±1.8	8.1±1.3	8.7±1.6	F= 1.55 df=2 p=0.21
DTÖ Toplam	73.4±9.7	72.3±8.2	78.0±1.0	F= 3.35 df=2 p=0.03*
DPAÖ	54.1±1.5	60.2±1.4	55.6±1.5	F= 2.49 df=2 p=0.08

* p<0.05

Hastaların ailelerinde diyabet öyküsü olma durumlarına göre DTÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 13). Hastaların BKİ ile DTÖ ve DPAÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 14. Hastaların Yaşı, Ailedeki Birey Sayısı ve BKİ ile DTÖ ve DPAÖ arasındaki ilişki

Ölçekler	Yaş	Ailedeki birey sayısı	BKİ
Özel Eğitim Gereksinimi	r = .008 p= 0.92	r = .060 p= 0.48	r = -.137 p= 0.11
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	r = -.208 p= .014*	r = -.009 p= 0.91	r = -.125 p= 0.14
İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti	r = .181 p= 0.03*	r = .147 p= 0.08*	r = .091 p= 0.29
Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	r = .219 p= 0.01**	r = .044 p= 0.61	r = .032 p= 0.71
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	r = .045 p= 0.60	r = .047 p= 0.58	r = -.082 p= 0.34
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	r = -.075 p= 0.38	r = .049 p= 0.57	r = .026 p= 0.76
Ekip Bakımına Karşı Tutum	r = -.066 p= 0.44	r = .194 p= 0.02*	r = -.108 p= 0.20
DTÖ Toplam	r = .033 p= 0.69	r = .121 p= 0.15	r = -.079 p= 0.35
DPAÖ	r = -.213 p= 0.01**	r = .009 p= 0.91	r = .040 p= 0.63

* p<0.05

** p<0.01

Hastaların yaşı ile DTÖ'nün "Hasta Uyumuna Karşı Tutum" alt boyutuna ait puan ortalamaları ile negatif ve "İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti" alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05). Hastaların yaşı ile DTÖ'nün "Kan Glikoz Kontrolü

ve Komplikasyonlar” alt boyutu ve DPAÖ’ye ait puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 14).

Hastaların ailelerindeki birey sayısı ile “İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti” alt boyutuna ait puan ortalaması ve “Ekip Bakımına Karşı Tutum” alt boyutuna ait puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaların BKİ ile DTÖ ve DPAÖ’ye ait toplam puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 14).

5. TARTIŞMA

5.1. DPAÖ'nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

İyi bir ölçme aracında aranan temel nitelikler ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliğidir. Geçerlilik ölçülmek istenen şeyin ölçülebilmiş olma derecesidir⁵³. Bir ölçmenin geçerli sayılabılmesinin ilk koşulu güvenilirliktir. Güvenilirlik, bir ölçme aracında yer alan bütün soruların birbiriyle tutarlılığı, ele alınan sorunu ölçmede homojenliğini ortaya koyan bir kavramdır⁴⁹.

Geçerliliğin sınanması için pek çok ölçüt vardır. Bu çalışmada ölçeğin geçerliliğini sınamak amacıyla içerik-kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliğine bakılmıştır.

Yirmi maddelik likert tipi bir ölçek olan DPAÖ Türkçe'ye çevrilerek içerik-kapsam geçerliliği için alanında uzman 6 kişinin görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak son hali verilerek içerik-kapsam geçerliliği ölçütü sağlanmıştır.

Ölçeğin her bir madde puanı ile toplam madde puanı arasındaki ilişkiyi ve ölçeği oluşturan her bir maddenin eşit ağırlıkta olup olmadığını değerlendirmek için yapılan madde toplam puan (madde bırakma) korelasyonunun $r = 0.375 - 0.710$ arasında değiştiği bulunmuştur. Literatür de madde toplam korelasyon katsayısının 20 ve üzerinde olması ayrıca korelasyon değerlerinin ve önem düzeylerinin yeterli olması halinde maddenin iyi olduğunu, korelasyon değeri yükseldikçe maddenin etkililik derecesinin arttığı bildirilmektedir⁴⁹. Araştırmada madde toplam korelasyon değerleri yeterli değere sahip oldukları için hiçbir madde çıkarılmadan uygulanmıştır.

DPAÖ'nin iç tutarlılığın ve homojenliğinin bir göstergesi olarak Cronbach's alpha güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır. DPAÖ'nin Cronbach's alpha güvenirlik

katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur. Bu bulgu ölçeğin iç tutarlılığa sahip yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir. Polonsky ve arkadaşları¹⁴ orijinal ölçeğin (PAID) geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirdikleri çalışmalarında Cronbach's α katsayısını 0.90 olarak bulmuşlardır. Ölçeğin alfa katsayısı ile ilgili olarak araştırmadan elde edilen sonuçlar Polonsky ve arkadaşlarının¹⁴ elde ettiği sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Bu bilgiler ışığında DPAÖ'nin Türkçe formunun iç tutarlılığının ve homojenliğinin yeterli olduğu söylenebilir.

DPAÖ'nin faktör yapısını incelemeye önce örneklem yeterliliği ve örneklemin sınama büyüklüğü testi yapılmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir indekstir. KMO ölçütü 0.90 - 1.00 olduğunda mükemmel, 0.80 - 0.89 arasında olduğunda çok iyi, 0.70 - 0.79 arasında olduğunda iyi, 0.60 - 0.69 arasında olduğunda orta, 0.50 - 0.59 arasında olduğunda zayıf ve 0.50'nin altında olduğunda ise kabul edilmez⁴⁹. KMO testi sonucu 0.797 ve Barlett's Test sonucunda ise 1064.160 olarak saptanmış ve her iki test sonucu da $p < 0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur (Tablo 3). KMO testi sonucu bulunan değer örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğunu ve Barlett's test sonucu da ölçeğin faktör analizi için uygun olduğunu göstermiştir.

Geçerliliğin sınanmasında bir diğer ölçüt ise yapı geçerliliğidir. DPAÖ'nin yapı geçerliliğini belirlemek için "*Faktör Analizi*" yapılmıştır. Faktör analizinde amaç; ölçekteki madde sayısının alt gruplara indirgenmesidir. Aynı faktörü ölçen maddeler bir araya gelerek çeşitli gruplar oluşur. Her faktör grubuna, içinde bulunan maddelerin özelliğine göre bir faktör adı verilir^{50,53}. DPAÖ'nin faktör yapısı incelendiğinde Özdeğeri 1'i aşan bir faktör elde edilmiştir. Maddelerin çoğunun, toplam varyansın

%32.23'ünü açıklayan birinci faktörde toplanmış olması ölçeğin tek faktörlü olduğunu göstermektedir⁵⁴. Yapılan faktör analizi sonucunda elde edilen bu bulgu, Polonsky ve arkadaşlarının¹⁴ yaptığı orijinal ölçeğin de tek faktörlü olduğunu belirttiği bulgusuyla desteklenmektedir.

5.2. Hastaların DTÖ ve DPAÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların

Tartışılması

Hastaların diyabete yönelik pozitif tutuma sahip oldukları belirlenmiştir.

En güçlü pozitif tutum gösterilen alt grup "*Özel Eğitim Gereksinimi*" alt grubudur (Tablo 7). Bu alt grupta diyabet ekibi üyelerinin diyabet ve yönetimi hakkında özel bir eğitim almaları konusunda hastaların tutumları sorgulanmaktadır. Hastalar kendilerinin tedavi, bakım, eğitim ve danışmanlığında görev alan sağlık ekibi üyelerinin bu konuda özel bilgi ve beceri ile donanmış olmasını istemektedir. Gedik⁶, Özcan⁴⁴ tarafından yapılan araştırmada en yüksek puan bu alt grupta elde edilmiştir. Sonuçların sağlık ekibi üyeleri için düzenlenen eğitim programlarının iyileştirilmesi ve devamlılığının sağlanması için bir itici güç oluşturacağı belirtilmiştir. En düşük puana sahip alt grup ise "*İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti*" alt grubudur. Bu alt gruptaki sorular insülinle ilgili olan sorulardır. Diyabetli hastalar insüline bağımlı olmayan diyabetin daha az önemseme eğilimindedirler. Bu eğilim diyabet kontrolünü zorlaştırabilmektedir ve negatif tutuma yol açabilmektedir. Bu sonuç toplumun hastalıkları önemsedini gösterir. İnsüline bağımlı olmak hastalığın daha da kötüye gitmesi demektir veya insülin nedeniyle hastaların yaşamlarının daha da sınırlanacağı ve diğer kişilerin hastaya farklı davranacağı gibi inançlardan ortaya çıkabilir. Kartal ve arkadaşlarının¹² yaptığı çalışmada da en güçlü pozitif tutumun "*Özel Eğitim*

gereksinimi” alt boyutunda, en zayıf pozitif tutumun ise “*İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti*” alt boyutunda olduğu bulunmuştur.

Peyrot ve arkadaşlarının⁵⁵ yaptığı çalışmada hastaların insüline ilişkin tutumları incelenmiştir ve insülin kullanımına direnç oluşmasına neden olan tutumlar şöyle sıralanmıştır. İnsülin hipoglisemi, kilo alımı ve komplikasyonların gelişmesine neden olacağı, insülin nedeniyle hastaların yaşamlarının daha da sınırlanacağı, insülinin hastalığın kontrolünde bir farklılık oluşturmayacağına ilişkin inançlar ortaya çıkmıştır.

Peyrot ve arkadaşlarının⁵⁵ yaptığı aynı çalışmada Amerikalı hastaların tüm diğer ülkelerdeki (Almanya, Japonya, İskandinav ülkeleri, İspanya) hastalardan insülin etkinliğine daha az inandıkları belirlenmiştir.

Johnson ve Whetstane⁸ yaptığı çalışmada en yüksek puan özel eğitim gereksinimi, hasta otonomisine karşı tutum alt gruplarında saptanmıştır ve Tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubunda düşük puan ortaya çıkmıştır. Bu çalışmanın sonuçları, verilen çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

DPAÖ'nin toplam puan ortalaması 57.04±15.19 olarak bulunmuştur. Bu bulgu hastaların diyabette kısmen ciddi problem yaşadıklarını göstermektedir. Hastaların diyabete yönelik pozitif tutuma sahip olmalarının sonucu bu yönde etkilenmiş olabileceği düşünülmüştür.

5.3. Hastaların DTÖ ve DPAÖ Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Çalışma kapsamına alınan hastaların “*Özel Eğitim Gereksinimleri*” ile DPAÖ arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.005). Hastalar, yaşadıkları problemlerin ciddiyeti arttıkça kendi tedavi, bakım, eğitim ve danışmanlığında görev alan sağlık ekibi üyelerinin bu konuda özel bilgi ve beceri ile donanmış olmasını

istemektedirler. Bu durum, hastaların ciddi problemler yaşamadıkları sürece aldıkları sağlık hizmetini ve hizmet verenlerin eğitim seviyelerini yeterli düzeyde olduğunu düşünmelerinden kaynaklanabilir.

“*Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar*” ve “*Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi*” alt boyutları ile DPAÖ arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Hastaların yaşadıkları problemlerin ciddiyeti arttıkça kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlarla ve diyabetin yaşamlarına etkisi ile ilgili negatif tutumun arttığı bulunmuştur. DTÖ toplam puanı ile DPAÖ toplam puanı arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Hastaların yaşadıkları problemin ciddiyeti arttıkça hastalığa karşı tutumun negatif yönde arttığı bulunmuştur. Diyabetli hastalar genellikle kötü glisemik kontrol ve komplikasyonlar nedeniyle hastanede yatmaktadırlar²⁷. Hastalığa ilişkin bilgi eksikliği ve gelecek kaygıları bireylerin tutumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sonuç çalışma kapsamına alınan hastaların eğitim seviyelerinin düşük olmasından kaynaklanabilir.

5.4. Hastaların Demografik Özellikleri ile DTÖ ve DPAÖ Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Hastaların cinsiyetleri ile DTÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken ($p>0.05$); DPAÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma kapsamındaki kadınların DPAÖ puan ortalamaları erkeklere göre daha fazla bulunmuştur. Snoek⁵⁶ yaptığı bir çalışmada da kadınların erkeklere göre DPAÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç verilen çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların medeni durumları ile DPAÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken ($p>0.05$); DTÖ'nün "*Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar*" alt ölçeği puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bekar hastaların evli ve dul hastalara göre "*Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar*" alt boyutunda tutumunun daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin diğer alt boyutlarında ve DTÖ toplam puan ile medeni durum açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 10). Javanshir'in⁹ yaptığı çalışmada hastaların diyabet tutumunun medeni durumlarına göre anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Bu araştırmanın bulgusu verilen araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların eğitim durumları ile DTÖ'nün "*Hasta Uyumuna Karşı Tutum*" ve "*Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar*" alt ölçek puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 11). Hastaların eğitim seviyeleri arttıkça kan şekerinin ve komplikasyonların kontrolü ve hastanın diyabete uyumu artmaktadır. Sivrikaya'nın¹⁰ yaptığı çalışmada eğitimin diyabet tutumunu ve metabolik kontrollerini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

Hastaların meslekleri ile DTÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Çelik'in⁴⁵ yaptığı çalışmada meslek ve diyabet tutumu arasında önemli fark belirlenmemiştir. Buna karşın hastaların meslekleri ile DPAÖ ölçek puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çiftçilerin diğer meslek gruplarına göre diyabete yönelik tutumlarının negatif olduğu, işsizlerin ise diğer meslek gruplarına göre diyabete yönelik daha ciddi problem yaşadıkları saptanmıştır.

Hastaların hastalık süreleri ile DTÖ ve DPAÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Kartal ve arkadaşlarının¹² yaptığı çalışmada da hastaların diyabet süreleri ile ilgili benzer sonuçlar bulunmuştur.

Hastaların aile tipi ile “Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar”, “Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi” ve “Ekip Bakımına Karşı Tutum” alt ölçek puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın çalışma kapsamına alınan çekirdek ve parçalanmış aileye sahip hastalardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastaların aile tipi ile DPAÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 12).

Hastaların ailelerinde diyabet öyküsü olma durumları ile DTÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların ailelerinde diyabet öyküsü olması onların hastalıkla ilgili tecrübelerinin ve bilgi düzeylerinin daha fazla olduğunu gösterir. Ambigapathy ve arkadaşları⁵⁷ hastaların bilgi düzeyi ile diyabete ilişkin tutumları arasında pozitif korelasyon olduğunu, diyabete ilişkin bilgisi iyi olan bireylerin hastalığa ilişkin tutumlarının da iyi olduğunu saptamışlardır.

Hastaların yaşı ile “Hasta Uyumuna Karşı Tutum”, “İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti” ve “Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar” ve DPAÖ ölçek puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 14). Kartal ve arkadaşları¹², Özcan⁴⁴ yaptıkları çalışmalarda yaş grupları ile diyabet tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını bulmuşlardır. Bu araştırmanın bulgusu yaşın artmasına bağlı olarak

hastaların diyabetle birlikte yaşama ve baş etme tecrübesinin artmış olabileceği ile yorumlanabilir.

Hastaların ailelerindeki birey sayısı ve BKİ ile DTÖ ve DPAÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Tip 2 diyabetli hastaların hastalığa karşı tutumları ile problem alanları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan araştırmanın I. aşamasının sonucunda:

DPAÖ'nin yapılan istatistiksel analizler sonucunda geçerlik ve güvenilirliğinin sağlandığı ve Türk toplumunda kullanılabileceği belirlenmiştir.

Hastaların diyabete yönelik pozitif tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Hastaların özel eğitime gereksinim duydukları saptanmıştır. İnsülin kullanmayan hastaların ise hastalığı ciddiye almadıkları saptanmıştır.

Çalışma kapsamına alınan hastaların problemleri arttıkça özel eğitime duyulan ihtiyaçları da artıyor . Hastaların problemleri azaldıkça da glukoz kontrolleri ve komplikasyonları olumlu yönde etkileniyor ve hastanın yaşamına diyabetin etkisi azalıyor.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Geçerlilik ve güvenilirliği gerçekleştirilerek Türkçe'ye uyarlanan DPAÖ'nin daha geniş gruplar ve farklı kültürler üzerinde uygulanması, dolayısıyla ölçeğin değişmezliğinin araştırılması,
- DPAÖ'nin hastaların problem alanlarını etkileyebilecek (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum vb.) değişkenlerle tekrar sınanması,
- DPAÖ'nin diyabetli hastaların problem alanlarının saptanması amacıyla hemşirelik araştırmalarında kullanılması,
- Hastaların diyabete karşı tutumları değerlendirilerek negatif tutumların belirlenmesi,
- Bireysel bakımlarının planlanmasında negatif tutumları düzelterek, diyabet tutumlarının iyileştirilmesi için planlı eğitim programlarının düzenlenmesi,

- DPAÖ ve DTÖ arasındaki ilişkinin büyük ve farklı özelliklere sahip örneklem gruplarında tekrar incelenmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Öztürk Z, Kuzu N. Diyabetes mellituslu hastaların ayak bakımına ilişkin davranışları. Hacettepe Üniversitesi HYO Derg 2002;9(2):31-40.
2. Gökdoğan F, Akıncı F. Bolu'da yaşayan diyabetlilerin sağlık ve hastalıklarını algılamaları ile uygulamaları. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Derg 2001;5(1):10-17.
3. Çalışkan D, Özdemir O, Ocaktan E, İdil A. 1334 Diyabetik olguda diyabet ile ilgili bilgi alma durumu ve etkili faktörlerin değerlendirilmesi. I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu (Uluslararası Katılımlı) Ankara, 2004;145.
4. <http://diyabet2020.org/Content/Neden-Diyabet-2020-/Dunyada-ve-Turkiye-de-Diyabet.aspx> (erişim tarihi: 22. 02. 2010)
5. Morsanutto A, Patrizia B, Stefania L, Renzo G, Dario V, Paola PC, Lorenzo GM, Major complications have an impact on total annual medical cost of diabetes: Results of a database analysis. J Diabetes Complicat 2006;2:152-159.
6. Gedik S. Tip 2 diyabetli hastaların bakıma ve tedaviye yönelik tutumlarının ve iyilik hallerinin belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.
7. Özcan Ş. Diabetes mellituslu hastanın yönetimi ve hemşirelik. Ed: Yenigün M. Her Yönüyle Diabetes Mellitus. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001:969-997.
8. Johnson C. Whetstone WR. Assessing transcultural attitudes towards diabetes trinidad. J Natl Black Nurses Assoc 2005;16(2):15-19

9. Javanshir M. Tip I ve Tip 2 diyabetli hastaların diyabet tutumlarının değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
10. Sivrikaya S. Tip 2 Diyabetes mellitus hastalarına verilen planlı eğitimin hastaların tutumlarına, iyilik hallerine ve metabolik kontrol değişkenlerine etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, Erzurum, 2006.
11. Atak N, Hasta eğitiminin hastaların bilgi düzeyi ve kendini yönetme becerileri ile hastalığa yönelik tutumlarına etkisi (tip 2 diyabet hastaları örneği). Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2006.
12. Kartal A, Çağırğan G, Tıgılı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull 2008; 7(3):223-230.
13. Tierney S, Deaton C, Whitehead J. Caring for people with type 1 diabetes mellitus engaging in disturbed eating or weight control: a qualitative study of practitioners' attitudes and practices. J Clin Nurs 18, 384-390.
14. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE, Schwartz CE: Assessment of diabetes-related distress. Diabetes Care 1995;18:754-60.
15. Yılmaz T. Diabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri ve Sınıflaması. Ed:Yılmaz T. Bahçeci M. Büyükbeşe A. Diabetes Mellitusun Modern Tedavisi. İstanbul, 2003; 1-10.
16. DeCoste KC. Scott LK. Diabetes update: promoting effective disease management. J Am Assoc Occup Health Nurses 52(8): 344-353.

17. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projection for 2030. *Diabetes Care* 2004;27(5): 1047-1053.
18. World Health Organization (WHO 2008). Diabetes Fact Sheet No.312, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html> (Erişim tarihi 15.09.2009).
19. <http://diyabet2020.org/Content/Neden-Diyabet-2020-/Dunyada-ve-Turkiye-de-Diyabet.aspx><http://www.diabetesatlas.org/content/diabetes-and-impaired-glucose-tolerance> (erişim tarihi: 22. 02. 2010).
20. Brant CF. Tip 2 Diabetin Tıbbi Tedavisi, Beşinci baskı, ADA. Portcity Pres, 2004.
21. American Diabetes Association: Diagnosis and classificaiton of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2004;27:supplement 1.
22. Durna Z. Diyabetin Sınıflandırılması ve Tanı Kriterleri. Ed: Erdoğan S. Diyabet Hemşireliği, İstanbul, 2002;11-19.
23. American Diabetes Association . Standards of medical care in diabetes- *Diabetes Care* 2008; 31 (1):12-54.
24. Uysal AR. Diabetes mellitusun komplikasyonları. In: Erdoğan G, ed. Klinik Endokrinoloji. Ankara: Ankara Üni. Tıp Fak. ANTIP AŞ. Yayınları, 2003 (23): 287-310.
25. Dinççağ N. Diyabetes mellitus'lu hastanın eğitimi. In: Yenigün M, Altuntaş Y, ed. Her Yönüyle Diyabetes Mellitus. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi Ltd. şti, 2001: 997-1002.

26. Özcan Ş. Kronik komplikasyonlar. In: Erdoğan S, ed. Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. İstanbul, Yüce Reklam Yayım Dağıtım AŞ, 2002: 141-154.
27. Bahar A, Sertbaş G. Diyabetes mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve yetiyitimi. Sağlık ve Toplum. 2006; 16(4): 29-39.
28. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür Ş. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türk Psikiyatri Derg. 2001; 12(2):89-98.
29. Kumcağız H, Özenoğlu A, Avcı İ, Uğurlu S. Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda bunaltı düzeyleri ve stresle başetme . Cumhuriyet Tıp Derg 2009; 31: 122-129.
30. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a metaanalysis. Diabetes Care 2001; 24:1069-1078
31. Görpe U. Diabetes mellitus hastalığında psikososyal sorunlar İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. 2008 (62):259-262.
32. Özkan, S. Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Diyabet, Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi, İstanbul, 1993:94-99.
33. Lloyd CE, Dyer PH, Barnett AH. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. Diabet Med 2000; 17:198-202.
34. <http://www.yorumla.net/saglik/596835-turkiyede-diyabet-kontrol-projesi.html> (erişimtarihi 09.03.2010)
35. Kağıtçıbaşı Ç. İnsan ve İnsanlar, İstanbul: Evrim Basım Yayım, 2004.

36. Morris C. Psikolojiyi Anlamak (çevirenler; Erkus A, Batıgün A.D, Ayvasık B. ve ark.), TPD Yayınları, 2002.
37. Kara B. Tip 2 Diyabetes mellitus hastalarında anksiyete ile metabolik kontrol arasındaki ilişki. Sağlık ve Toplum 2006; 16(1): 36-40.
38. Gergely M. Effective Diabetes Education. IDF Bulletin. 1992; (37): 9-10.
39. Basco MR. Perfectionizm and diabetes care. Diabetes Spectrum 1998; 11: 43-48.
40. Hannah JB, Alberts J. Motivators and barriers to attending a diabetes education class and its impact on beliefs, behaviors, and control over diabetes. Geriat Nurs 2005; 26(1): 50-58.
41. Daniel M, Messer LC. Perception of disease severity and barriers to self care predict glysemic control in aboriginal persons with type 2 diabetes mellitus. chronic diseases in Canada. Chronic Dis Can 2002; 23(4): 130-128.
42. Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Religious and Cultural Distance in Beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. Int J Nurs Stud 2003; 40(6): 627-643.
43. Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health behavior models. Int Elect J Health Educ. 2000; 3: 180-193.
44. Özcan Ş. Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul, 1999.
45. Çelik SG. Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakıma ve Tedaviye Yönelik Tutumlarının ve İyilik Hallerinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.

46. Kitiş Y. Diyabetlilerin Evde İzlenmesinin Diyabet Kontrolüne Etkisi. Yayınlanmış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004.
47. Skinner TC, Hampson SE. Personal models of diabetes in relation to self care, well being, and glyceemic control. *Diabetes Care* 2001; 24: 828-833.
48. Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 3. Basım, 1997.
49. Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları. II. Baskı, Ankara, Emek Ofset Ltd. Şti., 2003.
50. Erefe İ. Veri Toplama Araçlarının Niteliği. Editör: Erefe İ. Hemşirelikte Araştırma. İstanbul, Odak Ofset, 2002.
51. Polit D. Hungler B. *Essentials of Nursing Research*. New York, Lippincott, 1997:125-147.
52. Ulusoy M.F. Uçar H. Araştırma Etiği. Ankara. 72 tasarım Ltd. Şti., 2002:27-40.
53. Karasar N. *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd. Şti. , 7. Basım, 1995.
54. Şeker H, Gençdoğan B. Psikolojide ve eğitimde ölçme aracı geliştirme. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2006: 3-15.
55. Peyrot M, Ruben RR, Lauritzen T, Skorvlund SE, Snoek FJ, Matthews DR, Landgraf R, Kleinebreil L. Resistance to insulin therapy among patients and providers. *Diabetes Care* 2005;28: 2673-2679.
56. Snoek FJ. Breaking the barriers to optimal glycaemic control - what physicians need to know from patients’ perspectives. *Int J Clin Pract Suppl* 2002; 129: 80-

57. Ambigapathy R, Ambigapathy S, Ling HM. A knowledge, attitude and practice (kap) study of diabetes mellitus among patients attending klinik kesihatan. Seri manjung, NCD Malaysia 2003; 2(2):6-16.

Kaynaklar giriş

1. Öztürk Z, Kuzu N. (2002) Diyabetes mellituslu hastaların ayak bakımına ilişkin davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;9(2):31-40.
2. Gökdoğan F, Akıncı F. (2001) Bolu'da yaşayan diyabetlilerin sağlık ve hastalıklarını algılamaları ile uygulamaları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;5(1):10-17.
3. Çalışkan D, Özdemir O, Ocaktan E, İdil A. (2004) 1334 Diyabetik olguda diyabet ile ilgili bilgi alma durumu ve etkili faktörlerin değerlendirilmesi.I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu (Uluslar arası Katılımlı) Ankara;145.
4. <http://diyabet2020.org/Content/Neden-Diyabet-2020-/Dunyada-ve-Turkiye-de-Diyabet.aspx>
5. <http://www.diabetesatlas.org/content/diabetes-and-impaired-glucose-tolerance> (erişim tarihi: 22. 02. 2010)
6. Morsanutto A, Patrizia Berto, Stefania Lopatriello, Renzo Gelisio, Dario Voinovich, Paola Perelli Cippo, Lorenzo Giovanni Mantovani,* Majör komplikasyonların diyabetin toplam yıllık tıbbi maliyeti üzerine etkisi vardır?. Veritabanlı bir incelemenin sonuçları Journal of Diabetes and Its Complications 2 (2006) 152-159.
7. Tezbasaran A. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu, Ankara: TPD Yayınları. 1996.
8. Özcan ř. Diabetes Mellituslu hastanın yönetimi ve hemşirelik. Ed: Yenigun M. Her Yonuyle Diabetes Mellitus. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001:969-997.
9. Gedik S. Tip 2 diyabetli hastaların bakıma ve tedaviye yönelik tutumlarının ve iyilikhallerinin belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İstanbul, 2002.
10. Johnson C, Whetstane WR. Assessing Transcultural Attitudes Towards Diabetes inTrinidad, *Journal of National Black Nurses Association*, Volum 16, Number 2, 2005.
11. Javanshir M. Tip I Ve Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Tutumlarının Değerlendirilmesi İstanbul ÜniversitesiSağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2006.
12. Sivrikaya S. Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarına Verilen Planlı Eğitimin Hastaların Tutumlarına, İyilik Hallerine ve Metabolik Kontrol Değişkenlerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora tezi. Erzurum. 2006.

13. Atak N, Hasta Eğitiminin Hastaların Bilgi Düzeyi Ve Kendini Yönetme Becerileri İle Hastalığa Yönelik Tutumlarına Etkisi (Tip 2 Diyabet Hastaları Örneği) Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Ankara 2006.
14. Kartal A, M.Gülçin Çağırğan, Havane Tıgılı,Yasemin Güngör,Nilay Karakuş,Mevlüt Gelen Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutumları ve Tutumu Etkileyen Faktörler TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008: 7(3)
15. Tierney S, Christi Deaton and Julie Whitehead Caring for people with type 1 diabetes mellitus engaging in disturbed eating or weight control: a qualitative study of practitioners' attitudes and practices. Journal of Clinical Nursing, 18, 384–390

Kaynaklar Genel Bilgiler

1. Yılmaz T.Diyabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri ve Sınıflaması. Ed:Yılmaz T. Bahcesi M.Buyukbeşe A.Diyabetes Mellitusun Modern Tedavisi. İstanbul, 2003; 1-10.
2. DeCoste KC. Scott LK. Diabetes update: promoting effective disease management. Journal of the American Association of Occupational Health Nurses 52(8): 344-353.
3. Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., King, H. (2004). Global Prevalence of Diabetes Estimates for The Year 2000 And Projection For 2030. *Diabetes Care*, **27(5)**, 1047-1053.
4. World Health Organization (WHO 2008).Diabetes Fact Sheet No.312, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html> (Erisim15.09.2009)
5. <http://diyabet2020.org/Content/Neden-Diyabet-2020-/Dunyada-ve-Turkiye-de-Diyabet.aspx> <http://www.diabetesatlas.org/content/diabetes-and-impaired-glucose-tolerance> (erişim tarihi: 22. 02. 2010)
6. American Diabetes Association (ADA 2008). Standards of Medical Care in Diabetes-2008. *Diabetes Care*, **31 (1)**:12-S54.
7. Brant Cf.Tip 2 Diabetin Tıbbi Tedavisi, Beşinci baskı, ADA. Portcity Pres, 2004.
8. Gedik S. Tip 2 diyabetli hastaların bakıma ve tedaviye yönelik tutumlarının ve iyilik hallerinin belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yukseklisans Tezi,İstanbul, 2002.
9. Alphan E. Diyabette beslenme tedavisi. Ed: Yenigun M. Altuntaş Y. Her Yonuyle Diabetes Mellitus. İstanbul, 2002;895-921.
10. Anderson RM, Fitzgerald JT, Funnell MM, Gruppen LD. The Third Version of the Diabetes Attitude Scale. *Clinical Care*, Volume 21, Number 9, September 1998.

11. Brunner LS, Suddorth DS. Medical Surgical Nursing. Cev: Ed.Nogabi A. Tahrn, 2004;100-110.
12. Kara B. Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarında Anksiyete ile Metabolik Kontrol Arasındaki İlişki. Sağlık ve Toplum. 2006; 16(1): 36-40
13. Bahar A, Sertbaş G. Diyabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam kalitesi ve Yetiyitimi. Sağlık ve Toplum. 2006; 16(4): 29-39.
14. Gergely M. Effective Diabetes Education. IDF Bulletin. 1992; (37): 9-10.
15. Basco MR. Perfectionizm and Diabetes Care. Diabetes Spectrum.1998; 11: 43-48.
16. Hannah JB, Alberts J. Motivators and Barriers to Attending a Diabetes Education Class and Its Impact on Beliefs, Behaviors, and Control Over Diabetes. Geriatric Nursing. 2005; 26(1): 50-58.
17. Daniel M, Messer LC. Perception of Disease Severity and Barriers to Self Care Predict Glysemic Control in Aboriginal Persons With Type 2 Diabetes Mellitus. Chronic Diseases in Canada. 2002; 23(4): 130-128.
18. Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Religious and Cultural Distance in Beliefs About Health and Illness in Women With Diabetes Mellitus of Different Origin Living in Sweden. International Journal of Nursing Studies. 2003; 40(6): 627-643.
19. Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health Behavior Models. The International Electronic Journal of Health Education. 2000; 3: 180-193.
20. Özcan Ş. Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul. 1999.
21. Daniel M, Messer LC. Perception of Disease Severity and Barriers to Self Care Predict Glysemic Control in Aboriginal Persons With Type 2 Diabetes Mellitus. Chronic Diseases in Canada. 2002; 23(4): 130-128.
22. Çelik SG. Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakıma ve Tedaviye Yönelik Tutumlarının ve İyilik Hallerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2002.
23. Kitiş Y. Diyabetlilerin Evde İzlenmesinin Diyabet Kontrolüne Etkisi. Yayınlanmış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara. 2004.
24. Skinner TC, Hampson SE. Personal Models of Diabetes in Relation to Self Care, Well Being, and Glycemic Control. Diabetes Care. 2001; 24: 828-833.
25. American Diabetes Association: Diagnosis and Classificaiton of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 2004;27:supplement 1.

26. Durna Z. Diyabetin Sınıflandırılması ve Tanı Kriterleri. Ed: Erdoğan S. Diyabet Hemşireliği, İstanbul, 2002;11-19.
27. Bahceci M. Oral antidiyabetik ilaçlar ve yeni uygulamalar. Ed.Yılmaz T. Bahceci M.Buyukbeşe MA. Diabetes Mellitusun Modern Tedavisi. İstanbul, 2003:35-54.
28. Fadıloğlu Ç. Diyabetin maliyeti ve ekip yaklaşımı. İn Fadıloğlu Ç. ed. III. Ege Dahili Tıp Günleri Diyabet Hemşireliği. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.2004: 1-19.
29. Kamel N. Diabetes mellitusta eğitim, diyet, egzersiz ve oral antidiyabetik tedavi. İn Erdoğan G, ed. Klinik Endokrinoloji. Ankara: Ankara Üni. Tıp Fak. ANTIP A.Ş. Yayınları No: 23. 2003: 233-262.
30. Uysal AR. Diabetes mellitusun komplikasyonları. İn Erdoğan G, ed. Klinik Endokrinoloji. Ankara: Ankara Üni. Tıp Fak. ANTIP A.Ş. Yayınları No: 23. 2003: 287-310.
31. Olgun N. Diyabetik Hasta Eğitimi. Ed: Yılmaz T, Bahceci M, Buyukbeşe MA. Diabetes Mellitusun Modern Tedavisi, İstanbul, 2003; 171-180
32. Dinççağ N. Diyabetes mellitus'lu hastanın eğitimi. İn Yenigün M, Altuntaş Y, ed. Her Yönüyle Diyabetes Mellitus. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi Ltd. Şti. 2001: 997-1002
33. Özcan Ş. Kronik komplikasyonlar. İn Erdoğan S, ed. Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. İstanbul:Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş. 2002: 141-154.
34. GÜLSEREN L, Dr. Zeliha HEKİMSOY**, Dr. Şeref GÜLSEREN*, Dr. Zeynep BODUR*, Savaş KÜLTÜR*** Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi *Uzm., ***Prof., Psikiyatri Kl. **Uzm., Metabolizma ve Endokrin Hastalıklar Birimi. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(2):89-98
35. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a metaanalysis. Diabetes Care 2001; 24:1069-1078.
36. Kumcağız H, Aliye Özenoğlu, İlknur Aydın Avcı, Serdal Uğurlu Tıp 2 diyabetes mellituslu hastalarda bunaltı düzeyleri ve stresle başetme . Cumhuriyet Tıp Derg 2009; 31: 122-129
37. Özkan, S. (1993). Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Diyabet, **Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi**, İstanbul, s:94-99
38. Lloyd, CE., Dyer, PH., Barnett, AH. (2000); "Prevalence of Symptoms of Depression and Anxiety in a Diabetes Clinic Population", **Diabet Med**, 17:198-202.

39. *Görpe U.* Diabetes Mellitus Hastalığında Psikososyal Sorunlar İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 •Mart 2008 S:259-262.
40. *Fadıloğlu Ç.* Diyabetin yönetimi ve hemşirelik. İn *Yılmaz C.* ed. Diyabet Hemşiresi El Kitabı. İzmir: Asya Tıp Yayıncılık. 2002: 74-120.
41. *Durmaz Akyol A.* Diyabette hemşirelik bakımı. Kronik Hastalıklarda Bakım. İzmir;İntertıp Tıbbi Yayıncılık.2002: 103-130.
42. *Morsanutto A, Patrizia Berto, Stefania Lopatriello, Renzo Gelisio, Dario Voinovich, Paola Perelli Cippo, Lorenzo Giovanni Mantovani,** Majör komplikasyonların diyabetin toplam yıllık tıbbi maliyeti üzerine etkisi vardır?. Veritabanlı bir incelemenin sonuçları *Journal of Diabetes and Its Complications* 2 (2006) 152-159.

Kaynaklar Materyal metod

1. *Öner N.* Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 3. Basım, 1997.
2. *Akgül A.* Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSSUygulamaları. II. Baskı, Ankara, Emek Ofset Ltd. Şti., 2003.
3. *Ozcan Ş.* Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyumu Etkileyen Faktorlerin Değerlendirilmesi.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1999.
4. *Polit D., Hungler B.* Essentials of Nursing Research. New York. Lippincott. 1997:125-147.
5. *Ulusoy M.F. Uçar H.* Araştırma Etiği. Ankara. 72 tasarım Ltd. Şti. 2002:27-40
6. *Erefe İ.* Veri Toplama Araçlarının Niteliği. Editör: *Erefe İ.* Hemşirelikte Araştırma. İstanbul. Odak Ofset, 2002.
7. *Karasar N.* Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd. Şti, , 7. Basım 1995.
8. *Sümbüloğlu K.* Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri. Ankara. Hatiboğlu Yayınevi. 2. Baskı 1998.

EK I

SORU FORMU

Anket no:

1) Cinsiyetiniz : 1) Kadın 2) Erkek

2) Yaşınız :.....

3) Medeni Durumunuz : 1) Evli 2) Bekar 3) Dul

4) Eğitim Durumunuz : 1) İlköğretim 2) Lise 3) Yüksekokul

5) Mesleğiniz :

1) Memur 2) İşçi 3) Serbest 4) Emekli 5) Ev Hanımı 6) İşsiz

6) Aile Tipiniz : 1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile 3) Parçalanmış Aile

7) Ailedeki Birey Sayısı:.....

8) Sağlık Güvenceniz :

1) Emekli Sandığı 2) SSK 3) Yeşil Kart 4) Bağkur 5) Diğer.....

9) Kaç Yıldır Diyabet Hastasıdır :.....

10) Ailede Diyabet Öyküsü :

1) Hayır, yok 2) 1. Derece Akrabalarımda Var 3) 2. Derece Akrabalarımda Var

11) BKİ :

Boy :

Kilo :

DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİ

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

İlginiz ve özeniniz için teşekkür ederim.

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

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

Genelde Düşüncem Şudur :

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

Genelde Düşüncem Şudur :

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
17.Kan şekerinin hedeflenen sınırlarda tutulması, diabetin uzun dönemdeki komplikasyonlarını azaltacaktır.	()	()	()	()	()
18.Diabetin psikolojik etkisi oldukça azdır.	()	()	()	()	()
19.Önerilen diabet tedavisini uygulama-yan bireyler diabetin kontrolüne ilişkin bakıma aslında önem vermemektedirler.	()	()	()	()	()
20.Doktorlar diabetli bireyleri diyetlerinde yardımcı olması için bir diyetisyene göndermelidir.	()	()	()	()	()
21. Diabet çok ciddi bir hastalıktır.	()	()	()	()	()
22. Hastalara diabet komplikasyonlarından bahsetme, önerilen tedaviye uymaları konusunda onları ürkütacaktır.	()	()	()	()	()
23.Doktorların, diabetli hastayı tedavi etme konusunda hemşire ve diyetisyen-lerin yardımına ihtiyaçları yoktur.	()	()	()	()	()
24.Kan şekerini istenen düzeyde tutmak için uğraşmanın yararı yoktur, çünkü diabetin komplikasyonları nasıl olsa ortaya çıkacaktır.	()	()	()	()	()
25.Diabetli hastaların, kan şekerini kontrol altında tutmak için ne kadar çaba göstereceklerine karar verme hakları vardır.	()	()	()	()	()
26.Diabet konusunda özel eğilimi olan hemşire ve diyetisyenler hastalara daha iyi bakım verirler.	()	()	()	()	()
27.Diabetik gençlerin ebeveynleri, çocuklarının kendilerine nasıl baktıkları ile yakından ilgilenmelidirler.	()	()	()	()	()

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

EK III

DİYABETTE PROBLEM ALANLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki soruları okuyarak sizin için en doğru cevabı veren sayıyı daire içine alın.
Lütfen her soruya cevap verin.

	Problem değil	Biraz problem	Orta derece problem	Az ciddi problem	Ciddi problem
1. Diyabet tedaviniz için açık ve net hedeflere sahip olmanız sizin için hangi düzeyde problem?					
2. Diyabet tedavinizin planı ile cesaretinizin kırılma hissi sizin için hangi düzeyde problem?					
3. Diyabetle yaşadığınızı düşündüğünüz zaman korku hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?					
4. Diyabet bakımıyla ilgili rahatsız edici sosyal durumlar (diğerlerinin beslenmenizle ilgili söylediği şeyler vb.) Sizin için hangi düzeyde problem?					
5. Yiyeceklerin yoksunluğunu hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?					
6. Diyabetle yaşadığınızı düşündüğünüz zaman depresyonda hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?					
7. Diyabetinizle ilgili hislerinizi ve ruh halinizi başkalarının bilmemesi sizin için hangi düzeyde problem?					
8. Diyabetinizden dolayı bunalmanız sizin için hangi düzeyde problem?					
9. Düşük kan şekeri bulgularınızla ilgili endişeleriniz sizin için hangi düzeyde problem?					
10. Diyabetle yaşadığınızı düşündüğünüz zaman sinirlenmeniz sizin için hangi düzeyde problem?					
11. Yemekler ve yiyeceklerle ilgili yoğun endişe hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?					
12. Olası ciddi komplikasyonlar ve geleceğinizle ilgili endişeleriniz sizin için hangi düzeyde problem?					
13. Diyabetin tedavi bakımında uymanız gereken kuralları ve yapmanız gerekenleri bıraktığınız zaman suçluluk ve endişe hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?					
14. Hastalığınızın kabul görmemesi sizin için hangi düzeyde problem?					
15. Hekiminizden memnuniyetsizlik düşünceniz sizin için hangi düzeyde problem?					
16. Her gün fiziksel ve zihinsel olarak diyabetin enerjinizin büyük bir kısmını tüketmesi düşüncesi sizin için hangi düzeyde problem?					
17. Diyabetinizden dolayı yalnız hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?					
18. Diyabet bakımınız ve tedavinizle ilgili çabalarınızda aileniz ve arkadaşlarınızdan destek görmeme düşüncesi sizin için hangi düzeyde problem?					
19. Diyabetin komplikasyonlarıyla baş edebilme sizin için hangi düzeyde problem?					
20. Diyabetin tedavi ve bakımının sürekli yoğun çaba gerektirmesi nedeniyle tükenmişlik hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?					

EK-IV

Problem Areas In Diabetes (PAID) Questionnaire

INSTRUCTIONS: Which of the following diabetes issues are currently a problem for you?
 Circle the number that gives the best answer for you. Please provide an answer for each question.

	Not a problem	Minor problem	Moderate problem	Somewhat serious problem	Serious problem
	τ	τ	τ	τ	τ
1. Not having clear and concrete goals for your diabetes care?	0	1	2	3	4
2. Feeling discouraged with your diabetes treatment plan?	0	1	2	3	4
3. Feeling scared when you think about living with diabetes?	0	1	2	3	4
4. Uncomfortable social situations related to your diabetes care (e.g., people telling you what to eat)?	0	1	2	3	4
5. Feelings of deprivation regarding food and meals?	0	1	2	3	4
6. Feeling depressed when you think about living with diabetes?	0	1	2	3	4
7. Not knowing if your mood or feelings are related to your diabetes?	0	1	2	3	4
8. Feeling overwhelmed by your diabetes?	0	1	2	3	4
9. Worrying about low blood sugar reactions?	0	1	2	3	4
10. Feeling angry when you think about living with diabetes?	0	1	2	3	4
11. Feeling constantly concerned about food and eating?	0	1	2	3	4
12. Worrying about the future and the possibility of serious complications?	0	1	2	3	4
13. Feelings of guilt or anxiety when you get off track with your diabetes management?	0	1	2	3	4
14. Not "accepting" your diabetes?	0	1	2	3	4
15. Feeling unsatisfied with your diabetes physician?	0	1	2	3	4
16. Feeling that diabetes is taking up too much of your mental and physical energy every day?	0	1	2	3	4
17. Feeling alone with your diabetes?	0	1	2	3	4
18. Feeling that your friends and family are not supportive of your diabetes management efforts?	0	1	2	3	4
19. Coping with complications of diabetes?	0	1	2	3	4
20. Feeling "burned out" by the constant effort needed to manage diabetes?	0	1	2	3	4

EK-V

Windows Live Hotmail Print Message

Sayfa 1 / 1

RE: the Problem Areas in Diabetes Scale

From: **William H. Polonsky, PhD, CDE** (whp@behavioraldiabetes.org)
Sent: Tue 10/21/08 4:31 PM
To: 'behice erci' (behiceerci@hotmail.com)
Attachments:
THE PAID, current version.doc (27.5 KB)

Dear Dr. Erci,
You are more than welcome to use the PAID. The most recent version is attached.
Best Regards,
Bill

William H. Polonsky, PhD, CDE
Chief Executive Officer, Behavioral Diabetes Institute
Associate Clinical Professor,
University of California, San Diego
www.behavioraldiabetes.org

From: behice erci [mailto:behiceerci@hotmail.com]
Sent: Monday, October 20, 2008 11:33 PM
To: whp@behavioraldiabetes.org
Subject: the Problem Areas in Diabetes Scale

Dear Bill Polonsky,
I want to adapt and use the Problem Areas in Diabetes Scale by developed you for Turkish diabetes patients. If you give permission, I will use the scale for thesis of my master student. Could you please permission give and attach me the Scale by e-mail?
Thank you very much.
Behice Erci.

Dr. Behice Erci
Atatrk University
School of Nursing
Erzurum
TURKEY

Fax: +90-442-

Stay organized with simple drag and drop from Windows Live Hotmail. [Try it](#)

S. D. S.

EK-VI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

15 ARALIK 2008

Servisi : Öğrenci İşleri
Sayı : B.30.2.ATA.0.A1.00.01/03/ -1829
Konu : İzin Alınması

REKTÖRLÜK MAKAMINA

Enstitümüz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe Durna Elkoça'nın "Diyabetli Hastaların Tutumları ve Yaşadıkları Problem Alanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi " konulu tez çalışmasını Üniversitemiz Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Araştırma Hastanesi Diyabet polikliniğinde yapmak istediğine ilişkin Anabilim Dalı Başkan'lığının 04.12.2008 tarih ve 270 sayılı yazısı ile formları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi, ilgili kurumdan izin alınması hususunda olurlarınızı arz ederim.


Prof.Dr.İsmail CEYLAN
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

EKİ : 1 Ad. Yazı
1 Tk Anket formları

Dahili TLF : 0-442-231-6643-6645-6646-6647-6648
HARİCİ TLF : 0 442 - 236 09 70
FAX : 0-442 - 236 09 69
E-mail:sagbilenst@atauni.edu.tr
Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Kat : 3 25240 ERZURUM



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü

Sayı : B.30.2.ATA.0.Y3.10.07/ 270
Konu : İzin

04 / 12 / 2008

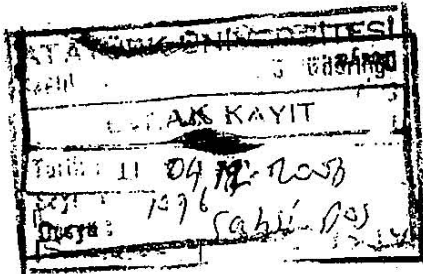
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında Doç.Dr.Behice ERCİ'nin danışmanlığında Yüksek Lisans yapmakta olan Ayşe (DURNA) ELKOCA "Diyabetli Hastalarının Tutumları ve Yaşadıkları Problem Alanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli tez çalışmasını Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Diyabet Polikliniğinde yapmak istemektedir.

Bilgilerinizi ve ilgili kurumlardan gerekli iznin alınması hususunda gereğini arz ederim.


Prof.Dr.Sebahat GÖZÜM
Halk Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanı

EKİ : 1





T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
ERZURUM

23 OCA 2009

Servisi : Enstitü Müdürlüğü
Sayı : B.30.2.ATA.0.A1.00.00/00/ -176
Konu : Etik Kurul kararı

Sayın : Ayşe DURNA ELKOCA

Etik Kurul Bilimsel Araştırma ve çalışma başvurunuz hakkında Sağlık Bilimleri Etik Kurul'unun almış olduğu 24.12.2008 tarih ve "2008.5.1/ Ş " numaralı kararı ektedir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Türkan PASINLIOĞLU
Sağlık Bilimleri Etik Kurul Başkanı

EKİ: 1Ad karar

Dahili TLF : 0-442-0-442-241-6643-6645-6646-6647-6648
HARİCİ TLF : 0 442 - 236 09 70
FAX : 0-442 - 236 09 69
E-mail:sagbilenst@atauni.edu.tr
Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Kat : 3 25240 ERZURUM



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
ERZURUM

23 OCA 2009

Servisi : Enstitü Müdürlüğü

Sayı : B.30.2.ATA.0.42.00.00/ -175

Konu : Etik Kurul kararı

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim dalınız lisansüstü öğrencilerinden Ayşe DURNA ELKOCA'ın Etik Kurul Bilimsel Araştırma ve Tez Başvurusu hakkında Sağlık Bilimleri Etik Kurul'unun almış olduğu 24.12.2008 tarih ve "2008.5.1 / ş " numaralı kararı ektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Türkan PASİNLİOĞLU
Sağlık Bilimleri Etik Kurul Başkanı

EKİ: 1 Ad karar

Dahili TLF : 0-442-241-6643-6645-6646-6647-6648

HARİCİ TLF : 0 442 - 236 09 70

FAX : 0-442 - 236 09 69


E-mail:sagbilenst@atauni.edu.tr

Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Kat : 3 25240 ERZURUM

EK-VII

"2008. 5.1/ s "SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 24.12.2008

/-ş Enstitümüz **Halk Sağlığı Hemşireliği** Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Ayşe DURNA ELKOCA'nın " **Diyabetli Hastaların Diyabete Karşı Tutumları ile Yaşadıkları Problem Alanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** " tez konusu görüşüldü; İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile,

Başkan 
Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU

Başkan Yardımcısı
Doç.Dr.Halil YAZGI

Üye
Prof.Dr.Recep ORBAK
(Katılmadı)

Üye
Prof.Dr.İsmail CEYLAN

Üye
Prof.Dr.Fatma GÖÇER

Üye
Prof.Dr.Sebahat GÖZÜM

Üye
Prof .Dr.Mustafa ATASEVER

Üye
Prof..Dr.H.İnci GÜL

Üye(Raportör)
Yrd.Doç.Dr. Recep GÜRSOY
Katılmadı

