



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİYABET HASTALARINDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK
ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ**

BİLGE TEZCAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Bilgi Gülseven Karabacak

İSTANBUL-2017

I. TEZ ONAYI



TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Bilge TEZCAN
Tez Başlığı : Diyabet Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sosyo-demografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sınav Tarihi : 01.08.2017

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman	Kurumu	İmza
Yrd.Doç.Dr.Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK	Marmara Üniversitesi	
Sınav Jüri Üyeleri Prof.Dr.Şule ECEVİT ALPAR	Marmara Üniversitesi	
Yrd.Doç.Dr.Selda ÇELİK	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 10.08.2017 tarih ve 36 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Göksel ŞENER
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

II. BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

05/07/2017

Bilge TEZCAN

III. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamda bilgi ve tecrübesiyle yoluma ışık tutan,
bilimsel ve manevi desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam

Yrd. Doç. Dr. Bilgi Gülseven Karabacak'a,

Yüksek lisans eğitimimde hemşirelik mesleğine profesyonel yaklaşmamı sağlayan,
bilgi ve tecrübesini benden esirgemeyen değerli hocam

Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar'a,

Eğitim sürecim içerisinde mesleğim adına bana kazandırdıklarından dolayı

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Değerli Hocaları'na,

Tez çalışmamda bana yardımcı olan

*Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
Hemşirelerine,*

Yardımlarını ve desteğini bir an olsun esirgemeyen, her zaman yanımda olan öncelikle
sevgili eşim *Güner Tezcan*, kardeşim *Birgül Saraçoğlu* ve tüm aileme,

Çalışmama katılmayı kabul eden tüm hastalarım,

Teşekkür ederim.

Bilge TEZCAN

İstanbul, 2017

IV. İÇİNDEKİLER	Sayfa No
V. KISALTMALAR LİSTESİ	VII
VI. TABLOLAR LİSTESİ	VIII
1.ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Kronik Hastalıklar	5
4.1.1. Diyabet	5
4.2. Diyabet Tanısı ve Sınıflandırılması	6
4.2.1. Diyabet tanı kriterleri	6
4.2.2. Diyabetin etiyolojik sınıflandırması	7
4.2.2.1. Tip 1 diyabet	8
4.2.2.2. Tip 2 diyabet	8
4.2.2.3. Gestasyonel diyabet	9
4.2.2.4. Diğer özellikli diyabet tipleri	10
4.3. Diyabet Komplikasyonları	10
4.3.1. Akut komplikasyonlar	10
4.3.1.1. Diyabetik ketoasidoz	10
4.3.1.2. Hiperosmolar hiperglisemik durum	11
4.3.1.3. Hipoglisemi	12
4.3.2. Kronik komplikasyonlar	13
4.3.2.1. Nefropati	13
4.3.2.2. Nöropati	13
4.3.2.3. Retinopati	14

4.3.2.4. Diyabetik ayak	14
4.3.3. Diyabete eşlik eden diğer hastalıklar	15
4.3.3.1. Dislipidemi	15
4.3.3.2. Kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon	16
4.4. Diyabet Tedavisi ve Eğitim	16
4.4.1. Diyabette beslenme tedavisi	16
4.4.2. Diyabette egzersiz tedavisi	16
4.4.3. Oral antidiyabetik ilaç tedavisi	17
4.4.4. İnsülin tedavisi	17
4.4.5. Diyabet eğitimi ve hemşirelik bakımı	18
4.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Diyabet	19
5. GEREÇ VE YÖNTEM	22
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	22
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
5.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	22
5.3.1. Araştırmaya alınma kriterleri	22
5.3.2. Araştırmadan çıkartılma kriterleri	23
5.4. Araştırma Soruları	23
5.5. Araştırma Değişkenleri	23
5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
5.7. Verilerin Toplanması	24
5.8. Veri Toplama Araçları	24
5.8.1. Hasta bilgi formu	24
5.8.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II	24
5.9. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	25

5.10. Verilerin Analizi	26
5.11. Araştırmanın Etik Yönü	26
6. BULGULAR	27
6.1. Diyabet Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri	28
6.2. Diyabet Hastalarının Klinik Özellikleri	29
6.3. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları	32
6.4. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	33
6.5. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Klinik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	44
7. TARTIŞMA VE SONUÇ	62
7.1. Diyabet Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması	62
7.2. Diyabet Hastalarının Klinik Özelliklerinin Tartışılması	65
7.3. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Tartışılması	70
7.4. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'den Aldıkları Puanların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasının Tartışılması	73
7.5. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'den Aldıkları Puanların Klinik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasının Tartışılması	79
8. KAYNAKLAR	88
9. EKLER	100
10. ÖZGEÇMİŞ	108

V. KISALTMALAR LİSTESİ

ADA	Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association)
BKİ	Beden Kütle İndeksi
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
HDL	Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HLSBS-II	Healthy Life Style Behavior Scale-II
HbA1C	Glikozillenmiş Hemglobin
IDF	Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation)
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MODY	Maturity-Onset Diabetes of the Young
OGTT	Oral Glukoz Tolerans Testi
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları lçeği
SYBDÖ-II	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları lçeği-II
TEMĐ	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TURDEP-I	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi alışması
TURDEP-II	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans alışması-II
TRKĐAB	Türkiye Diyabet Vakfı

VI. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Diyabet Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 2. Diyabet Hastalarının Yaş, Boy, Kilo, Beden Kütle İndeksi ve Diyabet Süresi Ortalamaları

Tablo 3. Diyabet Hastalarının Klinik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

Tablo 5. Diyabet Hastalarının Yaşa Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6. Diyabet Hastalarının Cinsiyete Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 7. Diyabet Hastalarının Medeni Duruma Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 8. Diyabet Hastalarının Eğitim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 9. Diyabet Hastalarının İş/Meslek Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 10. Diyabet Hastalarının Ekonomik Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 11. Diyabet Hastalarının Birlikte Yaşadığı Kişi/Kişilere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 12. Diyabet Hastalarının Beden Kütle İndeksine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 13. Diyabet Hastalarının Diyabet Tipine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 14. Diyabet Hastalarının Diyabet Süresine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 15. Diyabet Hastalarının Ailede Diyabet Öyküsüne Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 16. Diyabet Hastalarının Diyabet Eğitimi Alma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 17. Diyabet Hastalarının Diyabet Komplikasyonuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 18. Diyabet Hastalarının Retinopati Komplikasyonuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 19. Diyabet Hastalarının Nöropati Komplikasyonuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 20. Diyabet Hastalarının Nefropati Komplikasyonuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 21. Diyabet Hastalarının Hipertansiyona Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 22. Diyabet Hastalarının Koroner Kalp Hastalığına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 23. Diyabet Hastalarının Diyabetik Ayak Komplikasyonuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 24. Diyabet Hastalarının Diyabet Dışında Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 25. Diyabet Hastalarının Oral Antidiyabetik Tedavisine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 26. Diyabet Hastalarının Oral Antidiyabetik ve İnsülin Tedavisine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 27. Diyabet Hastalarının İnsülin Tedavisine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 28. Diyabet Hastalarının Diyabetik Diyet Tedavisine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 29. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II İle Diyabet Süresi ve Yaş Arasındaki İlişki

DIYABET HASTALARINDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ

Öğrencinin Adı: Bilge Tezcan

Danışmanı: Bilgi Gülseven Karabacak

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Araştırma, diyabet hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri ile ilişkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini Haziran-Eylül 2015 tarihleri arasında Kocaeli ilinde bir kamu hastanesinde İç Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 267 diyabetli hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında "Hasta Bilgi Formu" ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II)" kullanıldı. Veriler yüzde hesaplamaları, korelasyon analizi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H-Testi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Diyabet hastalarının; yaş ortalaması $57,52 \pm 13,77$ yıl, %66,3'ü kadın, BKİ ortalaması $30,199 \pm 6,73$ kg/m² ve %84,6'sı tip 2 diyabetli. Diyabet süresi ortalama $9,61 \pm 7,86$ yıldır ve %53,6'sının diyabet eğitimi aldığı saptandı. Hastalar SYBDÖ-II'den ortalamada $122,835 \pm 24,154$ puan aldı. 18-44 yaş arası, lise mezunu, emekli, geliri gideri ile dengeli, ek kronik hastalığı olmayan hastalar SYBDÖ-II'den daha yüksek puan aldı ($p < 0,05$). Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının diyabet süresi, BKİ, ailede diyabet öyküsünden etkilenmediği görüldü ($p > 0,05$).

Sonuç: Diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını orta seviyede gerçekleştirdiği, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaş, eğitim, diyabet tipi, diyabet komplikasyonu gibi sosyo-demografik ve klinik değişkenlerle ilişkili olduğu saptandı.

Anahtar kelimeler: Diyabet, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sosyo-demografik özellikler, klinik özellikler, hemşire.

HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS IN PATIENTS WITH DIABETES AND ITS RELATIONSHIP WITH SOCIO-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS

Name of student: : Bilge Tezcan

Supervisor: Bilgi Gülseven Karabacak

Department: Nursing

2. SUMMARY

Aim: The research was conducted to investigate the relationship between socio-demographic and clinical characteristics, healthy lifestyle behaviors in patients with diabetes as descriptive and cross-sectional.

Material and Method: 267 patients with diabetes applying to Internal Medicine polyclinic in a public hospital in Kocaeli from June to September 2015 constituted the sample of this research. "Patient Information Form" and "Healthy Lifestyle Behavior Scale-II (HLBS-II)" were respectively used for data collection. The collected data were evaluated using percentage calculations, correlation analysis, Mann Whitney U and Kruskal Wallis H-Test.

Findings: Average age were $57,52 \pm 13,77$ years and 66,3% were female, BMI average was $30,199 \pm 6,73$ kg/m² and 84,6% with type 2 diabetes. Diabetes duration average was $9,61 \pm 7,86$ years and 53,6% were educated about diabetes. The HLBS-II scores were $122,835 \pm 24,154$ in average. Patients between the age of 18-44, high school graduates, the retired, having good income-expenditure balance, having no additional chronic diseases scored higher points in HLBS-II ($p < 0,05$). It was also seen that healthy lifestyle behaviors weren't affected by the duration of diabetes, the BMI and diabetic family history ($p > 0,05$).

Result: Diabetic patients performing midlevel healthy lifestyle behaviors and healthy lifestyle behaviors were related to socio-demographic and clinical variables such as age, education, type of diabetes and complications.

Key words: Diabetes, healthy lifestyle behaviors, socio-demographic characteristics, clinical characteristics, nurse.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Diyabet; toplumda görülme sıklığı fazla, glisemik kontrolün bozulduğu, bireyin yaşam aktivitelerini, yaşam süresini ve kalitesini etkileyen kronik bir hastalıktır (Işık ve ark., 2014; Okuroğlu ve ark., 2013). Diyabet akut ve kronik komplikasyonlarla seyreder, tıbbi bakım gerektirir (ADA, 2009).

Diyabet hipoglisemi ve hiperglisemiye yol açan sürece göre dört grupta sınıflandırılır. Bu sınıflandırmaya göre diyabet tipleri; tip 1, tip 2, gestasyonel ve diğer spesifik diyabet tipleridir. Tip 1 diyabet β hücre hasarına bağlı gelişir, genetik geçişlidir, erken yaşta daha sık görülür. Tip 2 diyabet uzun süren hiperglisemi evresinin ve bozulmuş insülin metabolizmasının mevcut olduğu ileri yaşta sık görülen diyabettir. Tüm dünyada diyabetlilerin %80-90'ını tip 2 diyabetliler oluşturur. Gestasyonel diyabet gebelikte ortaya çıkan diyabet tipidir. Diğer spesifik diyabet tipleri endokrin ve pankreas bezi hastalıkları, ilaçlar veya genetik defektlere bağlı görülen diyabet tipleridir (Brounwold at all,2006; Codario, 2005; Passaro ve Ratner, 2004; Altuntaş, 2001).

Diyabet tedavisinde oral antidiyabetik tedavisi, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz tedavisi uygulanır (Watkins at all, 2003; Liatis, 2006; TEMD 2016). Tedavi ile beraber hastaya verilen diyabet eğitimi ile yaşam tarzı değişikliğine yardım edilerek diyabet kontrolü sağlanır (Williams ve Pickup, 2004).

Diyabet birey için yeni bir deneyimdir. Fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir hastalıktır. Birey hastalık komplikasyonlarını azaltmak için sağlıklı bir yaşam biçimini benimsemelidir (Karakurt ve ark., 2013). Yapılan çalışmalarda bilişsel ve sosyal faktörler, yaş, cinsiyet gibi demografik özellikler ve hastalık özelliklerinin bireyin yaşam kalitesini ve diyabet kontrolünü etkilediği görülmüştür (Çıtıl ve ark., 2010; Orhan ve Karabacak, 2016).

Hastalıklardan korunma ve kronik hastalık yönetiminde önemli olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olarak sınıflandırılır. Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığı için sorumluluk almasıdır. Manevi gelişim; iç huzur, yaşam amacına ulaşma isteği, pozitif yaklaşımı içerir. Fiziksel aktivite; hafif,

orta ve ağır düzeyde aktivitelerdir. Beslenme; yiyecek seçimi, öğün düzenlemesidir. Kişilerarası ilişkiler; sosyal çevremizle olan sözel ve sözel olmayan iletişimdir. Stres yönetimi ise; kronik hastalığın gerilimini azaltmak, kontrol edebilmektir. (Bahar ve ark., 2008).

Diyabet hastası sağlık sorumluluğu almalı, diyabeti kabullenmeli, tedavi planına göre fiziksel aktivite yapmalı, diyetine uymalı, duygu ve düşüncelerini ifade edebilmeli, baş etme yaklaşımlarını öğrenerek hastalığın stres yükünü azaltabilmelidir (Bahar ve ark., 2008; TEMD, 2016; Karakurt ve ark., 2013; Çelik ve ark., 2015).

Yapılan çalışmalarda; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kronik hastalıklarda sağlık durumunu iyileştirdiği, diyabet hastalarında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, diyabet süresi gibi sosyal ve tıbbi faktörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini etkilediği, tip 2 diyabeti önleme programlarının sağlıklı yaşam davranışlarını değiştirmede etkili olduğu görülmüştür (Salyer ve ark., 2001; Bayrak Özarslan, 2013; Grey ve ark., 2004).

Diyabet hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen sosyo-demografik ve klinik özelliklerin belirlenmesi diyabet yönetimini iyileştirmek için rehber olacaktır. Bu araştırmanın amacı; diyabet hastalarının sosyo-demografik ve klinik özelliklerini belirlemek, belirlenen bu değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkilerini incelemek, sağlık davranışlarını etkileyen faktörler doğrultusunda eğitim planları oluşturulmasına ışık tutarak diyabet yönetimine ve hemşirelik uygulamalarına katkıda bulunmaktır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalık, bir yıldan uzun süren ve günlük yaşamı kısıtlayan hastalıktır. Yaşamın uzun bir dönemini kapsar ve sürekli tıbbi bakım gerektirir (Koşar ve Besen, 2015).

Yaşam süresinin uzaması ile birlikte dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus artmaktadır (Keskinler ve ark., 2013). Yaşlılık; organizmada zamanla ortaya çıkan yapısal, psikolojik ve fonksiyonel değişikliğin olduğu evrensel bir süreçtir. Organizmadaki bu değişiklikler kronik hastalıkları meydana getirir (Kaptan, 2014). Bulaşıcı olmayan bu hastalıklar bireyin fizyolojik fonksiyonlarını etkiler ve ilerlediğinde komplikasyonlar görülür. (Arslan, 2011).

Dünyada gerçekleşen ölümlerin % 63'ü, Türkiye'de gerçekleşen ölümlerin % 85'i kronik hastalıklara bağlıdır (Koşar ve Besen, 2015). Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin fazla olması bakım ve tedavisinin önemini göstermektedir (Arslan, 2011). Diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar en çok görülen kronik hastalıklardır (Kaptan, 2014).

4.1.1 Diyabet

Diyabet; insülin salgısının yetersizliği, etkisizliği veya yokluğunda oluşan, kronik komplikasyonlar ile seyreden, bireyin aktivitelerini, yaşam süresini ve kalitesini etkileyen, sık görülen kronik bir hastalıktır (Işık ve ark., 2014; Okuroğlu ve ark., 2013).

Sosyoekonomik kalkınmanın beraberinde getirdiği hareketsiz yaşam biçimi, sağlıksız beslenme, obezite ve yetersiz uyku diyabeti arttırmıştır (Arslan, 2011; Talaz ve Kızılcı, 2015). 1997-1998 yıllarında yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması (TURDEP-I)'na göre diyabet oranı %7,2 ve bozulmuş glukoz toleransı oranı %6,7'dir (Satman ve ark., 2002). 2010 yılında ikincisi yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması (TURDEP-II)'na göre diyabet oranı %13,7'ye yükselmiştir (Satman ve ark., 2013).

Diyabet, akut ve kronik komplikasyonları önlemek için tıbbi bakım ve hasta özyönetimi gerektirir (ADA, 2009). Tedavi yaşam boyu devam eder ve bireyin yaşam şeklini değiştirmesi gerekir (Sürücü, 2014). Diyabet kontrolü sağlanmadığında morbidite ve mortaliteyi olumsuz etkilemekte ve her yıl 3 milyon bireyin ölümüne neden olmaktadır (Tanrıverdi ve ark., 2013).

4.2. Diyabet Tanısı ve Sınıflandırılması

Diyabette insülin metabolizmasında bozukluk nedeniyle hiperglisemi görülür (TÜRKDİAB, 2016). Organizma karbonhidrat, protein ve yağlardan yeterli düzeyde yararlanamaz ve uzun dönemde ekonomik boyutu yüksek kronik sekeller ortaya çıkar (TEMD, 2016).

Çok yemek yeme, çok su içme, çok idrara çıkma, kilo kaybı, ağız kuruluğu, ayaklarda karıncalanma ve yanma, üriner sistem enfeksiyonları, görme bozukluğu, mantar enfeksiyonları, ciltte kuruma, kaşıntı ve yorgunluk diyabet belirtileridir (TÜRKDİAB, 2016).

4.2.1. Diyabet tanı kriterleri

Diyabet tanısı için açlık kan şekeri düzeyi, herhangi bir zamanda ölçülen kan şekeri düzeyi, diyabet belirtilerinin varlığı, 75 gr oral glukoz tolerans testinin 2. saat kan şekeri düzeyi gereklidir (Burant, 2009).

En az 8 saat açlık sonrası ölçülen açlık kan şekeri düzeyinin ≥ 126 mg/dl olması, yemek yemekten bağımsız herhangi bir zamanda ölçülen kan şekeri düzeyinin ≥ 200 mg/dl olması ve diyabet belirtileri varlığı, oral glukoz tolerans testi sonrası 2.saat kan şekeri düzeyinin ≥ 200 mg/dl olması ve HbA1c'nin $\geq \%6,5$ olması diyabetin tanı kriterleridir. Bu ölçütlerden birinin varlığı tanı için yeterlidir (TÜRKDİAB, 2016).

Açlık kan şekeri düzeyinin 100-125 mg/dl arasında, tokluk kan şekeri ile oral glukoz tolerans testi sonrası 2.saat kan şekeri düzeyinin 140-199 mg/dl arasında ve HbA1c düzeyinin $\%5,7$ - $\%6,4$ arasında olması diyabet açısından riskli grubu ifade eder (TÜRKDİAB, 2016).

Diyabetin belirti ve bulguları olmayan yetişkin bireylerde diyabet için tarama kriterleri;

- obezite
- fiziksel olarak aktif olmamak
- riski yüksek ırka mensup olmak
- 4 kg ve üzeri bebek doğurmak
- gebelikte diyabet öyküsü
- hipertansiyon (140/90 mmHg veya üzeri tansiyon) öyküsü
- yüksek trigliserid düzeyi (≥ 250 mg/dl)
- ailede diyabet öyküsü
- polikistik over sendromu
- bozulmuş açlık glukozu ve bozulmuş glukoz toleransı olması
- kardiyovasküler hastalıklardır (Altun, 2011).

Bu kriterler mevcut değil ise; 45 yaş ve üzerinde tarama yapılmalı, en az 3 yılda bir tekrarlanmalıdır (Altun, 2011).

4.2.2 Diyabetin etiyolojik sınıflandırılması

Diyabet hiperglisemiye yol açan sürece göre sınıflandırılmaktadır (Brounworld at all, 2006). Bu sınıflandırmaya göre diyabet tipleri;

- tip 1 diyabet; insülin bağımlı, insülin eksikliği olan diyabet,
- tip 2 diyabet; insülin bağımlı olmayan bozulmuş insülin metabolizması, insülin direnci olan diyabet,
- gestasyonel diyabet; gebelikte görülen diyabet,
- MODY; genetik hasara bağlı diyabet,
- endokrinopatilere bağlı diyabet,
- pankreas hastalıklarına bağlı diyabet,
- ilaçlara bağlı diyabet olarak sınıflandırılır (Brounworld at all, 2006).

4.2.2.1. Tip 1 diyabet

Tip 1 diyabet insülin eksikliğinin olduğu, her yaşta görülen, çocukluk çağında daha çok görülen diyabettir (Yılmaz, 2009). Tip 1 diyabetliler tüm dünyadaki diyabetlilerin %5 - %10'unu oluşturmaktadır (IDF, 2015).

Tip 1 diyabet otoimmün ve idiyomatik iki ana kategoride sınıflandırılmaktadır. İdiyomatik tip 1 diyabet genetik geçişlidir, β hücre otoimmünitesini gösteren bulgu yoktur ve insülin eksikliği vardır. Otoimmün tip 1 diyabet çevresel faktörlerin etkisiyle β hücrelerinde başlayan otoimmün yıkım sonucu gelişir (DeFronzo, 1998).

Tip 1 diyabetli hastalarda β hücrelerinin harabiyetine bağlı insülin eksikliği vardır. Bu hastalarda ketoasidoz, laktik asidoz, metabolik dekompanseasyonlar gibi ağır diyabet komplikasyonlarını önlemek için günlük insülin tedavisi uygulanır (Codario, 2005).

4.2.2.2. Tip 2 diyabet

Tip 2 diyabet; insülin bağımlı olmayan, insülin direnci ve bozulmuş insülin metabolizması ile karakterize diyabettir (Brounwoold at all, 2006). Tüm dünyada diyabetlilerin %80-90'ını oluşturmaktadır. Genetik ve çevresel faktörler görülme sıklığını etkilemektedir (Laakso, 2004).

Tip 2 diyabetlilerde uzun bir dönem asemptomatik hiperglisemi mevcuttur ve besin tüketimi sonrası hiperglisemi görülür. Bu evrede insülin metabolizmasının bozulması tip 2 diyabete, uzun süren hiperglisemi diyabet komplikasyonlarına neden olur. Komplikasyon oluşumunu önlemek için erken tanı önemlidir (Laakso, 2004).

Fiziksel aktivite eksikliği, yüksek yağlı ve karbonhidratlı beslenme, obezite tip 2 diyabet için büyük risk faktörleridir. Düşük seviyede HDL, polikistik over hastalığı, hareketsiz yaşam tarzı ise tip 2 diyabet için hazırlayıcı risk faktörleridir. Genellikle ileri yaşlarda görülen tip 2 diyabet obezite sebebiyle, çocukluk ve erişkinlik döneminde de görülebilir. Beslenme alışkanlıkları, yaşam tarzı değiştirilebilen risk faktörleri; yaş, etnik yapı ve kalıtım değiştirilemeyen risk faktörleridir (Blair, 2016).

Tip 2 diyabetin en sık görülen belirtileri çok yemek yeme, çok su içme ve çok idrara çıkmadır. Daha az görülen belirtileri yorgunluk, kilo kaybı, sık tekrarlayan enfeksiyonlar, geç iyileşen yaralar, vajinal mantar enfeksiyonlarıdır (Blair, 2016).

Tip 2 diyabet tedavisinde oral antidiyabetik ilaçlar ve insülin kullanılır. İlaç tedavisi tıbbi beslenme ve egzersiz tedavisi ile birlikte yapılır (Blair, 2016).

4.2.2.3. Gestasyonel diyabet

Gestasyonel diyabet, ilk olarak gebelikte ortaya çıkan glukoz intoleransı olarak tanımlanır, gebeliklerin %0,5-12,3'ünde görülür. Bebek ve anne için risk oluşturur. Gestasyonel diyabetli bireylerde preeklampsi, sezeryanla doğum, toksemi oranı yüksektir. Postpartum dönemde çoğu gebede glukoz seviyeleri normale dönse de yaşam boyu tip 2 diyabet gelişme riski %50 üzerindedir (Passaro ve Ratner, 2004).

İleri yaşta gebelikler, gebelik öncesi kilo artışı, ailede diyabet, önceki gebeliklerde makrozomi (iri bebek) öyküsü, bozulmuş glukoz toleransı olan gebeler gestasyonel diyabet açısından taranmalıdır (Alberti at all, 1998; Passaro ve Rather, 2004).

Gestasyonel diyabet tanısı günümüzde 75 gr OGTT (Oral Glukoz Tolerans Testi) ile konulur. Eğer gebelikten önce annede tip 1 veya tip 2 diyabet varsa pregestasyonel diyabet olarak adlandırılır. Gebelik sırasında fetüste fazla insülin salınımı organ gelişimini etkiler. Bu süreçte hipoglisemi, hiperglisemi, ketoasidoz, preeklampsi ve maternal komplikasyonlar görülür (Aksu ve Yurtsev, 2009).

İlk prenatal izlemde risk faktörleri varsa tarama yapılmalıdır. Diyabet öyküsü ve risk faktörü yoksa gebeliğin 24.- 28. haftasında 75 gr OGTT, postpartum dönemde ise 6.-12. haftada OGTT ile diyabet taraması yapılmalıdır. Gebelik boyunca açlık ve tokluk kan şekeri izlemi, kan basıncı, idrarda albümin takibi, anne ve fetüsün kilo takibi, lipid düzeyleri, tiroid ve böbrek fonksiyonları, HbA1c takibi yapılmalıdır (TÜRKDİAB, 2016).

4.2.2.4. Diğer özellikli diyabet tipleri

Diğer özellikli diyabet tipleri;

- beta hücresinin genetik defekti (MODY); genç yaşlarda ilk bulguları veren, otozomal dominant geçişli, diğer aile bireylerinde de görülen diyabet,
- endokrinopatiler; kortizol, büyüme hormonu, glukagon gibi birçok hormonun insülin metabolizmasını etkilemesiyle ortaya çıkan diyabet,
- ekzokrin pankreas hastalıkları pankreasın herhangi bir nedenle zarar görmesi sonucu ortaya çıkan diyabet,
- ilaçlara bağlı diyabet; insülin direnci olan bireylerin kullandığı ilaçların diyabet oluşumunu hızlandırması sonucu ortaya çıkan diyabettir (Altuntaş, 2001).

4.3. Diyabet Komplikasyonları

Diyabet komplikasyonları; retinopati, nöropati, nefropati, hipoglisemi, ketoasidoz, hiperosmolar koma, koroner arter hastalığı, diyabetik ayak ve kapanmayan yaralardır (Düzöz ve ark., 2009; Işık ve ark., 2014). Komplikasyonları önlemek için diyabet hastalarından; doğru beslenmesi, fiziksel aktivite yapması, tedavi planına uyması, düzenli kan şekeri takibi yapması, hiperglisemi ve hipoglisemi belirtilerini değerlendirebilmesi beklenmektedir (Ünsal Avdal ve Kızılcı, 2010).

4.3.1. Akut komplikasyonlar

4.3.1.1. Diyabetik ketoasidoz

Diyabetik ketoasidoz, bilinen diyabeti olan hastalarda ve yeni tanı alan hastalarda görülebilir. Diyabetik ketoasidozun belirti ve bulguları;

- çok yemek yeme,
- çok su içme,
- çok idrara çıkma,

- kilo kaybı,
- karın ağrısı ve mide bulantısı,
- uykuya eğilim ve laterji,
- hızlı ve derin (kasmaul) solunum,
- deri turgorunda azalma ve kuru mukoza,
- keton kokulu nefes ve nadiren komadır (Desai, 2005).

Bilinci yerinde olmayan, hiperventilasyonu olan diyabet hastalarında ve diyabet tanısı almamış hastalarda diyabetik ketoasidoz düşünülmelidir (Holt ve Krentz, 2004). Hastanın bilinç durumu kötü ve solunum refleksi deprese ise; solunum yolu açıklığı sağlanmalı, insülin tedavisi başlanmalı, dehidratasyon varsa sıvı açığı kapatılmalı, enfeksiyon ve miyokard enfarktüsü varlığı değerlendirilmelidir (Desai, 2005).

4.3.1.2. Hiperosmolar hiperglisemik durum

Hiperosmolar hiperglisemik non-ketotik koma her yaşta görülebilen, yaşlı hastalarda daha çok görülen, tip 1 veya tip 2 diyabete bağlı acil tedavi edilmesi gereken durumdur. Hiperosmolar komanın belirtileri;

- çok yemek yeme,
- çok su içme,
- çok idrara çıkma,
- bilinç değişimi,
- taşikardi ve hipotansiyon,
- ciddi sıvı kaybı,
- konvülsiyonlar ve geçici hemiparazilerdir (Desai, 2005).

İleri yaş diyabet hastalarında hiperosmolar hiperglisemik non-ketotik koma ağır seyretmekte ve morbidite görülmektedir. Solunum sistemi enfeksiyonları ve üriner sistem enfeksiyonları, miyokard enfarktüsü, pulmoner emboli ve akut pankreatit hiperosmolar hiperglisemik non-ketotik koma gelişimini hızlandıran faktörlerdir. Tedavisine elektrolit, intravenöz sıvı ve insülin tedavisi ile başlanır. Sıvı açığı vücut

ağırlığının %10-15'idir. En önemli tedavisi sıvı açığını kapatmaktır. Çünkü sıvı açığının kapanması insülinin dokulara gitmesini kolaylaştırır (Holt ve Krentz, 2004).

4.3.1.3. Hipoglisemi

Diyabet hastalarında bütüncül tedavi önemlidir. Glisemik kontrol tip 1 ve tip 2 diyabetin mikrovasküler komplikasyonlarını önler, makrovasküler komplikasyonları azaltır. Ancak insülin tedavisi sırasında hipoglisemi görülebilir. Beyin sürekli glikoza ihtiyaç duyar ve hipoglisemi risklidir. Hastanın nörolojik fonksiyonları etkilenir. Hipoglisemi atakları tip 1 diyabetlilerde tip 2 diyabetlilere göre daha erken dönemde başlar. Düzensiz beslenme (ara öğün atlanması, diyetin yetersiz olması veya uygulanmaması), malnütrisyon, böbrek yetmezliği, ilaç etkileşimleri ve ilaç metabolizmasının işleyiş bozukluğu diyabetin ilerlemesine, insülin duyarlılığının artmasına ve hipoglisemiye neden olur (Cryer, 2004).

Hipoglisemi belirtileri;

- soğuk ve nemli cilt,
- halsizlik,
- taşikardi,
- tremor,
- terleme,
- baş ağrısı,
- ruhsal değişiklikler ve dikkatte azalma,
- davranış değişiklikleri,
- konvülsiyon ve komadır (TÜRKDİAB, 2016).

Kan şekeri; 70 mg/dl altında hafif hipoglisemi, 50-70 mg/dl orta derecede hipoglisemi ve 50 mg/dl altında ciddi hipoglisemi olarak değerlendirilir. Hipoglisemide hastanın oral alımı varsa karbonhidrat alımı sağlanır. Oral alımı yoksa intravenöz sıvı tedavisi uygulanarak kan şekeri normal sınırlara getirilir (TÜRKDİAB, 2016).

4.3.2. Kronik komplikasyonlar

4.3.2.1. Nefropati

Nefropati, tip 1 ve tip 2 diyabette görülen mikrovasküler komplikasyondur. İlerlerse böbrek yetmezliğine neden olur (Altınparmak ve Apaydın, 2001). İdrarda yüksek albümin (albüminüri) seviyesi saptanması ile tanı konulur (Blair, 2016).

Tip 1 diyabetlilerde nefropati görülme sıklığı %30-40 arasında, tip 2 diyabetlilerde %5-10 arasındadır (Altınparmak ve Apaydın, 2001). Diyabet hastalarında; diyabetin başlangıç yaşının erken olması, anne ve babada diyabet olması nefropati riskini artırır. Tip 1 diyabetli kadınlarda erkeklere oranla nefropati daha fazla görülmektedir ve tip 2 diyabetli erkeklerde kadınlara oranla nefropati riski daha fazladır (Altınparmak ve Apaydın, 2001).

Nefropati saptanmış ise hastanın glisemik kontrolü sağlanmalı, idrarda albüminüri takibi yapılmalı ve kan basıncı kontrolü sağlanmalıdır. Yüksek kan basıncı nefropatinin ilerlemesine neden olur. Nefropatisi olan hastada kardiyovasküler hastalık varlığı değerlendirilmelidir (Mogensen, 2004).

4.3.2.2. Nöropati

Nöropati, diyabetin santral ve periferik sinir sistemini etkileyen mikrovasküler komplikasyonudur (Özer, 2001). Nöropati belirtileri diyabet hastalarının %15-20'sinde görülmektedir. Glisemik kontrolü iyi olmayan hastalarda nöropati ilk önce alt ekstremitelerden başlar, başlangıcı sinsidir, tedavi edilmez ise ilerler ve kronikleşir. Nöropati uç ekstremitelerden gövdeye doğru ilerler (Ziegler, 2004).

Yüksek kan basıncı, damar hastalıkları, yaş, obezite diyabetik nöropati için önemli risk faktörleridir (Blair, 2016). Tanısal değerlendirme için hastanın nörolojik öyküsü alınır, otonom sinir sistemi testleri, duyuşal testler, elektrodiagnostik değerlendirme, biyokimyasal ve morfolojik analizler yapılır. Refleksler, motor fonksiyon ve duyuşal fonksiyon değerlendirmesi yapılır (Ziegler, 2004).

Nöropatinin en sık görülen belirtileri uyuşukluk ve karıncalanma hissidir. Ayak ve bacaklarda yanma hissi ile ağrı görülür. Bazı hastalarda ağrı duyusu kaybolur ve distal kaslarda güçsüzlük olur (Özer, 2001). Diyabetik nöropatiye bağlı ağrı

hastaların %7,5'inde görülmektedir. Bu ağrı uyku ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Ziegler, 2004).

Diyabet tedavisinde geç kalınırsa nöropati gelişmesi önlenemeyebilir (Ziegler, 2004). Nöropati gelişmeden önleyebilmek için glisemik kontrolün sağlanması gerekir (Özer, 2001).

4.3.2.3. Retinopati

Diyabetik retinopati sık görülen, kör olma olasılığının yüksek olduğu mikrovasküler komplikasyondur. Diyabet süresi uzadıkça görülme sıklığı artar. Tip 2 diyabette tanı esnasında görülme oranı tip 1 diyabete göre daha fazladır. Diyabet başlangıcından sonra tip 1 diyabetlilerde görülme oranı daha hızlı artar. İnsülin kullanan tip 2 diyabetlilerde kullanmayanlara oranla daha sık görülür (Rosenblatt at all, 2004).

Retinopati göz muayenesi ile tespit edilir. Diyabet hastalarının rutin göz muayeneleri presemptomatik veya latent dönemde yapılmalı, risk faktörleri değerlendirilmelidir. Hipertansiyon, böbrek yetmezliği, hiperlipidemi olan hastalarda retinopati riski daha fazladır. Uzun süren hiperglisemi, diyabet süresi, gebelik, genetik faktörler ve diyabet tipi retinopati gelişiminde etkili diğer faktörlerdir (Önder, 2001).

Retinopatiyi ve retinopati sekellerini önlemek için düzenli aralıklarla göz muayenesi yapılmalı, kan şekeri ve kan basıncı takibi yapılmalıdır (Blair, 2016).

4.3.2.4. Diyabetik ayak

Diyabetin sekele neden olan en önemli komplikasyonlarından biri diyabetik ayaktır. Diyabetik ayak ülseri ayak bileği altındaki geçmeyen yaralar olarak tanımlanır. Deri nekrozu ve gangrenler de ülser olarak sınıflandırılır. Diyabet hastalarında yaşam boyunca %15-20 arasında diyabetik ayak ülserasyonu görülür (Hoogeveen at all, 2015).

Diyabetik ayak; glisemik kontrolü olmayan, koroner arter hastalığı ve periferik damar hastalıkları olan, tedaviye uymayan, uygun olmayan ayakkabı giyen, ayak bakımına özen göstermeyen, ileri yaş, alkol ve sigara alışkanlığı olan diyabet hastalarında daha fazladır (Çaparuşağı Neşe ve Ovayolu, 2006; Demir ve ark., 2007).

Ayakta iyileşmeyen yara varsa diyabetik ayak muayenesi yapılmalıdır. Ayak nabızları kontrol edilmeli; yaranın süresi, derinliği, genişliği, kokusu değerlendirilmelidir. Yarada akıntı, kızarıklık, hassasiyet, ısı artışı, ağrı varsa enfeksiyon ve osteomyelit açısından değerlendirilmelidir. Eklem hareketleri kısıtlanmalı, ayak koruyucu kullanılmalıdır. (Dinççağ, 2011; Saltoğlu, 2014).

Ülserler tedavi edilmediğinde amputasyon ile sonuçlanır. Travmaya bağlı olmayan ayak amputasyonlarının %85'inin nedeni diyabetik ayaktır. Bir ayak ampute edildiğinde diğer ayakta 5 yıl içinde amputasyon olasılığı %50'dir (Çaparuşağı Neşe ve Ovayolu, 2006).

4.3.3. Diyabete eşlik eden diğer hastalıklar

4.3.3.1. Dislipidemi

Dislipidemi lipid ve lipoprotein metabolizmasının bozulması olarak tanımlanır ve diyabette sık görülür. Glisemik kontrole rağmen hastada dislipidemi devam edebilir (Betteridge et al, 2004).

Egzersiz yapmayan, obez, düzensiz ve kötü beslenen, karaciğer ve böbrek fonksiyon bozukluğu olan diyabet hastalarında görülen dislipidemi; trigliserid yüksekliği, düşük HDL kolesterol düzeyi ile karakterizedir. (Betteridge et al, 2004).

Kardiyovasküler hastalıkları önlemek için dislipidemi tedavi edilmelidir. Normal lipid düzeyi olan diyabet hastalarında kan şekeri düzenlenmesi, diyet, antidiyabetik ilaçlar ve insülin tedavisi ile sağlanabilir. Dislipidemi varsa diyabet tedavisine ek olarak lipid düzenleyici tedavi uygulanmalıdır (Cordan, 2001).

4.3.3.2. Kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon

Diyabet hastalarında periferik damar hastalığı, inme, koroner kalp hastalığı toplumun tamamına oranla daha fazla görülür (William ve Pickup, 2004). Bu hastalıklar yüksek oranda hastaneye yatış nedenleri arasındadır. Yaş, erkek cinsiyet, dislipidemi, hipertansiyon, sigara kullanımı, obezite, hiperglisemi ve insülin direnci koroner arter hastalığı için risk faktörleridir (Cordan, 2001).

Hipertansiyon diyabeti olanlarda olmayanlara göre daha siktir. Tip 1 diyabetlilerde hipertansiyon görülme oranı tip 2 diyabetlilere göre daha azdır (William ve Pickup, 2004). Tip 1 diyabette görülen hipertansiyon diyabetik nefropati, tip 2 diyabette görülen hipertansiyon obezite, ileri yaş ve böbrek hastalıkları ile ilişkilendirilir (Schernthaner, 2004). Diyabet ve hipertansiyon tedavi edilmez ise aterosklerotik kardiyovasküler hastalık görülme sıklığı artar, tedavide antihipertansifler kullanılır (Schernthaner, 2004).

4.4. Diyabet Tedavisi ve Eğitim

4.4.1. Diyabette beslenme tedavisi

Her diyabet hastasına tanıdan sonra diyabette beslenme eğitimi verilmelidir. Eğitimde besin tüketimi ve beslenme durumunun değerlendirilmesi yapılarak diyet düzenlenmelidir. Diyabetik beslenme tedavisi; kan şekeri düzeyini, lipid düzeyini, kan basıncını düzenleyerek metabolik kontrolü sağlamayı ve kronik komplikasyonları önlemeyi amaçlar. Diyet düzenlenirken kültürel tercih, besin seçimi, diyabet tipi dikkate alınmalıdır (TEMD, 2016).

4.4.2. Diyabette egzersiz tedavisi

Egzersiz tedavisi başlamadan önce kan şekeri takibi yapılmalı, hasta insülin salınımını arttırıcı ilaç kullanıyorsa hipoglisemi önlenmeli, diyabet komplikasyonları varlığı ve kardiyovasküler hastalıklar açısından değerlendirilmelidir. Tempolu yürüme, bisiklete binme, koşma, yüzme, dans ve masa tenisi gibi ağır olmayan egzersizler tercih edilmeli, aşırı yorucu egzersizlerden kaçınılmalıdır. Egzersiz yemekten en az 1 saat sonra yapılmalı, aç karnına yapılmamalıdır. Egzersiz planı

yapılırken yaşam koşullarına ve bireysel tercihlere özen gösterilmelidir (TEMD, 2016).

4.4.3. Oral antidiyabetik ilaç tedavisi

Diyabetik diyet, egzersiz ve yaşam tarzı değişikliği ile kan şekeri düzenlenemez ise oral antidiyabetik ilaçlar ile tedaviye başlanır. Bu ilaçlar etkilerine göre;

- insülin salınımını arttırıcılar,
- insüline duyarlılığı arttırıcılar,
- gastrointestinal sistemden glukoz emilimini geciktiriciler olarak üç kategoriye ayrılır (Watkins at all, 2003).

Oral antidiyabetik ilaç β hücre harabiyeti ve insülin direnci varlığına göre başlanır. İnsülin direnci olan kilolu diyabet hastalarında insülin duyarlılığını arttıran ilaçlar, β hücre harabiyeti olan diyabet hastalarında insülin salınımını arttırıcı ilaçlar kullanılır. Yakın zamanda gastrointestinal sistemden glukoz emilimini geciktirici ilaçlar kullanılmaya başlanmıştır. Oral antidiyabetikler yetersiz kaldığında insülin tedavisi başlanır (Williams ve Pickup, 2004).

4.4.4. İnsülin tedavisi

İnsülin pankreasın β hücrelerinde üretilir ve dolaşıma katılır (Liatis, 2006). Pankreas hücre yapısında harabiyet olduğunda pankreas insülin salgılayamaz ve vücudun insülin ihtiyacı başlar. Bazı tip 2 diyabet hastalarında ve tüm tip 1 diyabet hastalarında insüline ihtiyaç vardır (Clavell, 2004).

Günümüzde rekombinat DNA teknolojisi ile insülin üretilmektedir (Liatis, 2006). İnsülin tedavisinde kullanılan farklı insülin tipleri vardır.

Bunlar;

- kısa etkili (etkisi 30 dakika ve 1 saat içinde başlar, 6-10 saate kadar devam eder) insülinler,
- orta etkili (etkisi 2 saatte başlar, 24 saate kadar devam eder) insülinler,

- uzun etkili (etkisi 7 saatte başlar, 24 saatten uzun sürer) insülinlerdir (Clavell, 2004).

Diyabetik ketoasidoz, hiperosmolar koma, gebelikte diyabet, semptomatik hiperglisemi, enfeksiyonlara bağlı kan şekeri yüksekliği ve diyabet komplikasyonu varsa insülin tedavisi uygulanır (Watkins at all, 2003).

4.4.5. Diyabet eğitimi ve hemşirelik bakımı

Bireyin sağlık gereksinimlerini karşılamak ve tedaviye uyumunu hızlandırmak için olumlu bir çevre yaratmak sağlık eğitiminin temel amacıdır (Güçlü, 2014). Hastalıkların otokontrolünü sağlamak ve hasta bireylerin yaşam kalitesini arttırmak, gelişebilecek yeni risklere karşı farkındalık sağlamak sağlık bakım profesyonellerinin önemli görevleri arasındadır (Ertem, 2011). Sağlık eğitimi ve hemşirelerin eğitimci rolü kaliteli sağlık hizmetinin önemli bir basamağıdır (Güçlü, 2014). Çünkü hemşirelik mesleği bireyi biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak ele alarak, sağlıklı ya da hasta bireylerde sağlık eğitimi ile sağlığın korunmasını, geliştirilmesini ve iyileştirilmesini hedefler (Hacıoğlu, 2013).

Birey diyabet tanısı aldıktan sonra komplikasyonların önlenmesi için öz bakım bilinci kazanmalıdır (Ovayolu ve Ovayolu, 2014). Hasta eğitiminde temel olarak;

- güvenli ilaç kullanımını sağlamak,
- tedaviye uygun beslenmek,
- kan şekeri izleyerek hedef değerlerde tutmak ve sonuçları değerlendirebilmek,
- akut ve kronik komplikasyonları önlemek,
- psikososyal sorunları gidermek,
- sağlığı korumak amaçlanır (Ovayolu ve Ovayolu, 2014).

Diyabet eğitimi ile diyabet tedavisine aktif katılım sağlanır. Bu sayede hasta yeterli öz bakım gücüne sahip olur (Özçakar ve ark., 2009). Diyabet hemşiresi diyabet eğitimi ile tedaviye uyumu kolaylaştırır, hastanın bireysel ihtiyaçları doğrultusunda tedaviye yardım eder (Ovayolu ve Ovayolu, 2014).

Tip 2 diyabet hastalarının tedaviye uyumlarını incelemek amacıyla yapılan bir araştırmada, hastaların büyük çoğunluğunun diyabet eğitimi almadığı saptanmıştır. Diyabetin mikrovasküler komplikasyonlarını yaşayan hastaların diyabet eğitimine katılmayan hastalar oldukları belirlenmiştir (Baykal ve Kapucu 2015).

Diyabet hastalarında hastalık algısı ve bilinç düzeyini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, hastaların diyabet ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde farkındalık ve bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı saptanmıştır (Atmaca ve ark., 2015).

Diyabet bakımı için yeterli bilgi ve beceriye sahip olan diyabet hastalarında komplikasyonlar önlenebilir. İnsülin kullanan diyabet hastalarında öz bakım gücünü belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunun diyabet eğitimi almadığı ve diyabet eğitimi alanların öz bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özkan ve Durna, 2006). alışmalar diyabet eğitiminin önemini göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından diyabet tedavisinin oral hipoglisemik tedavi, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz tedavisi bileşenlerinden oluştuğu vurgulanmıştır (Selçuk ve ark, 2015). Bu uygulamaları yapabilmek için hasta diyabet yönetimini öğrenmeli, yaşam biçiminde değişiklik yapmalı, kendi kendine bakım davranışlarını öğrenmeli ve oluşabilecek sorunlarla başa çıkabilmelidir (elik ve ark., 2015).

Diyabet komplikasyonları oluşmadan bilgi vermek, mevcut komplikasyonlar ile başa çıkabilmek için farkındalık düzeyini arttıran eğitimler yapılmalıdır (Yıldırım ve ark., 2016; Akyürek ve ark., 2015). Hasta eğitimi ile diyabet hastalarının yaşam tarzı değerikliğine yardım edilerek diyabet kontrolü sağlanır (Williams ve Pickup, 2004).

4.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Diyabet

Sağlık fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ve kültürel olarak tam bir iyilik halini ifade eden, dinamik bir süreç ve evrensel bir kavramdır. Hastalık ise organizmanın fonksiyonlarını yerine getiremediği, iç dengenin bozulduğu patolojik tablodur. Sağlık

ve hastalık olgusu birbirine bağlıdır. Sağlıksız bir çevre ve yaşam biçimi beraberinde hastalığı getirir (Akça Ay, 2011).

Sağlık ve hastalık arasındaki ilişkiyi açıklamak için birçok model geliştirilmiştir. Bunlardan bir tanesi Pender tarafından geliştirilen “Sağlığı Geliştirme Modeli” dir. Modelin amacı sağlık davranışlarını iyileştirilmek, sağlığı korumak ve hastalık komplikasyonlarını azaltmaktır. Uygulamada sağlığı geliştiren davranışları etkileyen bilişsel ve etkisi değiştirilebilir faktörleri belirlemek için kullanılır. Bu modelde demografik ve biyolojik özellikler, kişilerarası etkileşim, durumsal ve davranışsal faktörler sağlığın geliştirilmesini etkiler (Akça Ay, 2011).

Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği geliştirilmiştir. Bu ölçek bireyin sağlığını geliştiren davranışları ölçer. Uygulamada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesinde geniş bir alanda kullanılmaktadır (Bahar ve ark., 2008). Ölçeğin kullanıldığı çalışmalara tip 2 diyabeti önleme programları (Grey ve ark., 2004), işçilerin (Avcı ve Erdoğan, 2015), kalp nakli olan hastaların (Salyer ve ark., 2001) ve öğrencilerin (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011) sağlık davranışlarının değerlendirildiği çalışmalar örnek verilebilir. Diyabet birey için yeni bir deneyim ve kronik metabolik bir hastalıktır. Tanı alan bireyin ilk çabası diyabete uyum sağlayabilmektir. Bu aşamada birey sağlığını korumak, hastalık komplikasyonlarını azaltmak için sağlıklı bir yaşam biçimini benimsemelidir. Çevresel faktörler, ekonomik durum, sosyal destek gibi bir çok faktör bireyin sağlık davranışlarını, uyum çabasını ve beraberinde diyabet üzerindeki kontrolünü etkiler (Karakurt ve ark., 2013).

Yapılan bir çalışmada diyabet hastalarında yaşam kalitesinin diyabet olmayanlara göre daha kötü olduğu; diyabet süresinin uzun olması, kadın cinsiyet, eğitim düzeyinin düşük olması, diyabet dışında kronik hastalık varlığı, ileri yaş gibi tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür (Çıtıl ve ark., 2010).

Bayrak Özarslan'ın (2013) çalışmasında; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, diyabet süresi, düzenli kontrollere gitme durumu gibi sosyal ve tıbbi faktörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini etkilediği

görülmüştür. Grey ve ark'nın (2004) çalışmasında ise tip 2 diyabeti önleme programlarının sağlıklı yaşam davranışlarını değiştirmede etkili olduğu görülmüştür.

Hastalıklardan korunma ve kronik hastalık yönetiminde önemli olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olarak sınıflandırılır (Bahar ve ark., 2008).

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığını önemsemesi, sorumluluk alması ve sağlığı hakkında karar verebilmesidir (Bahar ve ark., 2008). Diyabet hastası sağlık bakım davranışlarını öğrenmeli, diyabet ile ilgili bilgi sahibi olmalı, düzenli kontrollerine giderek sağlık yardımı alabilmelidir (Karakurt ve ark., 2013).

Manevi gelişim; bireyin iç huzur, yaşam amacına ulaşma isteği ve iyilik halini yükseltmek için pozitif yaklaşımıdır. Hasta diyabeti kabullenmeli, sağlıklı olmak için çaba göstermelidir (Bahar ve ark., 2008).

Fiziksel aktivite; bireyin hafif, orta ve ağır düzeyde aktivitelerini gün içinde planlı yapmasıdır (Bahar ve ark., 2008). Diyabet hastaları yürüme, bisiklete binme, koşma, yüzme, gibi ağır olmayan fiziksel aktiviteleri tercih edebilir (TEMD, 2016).

Beslenme; bireyin yiyecek seçimini yapması, öğün düzenine göre doğru beslenmesidir (Bahar ve ark., 2008). Tanıdan sonra diyabette beslenme eğitimi alan hasta diyetine uygun beslenmelidir (TEMD, 2016).

Kişilerarası ilişkiler; bireyin sosyal çevre ile sözel veya sözel olmayan iletişimi, anlamlı ilişkiler kurması, duygularını paylaşmasıdır. Diyabet hastası sosyal çevresi ile iletişimini devam ettirirse duygu ve düşüncelerini daha kolay ifade edebilir (Bahar ve ark., 2008).

Stres yönetimi; bireyin fizyolojik, psikolojik nedenlere dayalı gerilimi azaltması ve kontrol etmesidir (Bahar ve ark., 2008). Uyum çabası, tedavi yöntemleri, aile içi ilişkiler gibi faktörler hasta için stres kaynağıdır. Hasta baş etme yaklaşımlarını öğrenmeli, gerektiğinde rehberlik ve danışmanlık alabilmelidir (Çelik ve ark., 2015).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, diyabet hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri ile ilişkisini incelemek amacıyla, kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniği'nde Haziran-Eylül 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Haziran-Eylül 2015 tarihleri arasında Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, primer tanısı diyabet olan diyabet hastaları; örneklemini ise bu evren içinden araştırma kriterlerine uygun olan ve araştırmaya katılmayı kabul edenler oluşturdu.

Evreni temsil edecek örneklem sayısı; bir yıl önce aynı tarihlerde Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, primer tanısı diyabet olan hasta sayısının 872 olduğu göz önüne alındığında %95 güven aralığı, %5 örnekleme hatası ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde 267 diyabet hastası olarak hesaplandı.

5.3.1. Araştırmaya alınma kriterleri

- En az 6 ay önce diyabet tanısı almış olma,
- Tip 1 veya tip 2 diyabet tanısı almış olma,
- Ölçek ve soru formunu yanıtlayabilecek bilişsel yeterlilikte olma,
- 18 yaşından büyük olma,
- Gestasyonel diyabet tanısı almamış olma,

- Psikiyatrik ve serebral mevcut sorunun olmaması,
- İletişim engeli olmama,
- Araştırmaya katılmayı yazılı ve sözel olarak kabul etme.

5.3.2. Araştırmadan çıkartılma kriterleri

Araştırma süresi içerisinde araştırmaya alınma kriterlerinde uygunluk durumu ortadan kalkan ve çalışmayı kabul etmeyen diyabet hastaları çalışmaya dâhil edilmedi.

5.4. Araştırma Soruları

S1: Tip 1 ve tip 2 diyabet hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları sosyo-demografik özelliklere göre değişiklik gösterir mi?

S2: Tip 1 ve tip 2 diyabet hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları klinik özelliklere göre değişiklik gösterir mi?

5.5. Araştırma Değişkenleri

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları araştırmanın bağımlı değişkenleridir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum, sosyal güvence, birlikte yaşadığı kişi veya kişiler, boy, kilo, beden kütle indeksi, diyabet tipi, diyabet komplikasyonları, diyabetin tedavi şekli, kronik hastalıklar, ailede diyabet öyküsü, diyabet eğitimi alma araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Örneklem kriterlerine uyan diyabet hastalarının sadece İç Hastalıkları Polikliniği'nden seçilmesi ve araştırmanın tek bir hastanede yapılması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

5.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında “Hasta Bilgi Formu” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II” kullanıldı.

5.8. Veri Toplama Araçları

5.8.1. Hasta bilgi formu (Ek 6)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuş 19 soruluk bir formdur. Sorular diyabet hastalarının sosyo-demografik ve klinik özelliklerine ilişkin bilgi edinmeye yöneliktir.

5.8.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) (Ek 7)

Walker ve ark tarafından 1987 yılında geliştirilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin ilki 48 madde ve 6 faktörden oluşmaktadır. Ölçek 1996 yılında revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II olarak adlandırılmıştır. Revize edilen ölçek 52 madde ve 6 alt boyuttan oluşmakta, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmektedir. Ölçek alt boyutları; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğudur.

- Manevi gelişim alt boyutu 9 madde (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52 numaralı maddeler).
- Kişilerarası ilişkiler alt boyutu 9 madde (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49 numaralı maddeler).
- Fiziksel aktivite alt boyutu 8 madde (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46 numaralı maddeler).
- Beslenme alt boyutu 9 madde (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 40 numaralı maddeler).
- Stres yönetimi alt boyutu 8 madde (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47 numaralı maddeler).
- Sağlık sorumluluğu alt boyutu 9 madde (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51 numaralı maddeler).

Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir ve tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4'lu likert şeklinde olup; hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) şeklinde kabul edilmektedir. Ölçek için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir.

- Manevi gelişim alt boyutu için en düşük puan 9, en yüksek puan 36'dır.
- Kişilerarası ilişkiler alt boyutu için en düşük puan 9, en yüksek puan 36'dır.
- Fiziksel aktivite alt boyutu için en düşük puan 8, en yüksek puan 32'dir.
- Beslenme alt boyutu için en düşük puan 9, en yüksek puan 36'dır.
- Stres yönetimi alt boyutu için en düşük puan 8, en yüksek puan 32'dir.
- Sağlık sorumluluğu alt boyutu için en düşük puan 9, en yüksek puan 36'dır.

Alınan puanın yüksek olması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumlu ve yüksek düzeyde olduğunu, düşük olması ise sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumsuz ve düşük düzeyde olduğunu gösterir. Türk toplumu için geçerlik-güvenirlik çalışması 2008'de Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Geçerlik-güvenirlik çalışması yapılan ölçeğin Alpha güvenirlik katsayısı 0.92'dir. Ölçeğin alt boyutlarının Alpha güvenirlik katsayısı 0.79-0.87 arasındadır (Bahar ve ark., 2008).

Bu araştırmada ise ölçeğin genel Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı 0.94, ölçeğin alt boyutları için Cronbach's Alpha güvenirlik katsayıları kişilerarası ilişkiler 0.87, manevi gelişim 0.85, beslenme 0.65, stres yönetimi 0.76, fiziksel aktivite 0.83, sağlık sorumluluğu 0.81 olarak bulundu.

5.9. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Örneklem kriterlerine uygun olan diyabet hastaları öncelikle araştırmanın amacı hakkında bilgilendirildi ve bilgilendirme sonrası diyabet hastalarından yazılı onam alındı. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı ve her görüşme yaklaşık 30 dakika sürdü. Araştırmanın örnekleme dâhil edilecek diyabet hastalarına ilk aşamada Hasta Bilgi Formu içerisinde yer alan 19 soru soruldu ve hasta beyanları doğru kabul edilerek yanıtlar kaydedildi. Ardından sağlıklı yaşam

biçimi davranışlarına ilişkin veriler için “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II’ uygulandı.

5.10. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler tanımlayıcı istatistik yöntemler (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) ile değerlendirildi. İki sürekli değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman’s korelasyon analizi kullanıldı. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H-Testi kullanıldı. Kruskal Wallis H testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak Mann Whitney U testi kullanıldı. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

5.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülmesinde aydınlatılmış onam, gizlilik ve gizliliğin korunması, özerklik, zarar vermeme/yararlılık ilkelerine uyuldu. Araştırmaya başlamadan önce; Türk toplumu için geçerlik-güvenirlik çalışması 2008’de Bahar ve ark tarafından yapılan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II’yi uygulayabilmek için Prof. Dr. Zuhal Bahar’dan elektronik ortamda izin alındı (Ek 1). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu’ndan etik uygunluk için yazılı izin alındı (Ek 2). Çalışmanın yapılacağı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu’ndan yazılı izin alındı (Ek 3). Diyabet hastalarına araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verildi (Ek 4). Araştırmaya katılmayı kabul eden diyabet hastalarından yazılı onam alındı (Ek 5). Veri toplama sürecinde diyabet hastalarına soru sorma ve tartışma imkânı sağlandı.

6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan hastalardan toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Elde edilen bulgular řu başlıklar altında sunulmuştur;

6.1. Diyabet Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri

6.2. Diyabet Hastalarının Klinik Özellikleri

6.3. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

6.4. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

6.5. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Klinik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

6.1. Diyabet Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 1. Diyabet Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=267)

Sosyo-demografik Özellikler	n	%
Yaş		
18-44	44	16,5
45-64	133	49,8
65 ve üstü	90	33,7
Cinsiyet		
Kadın	177	66,3
Erkek	90	33,7
Medeni Durum		
Evli	221	82,8
Bekâr	46	17,2
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	35	13,1
Okuryazar	43	16,1
İlköğretim	147	55,1
Lise	30	11,2
Yükseköğretim	12	4,5
İş/Meslek		
Memur	11	4,1
İşçi	20	7,5
Serbest meslek	4	1,5
Ev hanımı	169	63,3
Emekli	56	21,0
İşsiz	7	2,6
Ekonomik Durum		
Gelir giderden az	44	16,5
Gelir giderden fazla	13	4,9
Gelir gider ile dengeli	210	78,7
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Evde yalnız	33	12,4
Eş ile birlikte	151	56,6
Eş ve çocuk ile birlikte	48	18,0
Diğer (Akraba, arkadaş, torun)	35	13,1

Tablo 1 incelendiğinde diyabet hastalarının %49,8'i 45-64 yaşları arasında (ortalama $57,52 \pm 13,77$ yaş), %66,3'ü kadın, %82,8'i evli, %55,1'i ilköğretim mezunu, %63,3'ü ev hanımı, %21,0'i emekli, %78,7'sinin gelir durumu gider ile dengeliydi ve %56,6'sı eşi ile birlikte yaşamaktaydı. Hastaların tamamının sosyal güvencesi vardı.

6.2. Diyabet Hastalarının Klinik Özellikleri

Tablo 2. Diyabet Hastalarının Yaş, Boy, Kilo, Beden Kütle İndeksi ve Diyabet Süresi Ortalamaları (N=267)

Özellikler	Min.	Max.	Ort	Ss
Yaş	18	89	57,52	13,770
Boy (cm)	130	195	163,11	9,432
Kilo (kg)	42	130	79,98	17,143
BKİ Puanı	17,301	49,948	30,199	6,726
Diyabet Süresi(yıl)	1	40	9,61	7,861

Tablo 2 incelendiğinde diyabet hastalarının yaş ortalaması 57,52 yaş, boy ortalaması 163,11 cm, kilo ortalaması 79,98 kg, beden kütle indeksi ortalaması 30,199 kg/m², diyabet süresi ortalaması 9,61 yıldır.

Tablo 3. Diyabet Hastalarının Klinik Özelliklerinin Dağılımı (N=267)

Klinik Özellikler	n	%
BKİ		
Normal (18.5-24.9 kg/m ²)	67	25,1
Hafif şişman (25-29.9 kg/m ²)	79	29,6
Obez (≥ 30 kg/m ²)	121	45,3
Diyabet Tipi		
Tip 1	41	15,4
Tip 2	226	84,6
Diyabet Süresi		
1-5 yıl	107	40,1
6-10 yıl	71	26,6
11-15 yıl	40	15,0
16-20 yıl	32	12,0
20 yıl üstü	17	6,4
Ailede Diyabet Öyküsü		
Var	171	64,0
Yok	96	36,0
Diyabet Eğitimi Alma		
Evet	143	53,6
Hayır	124	46,4
Hemşireden Diyabet Eğitimi Alma		
Evet	94	65,7
Hayır	49	34,3
Hekimden Diyabet Eğitimi Alma		
Evet	62	43,4
Hayır	81	56,6
Diyetisyenden Diyabet Eğitimi Alma		
Evet	37	25,9
Hayır	106	74,1
Oral Antidiyabetik İle Tedavi		
Evet	121	45,3
Hayır	146	54,7
Oral Antidiyabetik + İnsülin Tedavisi		
Evet	52	19,5
Hayır	215	80,5
İnsülin Tedavisi		
Evet	96	36,0
Hayır	171	64,0
Diyabetik Diyet Tedavisi		
Evet	134	50,2
Hayır	133	49,8
Diyabet Komplikasyonu		
Var	215	80,5
Yok	52	19,5

Tablo 3. Diyabet Hastalarının Klinik Özelliklerinin Dağılımı (N=267) (devam)

Klinik Özellikler	n	%
Retinopati		
Var	139	52,1
Yok	128	47,9
Nöropati		
Var	173	64,8
Yok	94	35,2
Nefropati		
Var	59	22,1
Yok	208	77,9
Hipertansiyon		
Var	56	21,0
Yok	211	79,0
Koroner Kalp Hastalığı		
Var	27	10,1
Yok	240	89,9
Diyabetik Ayak		
Var	40	15,0
Yok	227	85,0
Diyabet Dışındaki Kronik Hastalık		
Var	59	22,1
Yok	208	77,9
KOAH		
Var	17	6,4
Yok	250	93,6
Böbrek Yetmezliği		
Var	17	6,4
Yok	250	93,6
Anemi		
Var	3	1,1
Yok	264	98,9
Astım		
Var	15	5,6
Yok	252	94,4
Karaciğer Yetmezliği		
Var	2	0,7
Yok	265	99,3
Tiroid Bezi Hastalıkları		
Var	6	2,2
Yok	261	97,8

Tablo 3 incelendiğinde diyabet hastalarının %45,3'ü obez, %84,6'sı tip 2 diyabet, %15,4'ü tip 1 diyabet, %40,1'i 1-5 yıldır diyabet hastasıydı ve %64'ünün ailesinde diyabet öyküsü vardı. Diyabet hastaların %53,6'sı diyabet eğitimi almış,

eğitim alan hastaların %65,7'si hemşireden diyabet eğitimi almıştı. Hastalarının %80,5'inde en az bir diyabet komplikasyonu, %64,8'inde nöropati, %22,1'inde diyabet dışında en az bir kronik hastalık, %6,4'ünde KOAH, %6,4'ünde böbrek yetmezliği vardı. Hastaların %45,3'ü oral antidiyabetik ilaç, %36,0'ı insülin kullanmakta ve %50,2'si diyabetik diyet yapmaktaydı.

6.3. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

Tablo 4. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (N=267)

Alt Boyutlar	Ort	Ss	Min.	Max.
Sağlık Sorumluluğu	21,993	5,292	10	36
Fiziksel Aktivite	12,742	4,391	8	30
Beslenme	20,285	3,997	9	29
Manevi Gelişim	23,768	5,700	11	35
Kişilerarası İlişkiler	24,708	5,995	9	36
Stres Yönetimi	19,341	4,623	10	32
SYBDÖ-II Toplam Puan	122,835	24,154	61	178

Tablo 4'te diyabet hastalarının SYBDÖ-II'den aldığı ortalama puanlar incelendiğinde; en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler alt boyutundan (24,708±5,995), en düşük puanı fiziksel aktivite alt boyutundan (12,742±4,391) aldıkları görüldü. Hastalar ölçekten en düşük 61, en yüksek 178, ortalama 122,835 puan aldı.

6.4. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 5. Diyabet Hastalarının Yaşa Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	KW*	p	Fark**
Sağlık Sorumluluğu	18-44	44	21,614	5,091	6,574	0,037	2 > 3
	45-64	133	22,737	5,081			
	65 ve üstü	90	21,078	5,579			
Fiziksel Aktivite	18-44	44	14,796	4,958	15,641	0,000	1 > 2
	45-64	133	12,722	4,033			1 > 3
	65 ve üstü	90	11,767	4,311			2 > 3
Beslenme	18-44	44	20,409	3,350	2,122	0,346	
	45-64	133	20,587	4,040			
	65 ve üstü	90	19,778	4,210			
Manevi Gelişim	18-44	44	24,296	4,996	11,118	0,004	1 > 3
	45-64	133	24,722	5,723			2 > 3
	65 ve üstü	90	22,100	5,673			
Kişilerarası İlişkiler	18-44	44	25,818	4,896	6,874	0,032	1 > 3
	45-64	133	25,278	5,934			2 > 3
	65 ve üstü	90	23,322	6,369			
Stres Yönetimi	18-44	44	19,773	3,503	5,042	0,080	
	45-64	133	19,759	4,546			
	65 ve üstü	90	18,511	5,122			
SYBDÖ-II Toplam	18-44	44	126,705	18,720	9,420	0,009	1 > 3
	45-64	133	125,805	23,731			2 > 3
	65 ve üstü	90	116,556	26,051			

*Kruskal Wallis H-Test, **Mann Whitney U Test

Tablo 5 incelendiğinde diyabet hastalarının sağlık sorumluluğu alt boyutunda puan ortalamalarının yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlendi (KW=6,574; p=0,037<0,05) 45-64 yaş grubunda olan hastaların sağlık sorumluluğu puan ortalamaları, 65 ve üstü yaş grubunda olan hastaların sağlık sorumluluğu puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Fiziksel aktivite alt boyutunda 18-44 yaş grubundaki hastaların puan ortalamaları hem 45-64 yaş hem de 65 yaş ve üstündeki hastalara göre, 45-64 yaş grubundaki hastaların puan ortalamaları da 65 yaş ve üstündeki hastalara göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (KW=15,641; p=0,000<0,05).

Manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında ve ölçeğin tamamında 18-44 yaş ve 45-64 yaş grubundaki hastaların puan ortalamaları 65 yaş ve üstündeki hastalara göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05).

Diyabet hastalarının beslenme ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05).

Tablo 6. Diyabet Hastalarının Cinsiyete Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Kadın	177	22,102	5,306	7 788,000	0,766
	Erkek	90	21,778	5,287		
Fiziksel Aktivite	Kadın	177	12,023	3,802	6 095,500	0,002
	Erkek	90	14,156	5,099		
Beslenme	Kadın	177	20,254	3,854	7 667,000	0,616
	Erkek	90	20,344	4,288		
Manevi Gelişim	Kadın	177	23,305	5,661	6 731,500	0,038
	Erkek	90	24,678	5,700		
Kişilerarası İlişkiler	Kadın	177	24,554	6,084	7 572,000	0,509
	Erkek	90	25,011	5,838		
Stres Yönetimi	Kadın	177	19,068	4,506	7 279,500	0,249
	Erkek	90	19,878	4,825		
SYBDÖ-II Puan	Toplam Kadın	177	121,305	23,028	7 158,000	0,176
	Erkek	90	125,844	26,100		

*Mann Whitney-U Test

Tablo 6 incelendiğinde diyabet hastaların fiziksel aktivite alt boyutunda puan ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlendi (Mann Whitney U=6 095,500; p=0,002<0,05). Kadın diyabet hastalarının fiziksel aktivite puan ortalamaları, erkek hastaların fiziksel aktivite puan ortalamalarından düşük bulundu.

Manevi gelişim alt boyutunda erkek hastaların puan ortalamaları kadın hastalara göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Mann Whitney U=6 731,500; p=0,038<0,05). Diyabet hastalarının sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve ölçeğin toplam puan ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05).

Tablo 7. Diyabet Hastalarının Medeni Duruma Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Evli	221	22,249	5,479	4	0,077
	Bekâr	46	20,761	4,111	243,000	
Fiziksel Aktivite	Evli	221	12,914	4,426	4	0,109
	Bekâr	46	11,913	4,168	326,000	
Beslenme	Evli	221	20,548	3,901	3	0,018
	Bekâr	46	19,022	4,250	960,000	
Manevi Gelişim	Evli	221	23,986	5,679	4	0,177
	Bekâr	46	22,717	5,749	441,000	
Kişilerarası İlişkiler	Evli	221	24,932	5,992	4	0,238
	Bekâr	46	23,630	5,953	521,500	
Stres Yönetimi	Evli	221	19,425	4,677	4	0,477
	Bekâr	46	18,935	4,379	745,000	
SYBDÖ-II Toplam Puan	Evli	221	124,054	24,520	4	0,084
	Bekâr	46	116,978	21,605	260,000	

*Mann Whitney U Test

Tablo 7 incelendiğinde hastaların beslenme alt boyutunda puan ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptandı (Mann Whitney U=3 960,000; $p=0,018<0,05$). Evli diyabet hastalarının beslenme puan ortalamaları, bekâr hastaların beslenme puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Diyabet hastalarının sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve ölçeğin toplam puan ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 8. Diyabet Hastalarının Eğitim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	KW*	p	Fark**
Sağlık Sorumluluğu	Okuryazar değil	35	19,971	4,482	15,995	0,003	3 > 1
	Okuryazar	43	20,256	5,305			4 > 1
	İlköğretim	147	22,782	5,323			3 > 2
	Lise	30	23,000	5,420			4 > 2
	Yükseköğretim	12	21,917	4,252			
Fiziksel Aktivite	Okuryazar değil	35	10,000	2,690	33,789	0,000	3 > 1
	Okuryazar	43	11,279	3,621			4 > 1
	İlköğretim	147	13,299	4,535			5 > 1
	Lise	30	14,100	4,229			3 > 2
	Yükseköğretim	12	15,750	4,731			4 > 2
						5 > 2	
Beslenme	Okuryazar değil	35	19,229	3,711	9,006	0,061	
	Okuryazar	43	19,233	4,374			
	İlköğretim	147	20,565	3,871			
	Lise	30	20,967	4,131			
	Yükseköğretim	12	22,000	3,668			
Manevi Gelişim	Okuryazar değil	35	21,029	4,482	19,416	0,001	3 > 1
	Okuryazar	43	22,000	6,576			4 > 1
	İlköğretim	147	24,354	5,334			5 > 1
	Lise	30	25,700	6,347			3 > 2
	Yükseköğretim	12	26,083	4,252			4 > 2
						5 > 2	
Kişilerarası İlişkiler	Okuryazar değil	35	22,229	4,833	15,724	0,003	3 > 1
	Okuryazar	43	23,186	7,042			4 > 1
	İlköğretim	147	25,231	5,901			5 > 1
	Lise	30	26,967	5,654			4 > 2
	Yükseköğretim	12	25,333	3,798			
Stres Yönetimi	Okuryazar değil	35	18,000	4,284	10,237	0,037	3 > 1
	Okuryazar	43	18,186	5,133			4 > 1
	İlköğretim	147	19,721	4,472			3 > 2
	Lise	30	20,833	4,662			4 > 2
	Yükseköğretim	12	19,000	4,200			
SYBDÖ-II Toplam Puan	Okuryazar değil	35	110,457	18,374	22,635	0,000	3 > 1
	Okuryazar	43	114,140	27,244			4 > 1
	İlköğretim	147	125,952	23,199			5 > 1
	Lise	30	131,567	24,233			3 > 2
	Yükseköğretim	12	130,083	18,990			4 > 2

*Kruskal Wallis H-Test, **Mann Whitney U Test

Tablo 8 incelendiğinde eğitim durumuna göre sağlık sorumluluğu alt boyutunda puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu (KW=15,995; $p=0,003<0,05$). İlköğretim ve lise mezunu olan hastaların sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının, okuryazar olmayan ve okuryazar olan hastaların sağlık sorumluluğu puan ortalamalarından yüksek olduğu görüldü.

Fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt boyutlarında ilköğretim, lise ve yükseköğretim mezunu hastaların puan ortalamaları okuryazar olan ve olmayan hastalara göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Kişilerarası ilişkiler alt boyutunda ilköğretim, lise ve yükseköğretim mezunu hastaların puan ortalamaları okuryazar olmayan hastalara göre, lise mezunu olanların puan ortalamaları okuryazar olan hastalara göre daha yüksek ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (KW=15,724; $p=0,003<0,05$).

Stres yönetimi alt boyutunda ilköğretim ve lise mezunu olan hastaların puan ortalamaları okuryazar olan ve okuryazar olmayan hastalara göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (KW=10,237; $p=0,037<0,05$).

İlköğretim, lise ve yükseköğretim mezunu olan diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları okuryazar olmayan hastalara göre, ilköğretim ve lise mezunu olan hastaların puan ortalamaları okuryazar olan hastalara göre daha yüksek bulundu (KW=22,635; $p=0,000<0,05$). Hastaların beslenme alt boyut puan ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 9. Diyabet Hastalarının İş/Meslek Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	KW*	p	Fark**
Sağlık Sorumluluğu	Memur	11	22,000	3,847	4,364	0,498	
	İşçi	20	21,400	4,999			
	Serbest meslek	4	22,000	1,414			
	Ev hanımı	169	21,858	5,382			
	Emekli	56	22,893	5,665			
	İşsiz	7	19,714	3,988			
Fiziksel Aktivite	Memur	11	15,546	4,762	21,373	0,001	1 > 4 2 > 4 5 > 4
	İşçi	20	14,500	4,730			
	Serbest meslek	4	12,500	3,109			
	Ev hanımı	169	11,828	3,726			
	Emekli	56	14,446	5,148			
	İşsiz	7	11,857	5,786			
Beslenme	Memur	11	21,091	2,948	11,197	0,048	1 > 6 2 > 6 3 > 6 4 > 6 5 > 6
	İşçi	20	19,950	2,781			
	Serbest meslek	4	23,500	3,317			
	Ev hanımı	169	20,112	3,884			
	Emekli	56	20,946	4,715			
	İşsiz	7	17,000	3,416			
Manevi Gelişim	Memur	11	24,091	3,859	12,976	0,024	3 > 6 5 > 4 5 > 6
	İşçi	20	24,450	5,491			
	Serbest meslek	4	26,000	2,708			
	Ev hanımı	169	23,130	5,575			
	Emekli	56	25,679	6,241			
	İşsiz	7	20,143	4,845			
Kişilerarası İlişkiler	Memur	11	24,818	3,628	6,682	0,245	
	İşçi	20	25,350	4,913			
	Serbest meslek	4	23,250	3,096			
	Ev hanımı	169	24,325	6,104			
	Emekli	56	26,089	6,420			
	İşsiz	7	21,714	5,823			
Stres Yönetimi	Memur	11	19,909	3,239	9,023	0,108	
	İşçi	20	18,100	3,538			
	Serbest meslek	4	21,000	2,582			
	Ev hanımı	169	18,982	4,498			
	Emekli	56	20,857	5,409			
	İşsiz	7	17,571	3,994			
SYBDÖ-II Toplam Puan	Memur	11	127,455	16,108	11,439	0,043	5 > 4 5 > 6
	İşçi	20	123,750	20,060			
	Serbest meslek	4	128,250	4,856			
	Ev hanımı	169	120,237	23,328			
	Emekli	56	130,911	28,441			
	İşsiz	7	108,000	19,408			

*Kruskal Wallis H-Test, *Mann Whitney U Test

Tablo 9 incelendiğinde; diyabet hastalarının fiziksel aktivite alt boyutunda puan ortalamalarının iş/meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği (KW=21,373; $p=0,001<0,05$), bu farklılığın memur, işçi ve emekli hastaların puan ortalamalarının ev hanımı olan hastalara göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı görüldü.

Beslenme alt boyutunda memur, işçi, serbest meslek sahibi, ev hanımı ve emekli olan hastaların puan ortalamaları işsiz olan hastalara göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (KW=11,197; $p=0,048<0,05$).

Manevi gelişim alt boyutunda serbest meslek sahibi hastaların puan ortalamaları işsiz hastalara göre, emekli hastaların puan ortalamaları ev hanımı ve işsiz hastalara göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (KW=12,976; $p=0,024<0,05$).

Emekli diyabet hastalarının ölçekten aldıkları toplam puan ortalamaları ev hanımı ve işsiz hastalara göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (KW=11,439; $p=0,043<0,05$).

Hastaların sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarındaki puan ortalamalarının iş/meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 10. Diyabet Hastalarının Ekonomik Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	KW*	p	Fark**
Sağlık Sorumluluğu	Gelir giderden az	44	20,318	4,898	4,373	0,112	
	Gelir gidenden fazla	13	21,923	4,991			
	Gelir gider ile dengeli	210	22,348	5,344			
Fiziksel Aktivite	Gelir giderden az	44	11,955	3,334	1,544	0,462	
	Gelir gidenden fazla	13	14,539	5,797			
	Gelir gider ile dengeli	210	12,795	4,471			
Beslenme	Gelir giderden az	44	18,705	4,015	7,896	0,019	3 > 1
	Gelir gidenden fazla	13	20,000	3,028			
	Gelir gider ile dengeli	210	20,633	3,980			
Manevi Gelişim	Gelir giderden az	44	20,977	5,789	11,581	0,003	3 > 1
	Gelir gidenden fazla	13	25,077	6,198			
	Gelir gider ile dengeli	210	24,271	5,501			
Kişilerarası İlişkiler	Gelir giderden az	44	22,046	5,949	9,006	0,011	3 > 1
	Gelir gidenden fazla	13	25,154	5,273			
	Gelir gider ile dengeli	210	25,238	5,922			
Stres Yönetimi	Gelir giderden az	44	17,682	4,376	6,977	0,031	3 > 1
	Gelir gidenden fazla	13	19,692	5,023			
	Gelir gider ile dengeli	210	19,667	4,595			
SYBDÖ-II Toplam Puan	Gelir giderden az	44	111,682	23,263	9,734	0,008	3 > 1
	Gelir gidenden fazla	13	126,385	22,437			
	Gelir gider ile dengeli	210	124,952	23,891			

*Kruskal Wallis H-Test, **Mann Whitney U Test

Tablo 10 incelendiğinde hastaların sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının ekonomik durum değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği belirlendi ($p>0,05$). Buna karşın beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutlarında ve ölçeğin toplamında gelir ve gideri dengeli olan hastaların puan ortalamalarının geliri giderinden az olan hastalara göre daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Tablo 11. Diyabet Hastalarının Birlikte Yaşadığı Kişi veya Kişilere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	KW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Evde yalnız	33	20,455	5,432	4,926	0,177
	Eş ile	151	22,589	5,402		
	Eş ve çocuk ile	48	21,604	5,001		
	Diğer	35	21,400	4,852		
Fiziksel Aktivite	Evde yalnız	33	11,758	4,416	6,896	0,075
	Eş ile	151	12,629	4,437		
	Eş ve çocuk ile	48	13,875	4,437		
	Diğer	35	12,600	3,950		
Beslenme	Evde yalnız	33	19,121	4,505	5,038	0,169
	Eş ile	151	20,695	3,929		
	Eş ve çocuk ile	48	20,188	4,046		
	Diğer	35	19,743	3,576		
Manevi Gelişim	Evde yalnız	33	21,636	6,143	5,606	0,132
	Eş ile	151	24,311	5,937		
	Eş ve çocuk ile	48	23,708	5,040		
	Diğer	35	23,514	4,724		
Kişilerarası İlişkiler	Evde yalnız	33	22,000	7,062	7,071	0,070
	Eş ile	151	25,470	5,995		
	Eş ve çocuk ile	48	24,167	5,113		
	Diğer	35	24,714	5,421		
Stres Yönetimi	Evde yalnız	33	18,697	5,126	5,325	0,149
	Eş ile	151	19,894	4,708		
	Eş ve çocuk ile	48	18,667	3,889		
	Diğer	35	18,486	4,540		
SYBDÖ-II Toplam Puan	Evde yalnız	33	113,667	26,896	5,841	0,120
	Eş ile	151	125,589	24,721		
	Eş ve çocuk ile	48	122,208	21,303		
	Diğer	35	120,457	20,936		

*Kruskal Wallis H-Test

Tablo 11 incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının birlikte yaşadığı kişi veya kişilere göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$).

6.5. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Klinik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 12. Diyabet Hastalarının Beden Kütle İndeksine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	KW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Normal	67	21,493	5,425	1,278	0,528
	Hafif şişman	79	22,304	4,973		
	Obez	121	22,066	5,440		
Fiziksel Aktivite	Normal	67	13,970	5,228	4,219	0,121
	Hafif şişman	79	12,595	4,398		
	Obez	121	12,157	3,733		
Beslenme	Normal	67	20,508	4,507	1,530	0,465
	Hafif şişman	79	19,823	3,849		
	Obez	121	20,463	3,797		
Manevi Gelişim	Normal	67	23,672	5,785	0,005	0,998
	Hafif şişman	79	23,810	5,853		
	Obez	121	23,793	5,599		
Kişilerarası İlişkiler	Normal	67	24,881	6,029	0,318	0,853
	Hafif şişman	79	24,519	5,503		
	Obez	121	24,736	6,320		
Stres Yönetimi	Normal	67	19,119	4,416	0,486	0,784
	Hafif şişman	79	19,253	5,045		
	Obez	121	19,521	4,476		
SYBDÖ-II Toplam Puan	Normal	67	123,642	25,413	0,266	0,875
	Hafif şişman	79	122,304	24,075		
	Obez	121	122,736	23,679		

*Kruskal Wallis H-Test

Tablo 12 incelendiğinde diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının beden kütle indeksine göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 13. Diyabet Hastalarının Diyabet Tipine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Tip 1	41	21,244	5,024	4 240,000	0,387
	Tip 2	226	22,128	5,338		
Fiziksel Aktivite	Tip 1	41	14,951	4,790	3 094,000	0,001
	Tip 2	226	12,341	4,203		
Beslenme	Tip 1	41	19,976	3,616	4 329,000	0,503
	Tip 2	226	20,341	4,068		
Manevi Gelişim	Tip 1	41	23,829	5,389	4 508,500	0,784
	Tip 2	226	23,757	5,766		
Kişilerarası İlişkiler	Tip 1	41	25,122	5,474	4 316,500	0,486
	Tip 2	226	24,633	6,093		
Stres Yönetimi	Tip 1	41	19,463	4,026	4 515,000	0,795
	Tip 2	226	19,319	4,731		
SYBDÖ-II Toplam Puan	Tip 1	41	124,585	22,563	4 351,000	0,535
	Tip 2	226	122,518	24,465		

*Mann Whitney U Test

Tablo 13 incelendiğinde diyabet hastalarının sadece fiziksel aktivite alt boyutunda puan ortalamalarının diyabet tipine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlendi (Mann Whitney U=3 094,000; p=0,001<0,05). Tip 1 diyabetli hastaların fiziksel aktivite puan ortalamaları, tip 2 diyabetli hastaların fiziksel aktivite puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Hastaların fiziksel aktivite alt boyutu dışındaki diğer alt boyut ve toplam puan ortalamalarının diyabet tipine göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı (p>0,05).

Tablo 14. Diyabet Hastalarının Diyabet Süresine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	KW*	p
Sağlık Sorumluluğu	1-5 Yıl	107	21,822	5,458	1,441	0,837
	6-10 Yıl	71	21,620	5,136		
	11-15 Yıl	40	22,475	5,392		
	16-20 Yıl	32	22,781	5,085		
	20 Yıl üstü	17	22,000	5,397		
Fiziksel Aktivite	1-5 Yıl	107	12,841	4,329	1,403	0,844
	6-10 Yıl	71	12,761	4,578		
	11-15 Yıl	40	11,775	3,206		
	16-20 Yıl	32	12,938	4,683		
	20 Yıl üstü	17	13,941	5,761		
Beslenme	1-5 Yıl	107	20,215	4,311	7,816	0,099
	6-10 Yıl	71	19,451	3,718		
	11-15 Yıl	40	20,850	3,766		
	16-20 Yıl	32	21,656	3,470		
	20 Yıl üstü	17	20,294	4,058		
Manevi Gelişim	1-5 Yıl	107	24,757	5,826	5,287	0,259
	6-10 Yıl	71	23,028	5,787		
	11-15 Yıl	40	23,275	5,054		
	16-20 Yıl	32	23,594	4,634		
	20 Yıl üstü	17	22,118	7,245		
Kişilerarası İlişkiler	1-5 Yıl	107	25,533	5,771	3,459	0,484
	6-10 Yıl	71	24,141	6,366		
	11-15 Yıl	40	24,600	5,541		
	16-20 Yıl	32	24,000	5,477		
	20 Yıl üstü	17	23,471	7,609		
Stres Yönetimi	1-5 Yıl	107	19,710	4,464	2,535	0,638
	6-10 Yıl	71	18,817	4,691		
	11-15 Yıl	40	18,800	4,433		
	16-20 Yıl	32	19,813	4,490		
	20 Yıl üstü	17	19,588	6,052		
SYBDÖ-II Toplam Puan	1-5 Yıl	107	124,879	23,738	1,925	0,750
	6-10 Yıl	71	119,817	25,061		
	11-15 Yıl	40	121,775	22,526		
	16-20 Yıl	32	124,781	22,066		
	20 Yıl üstü	17	121,412	30,936		

*Kruskal Wallis H-Test

Tablo 14 incelendiğinde diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının diyabet süresine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 15. Diyabet Hastalarının Ailede Diyabet Öyküsüne Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Var	171	22,281	5,228	7 456,000	0,213
	Yok	96	21,479	5,392		
Fiziksel Aktivite	Var	171	12,918	4,317	7 423,500	0,192
	Yok	96	12,427	4,525		
Beslenme	Var	171	20,298	4,097	8 205,500	0,997
	Yok	96	20,260	3,834		
Manevi Gelişim	Var	171	24,053	5,922	7 391,000	0,177
	Yok	96	23,260	5,274		
Kişilerarası İlişkiler	Var	171	24,959	6,277	7 504,500	0,245
	Yok	96	24,260	5,458		
Stres Yönetimi	Var	171	19,608	4,612	7 369,500	0,165
	Yok	96	18,865	4,626		
SYBDÖ-II Toplam Puan	Var	171	124,117	24,423	7 338,000	0,151
	Yok	96	120,552	23,620		

*Mann Whitney-U Test

Tablo 15 incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının ailede diyabet öyküsüne göre anlamlı bir farklılık göstermediği görüldü ($p>0,05$).

Tablo 16. Diyabet Hastalarının Diyabet Eğitimi Alma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	143	22,546	5,528	7 778,000	0,083
	Hayır	124	21,355	4,950		
Fiziksel Aktivite	Evet	143	13,245	4,471	7 448,500	0,023
	Hayır	124	12,161	4,241		
Beslenme	Evet	143	20,280	3,972	8 802,500	0,919
	Hayır	124	20,290	4,042		
Manevi Gelişim	Evet	143	24,126	5,305	8 154,500	0,257
	Hayır	124	23,355	6,121		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	143	25,322	5,646	7 794,500	0,088
	Hayır	124	24,000	6,322		
Stres Yönetimi	Evet	143	19,587	4,538	8 252,000	0,328
	Hayır	124	19,057	4,720		
SYBDÖ-II Toplam Puan	Evet	143	125,105	23,367	7 891,500	0,121
	Hayır	124	120,218	24,868		

*Mann Whitney-U test

Tablo 16 incelendiğinde diyabet hastalarının sadece fiziksel aktivite alt boyutunda puan ortalamalarının diyabet eğitimi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği (Mann Whitney U=7 448,500; p=0,023<0,05); eğitim almış hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü.

Hastaların fiziksel aktivite alt boyutu dışındaki diğer alt boyutlar ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamalarının diyabet eğitimi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05).

Tablo 17. Diyabet Hastalarının Diyabet Komplikasyonuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Var	215	22,056	5,421	5 458,000	0,791
	Yok	52	21,731	4,757		
Fiziksel Aktivite	Var	215	12,316	4,254	3 889,000	0,001
	Yok	52	14,500	4,553		
Beslenme	Var	215	20,209	4,112	5 424,000	0,739
	Yok	52	20,596	3,505		
Manevi Gelişim	Var	215	23,530	5,737	4 979,500	0,221
	Yok	52	24,750	5,491		
Kişilerarası İlişkiler	Var	215	24,581	6,179	5 365,000	0,652
	Yok	52	25,231	5,185		
Stres Yönetimi	Var	215	19,265	4,600	5 429,500	0,748
	Yok	52	19,654	4,748		
SYBDÖ-II Toplam Puan	Var	215	121,958	24,566	5 095,500	0,322
	Yok	52	126,462	22,222		

*Mann Whitney-U Test

Tablo 17 incelendiğinde hastaların fiziksel aktivite alt boyutunda puan ortalamalarının diyabet komplikasyonu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlendi (Mann Whitney U=3889,000; p=0,001<0,05). Diyabet komplikasyonu olmayan hastaların fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamalarının komplikasyonu olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı.

Hastaların fiziksel aktivite alt boyutu dışındaki diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarının diyabet komplikasyonu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği görüldü(p>0,05).

Tablo 18. Diyabet Hastalarının Retinopati Komplikasyonuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Var	139	21,705	5,421	8 188,000	0,261
	Yok	128	22,305	4,757		
Fiziksel Aktivite	Var	139	12,259	4,254	7 887,500	0,107
	Yok	128	13,266	4,553		
Beslenme	Var	139	20,007	4,112	8 318,000	0,358
	Yok	128	20,586	3,505		
Manevi Gelişim	Var	139	23,022	5,737	7 677,000	0,053
	Yok	128	24,578	5,491		
Kişilerarası İlişkiler	Var	139	23,928	6,179	7 714,000	0,060
	Yok	128	25,555	5,185		
Stres Yönetimi	Var	139	19,151	4,600	8 575,500	0,610
	Yok	128	19,547	4,748		
SYBDÖ-II Toplam Puan	Var	139	120,072	24,566	7 841,000	0,094
	Yok	128	125,836	22,222		

*Mann Whitney-U Test

Tablo 18 incelendiğinde hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının retinopati komplikasyonuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 19. Diyabet Hastalarının Nöropati Komplikasyonuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Var	173	22,422	5,645	7 085,500	0,082
	Yok	94	21,202	4,493		
Fiziksel Aktivite	Var	173	12,341	4,292	6 800,500	0,026
	Yok	94	13,479	4,498		
Beslenme	Var	173	20,387	4,151	7 691,500	0,464
	Yok	94	20,096	3,713		
Manevi Gelişim	Var	173	23,624	5,865	7 835,000	0,623
	Yok	94	24,032	5,404		
Kişilerarası İlişkiler	Var	173	24,630	6,299	8 119,500	0,985
	Yok	94	24,851	5,420		
Stres Yönetimi	Var	173	19,335	4,615	8 033,500	0,871
	Yok	94	19,351	4,662		
SYBDÖ-II Toplam Puan	Var	173	122,740	25,055	8 042,000	0,883
	Yok	94	123,011	22,529		

*Mann Whitney-U Test

Tablo 19 incelendiğinde hastaların sadece fiziksel aktivite alt boyutunda puan ortalamalarının nöropati değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptandı (Mann Whitney U=6800,500; p=0,026<0,05). Fiziksel aktivite alt boyutunda nöropatisi olmayan diyabet hastalarının ortalama puanları nöropatisi olanlara göre daha yüksek bulundu.

Hastaların fiziksel aktivite dışındaki alt boyutlar ve ölçekten aldıkları toplam puan ortalamalarının nöropati değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05).

Tablo 20. Diyabet Hastalarının Nefropati Komplikasyonuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Var	59	21,237	5,322	5 463,000	0,198
	Yok	208	22,207	5,276		
Fiziksel Aktivite	Var	59	12,254	4,330	5 555,000	0,263
	Yok	208	12,880	4,409		
Beslenme	Var	59	19,576	3,869	5 311,000	0,114
	Yok	208	20,486	4,019		
Manevi Gelişim	Var	59	22,559	5,658	5 174,500	0,066
	Yok	208	24,111	5,679		
Kişilerarası İlişkiler	Var	59	24,136	6,380	5 663,000	0,366
	Yok	208	24,870	5,887		
Stres Yönetimi	Var	59	18,848	4,490	5 691,500	0,395
	Yok	208	19,481	4,531		
SYBDÖ-II Toplam Puan	Var	59	118,610	24,561	5 332,000	0,125
	Yok	208	124,034	23,361		

*Mann Whitney-U Test

Tablo 20 incelendiğinde diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının nefropati değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 21. Diyabet Hastalarının Hipertansiyona Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Var	56	21,768	5,127	5 638,000	0,599
	Yok	211	22,052	5,345		
Fiziksel Aktivite	Var	56	12,107	3,907	5 332,500	0,259
	Yok	211	12,910	4,505		
Beslenme	Var	56	19,786	3,948	5 486,500	0,410
	Yok	211	20,417	4,009		
Manevi Gelişim	Var	56	23,179	5,673	5 434,000	0,355
	Yok	211	23,924	5,711		
Kişilerarası İlişkiler	Var	56	23,875	6,371	5 278,500	0,220
	Yok	211	24,929	5,887		
Stres Yönetimi	Var	56	19,286	4,968	5 813,500	0,854
	Yok	211	19,356	4,539		
SYBDÖ-II Toplam Puan	Var	56	120,000	24,925	5 340,000	0,269
	Yok	211	123,588	23,949		

*Mann Whitney-U Test

Tablo 21 incelendiğinde hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının hipertansiyon değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği görüldü ($p>0,05$).

Tablo 22. Diyabet Hastalarının Koroner Kalp Hastalığına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Var	27	22,519	4,492	3 024,500	0,570
	Yok	240	21,933	5,379		
Fiziksel Aktivite	Var	27	11,259	4,006	2 407,500	0,027
	Yok	240	12,908	4,409		
Beslenme	Var	27	19,963	4,146	3 070,500	0,655
	Yok	240	20,321	3,988		
Manevi Gelişim	Var	27	22,778	6,750	2 841,500	0,294
	Yok	240	23,879	5,575		
Kişilerarası İlişkiler	Var	27	24,000	7,280	2 897,500	0,367
	Yok	240	24,788	5,845		
Stres Yönetimi	Var	27	18,296	5,676	2 713,000	0,165
	Yok	240	19,458	4,488		
SYBDÖ-II Toplam Puan	Var	27	118,815	28,298	2 780,000	0,227
	Yok	240	123,288	23,668		

*Mann Whitney-U Test

Tablo 22 incelendiğinde diyabet hastalarının fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamalarının koroner kalp hastalığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği (Mann Whitney U=2407,500; p=0,027<0,05); koroner kalp hastalığı olanların fiziksel aktivite puan ortalamalarının olmayanlara göre daha düşük olduğu görüldü.

Fiziksel aktivite alt boyutu dışındaki alt boyutlar ve ölçeğin tamamında puan ortalamalarının koroner kalp hastalığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı (p>0,05).

Tablo 23. Diyabet Hastalarının Diyabetik Ayak Komplikasyonuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Var	40	22,925	6,027	4 007,000	0,236
	Yok	227	21,828	5,148		
Fiziksel Aktivite	Var	40	11,700	3,963	3 786,500	0,092
	Yok	227	12,925	4,445		
Beslenme	Var	40	21,225	4,073	3 719,500	0,068
	Yok	227	20,119	3,970		
Manevi Gelişim	Var	40	22,625	5,754	3 921,000	0,169
	Yok	227	23,969	5,680		
Kişilerarası İlişkiler	Var	40	24,000	7,331	4 292,000	0,581
	Yok	227	24,833	5,737		
Stres Yönetimi	Var	40	19,100	5,123	4 401,000	0,757
	Yok	227	19,383	4,540		
SYBDÖ-II Toplam Puan	Var	40	121,575	27,247	4 509,500	0,946
	Yok	227	123,057	23,627		

*Mann Whitney-U Test

Tablo 23 incelendiğinde hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının diyabetik ayak komplikasyonuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 24. Diyabet Hastalarının Diyabet Dışındaki Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Var	59	20,932	5,385	5 238,500	0,086
	Yok	208	22,293	5,239		
Fiziksel Aktivite	Var	59	11,390	4,034	4 529,000	0,002
	Yok	208	13,125	4,421		
Beslenme	Var	59	19,475	4,659	5 414,500	0,167
	Yok	208	20,514	3,770		
Manevi Gelişim	Var	59	22,542	5,955	5 137,000	0,056
	Yok	208	24,115	5,592		
Kişilerarası İlişkiler	Var	59	23,763	5,781	5 434,500	0,180
	Yok	208	24,976	6,040		
Stres Yönetimi	Var	59	18,915	4,911	5 773,000	0,487
	Yok	208	19,462	4,543		
SYBDÖ-II Toplam Puan	Var	59	117,017	25,561	5 070,500	0,042
	Yok	208	124,486	23,542		

*Mann Whitney-U Test

Tablo 24 incelendiğinde diyabet hastalarının fiziksel aktivite alt boyutu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamalarının ek kronik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği (Mann Whitney U=4529,000; p=0,002<0,05); ek kronik hastalığı olanların fiziksel aktivite alt boyutundan ve ölçeğin tamamından olmayanlara göre daha düşük puan aldığı görüldü.

Beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları puan ortalamalarının ek kronik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı (p>0,05).

Tablo 25. Diyabet Hastalarının Oral Antidiyabetik Tedavisine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	121	22,132	5,408	8 617,500	0,731
	Hayır	146	21,877	5,209		
Fiziksel Aktivite	Evet	121	12,818	4,227	8 396,500	0,484
	Hayır	146	12,678	4,536		
Beslenme	Evet	121	20,207	4,408	8 792,500	0,948
	Hayır	146	20,349	3,636		
Manevi Gelişim	Evet	121	24,025	6,120	8 327,000	0,420
	Hayır	146	23,555	5,340		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	121	25,149	6,336	7 979,000	0,173
	Hayır	146	24,343	5,693		
Stres Yönetimi	Evet	121	19,769	4,618	7 920,500	0,145
	Hayır	146	18,986	4,612		
SYBDÖ-II Toplam Puan	Evet	121	124,099	25,415	8 261,000	0,362
	Hayır	146	121,788	23,092		

*Mann Whitney-U Test

Tablo 25 incelendiğinde hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının sadece oral antidiyabetik ile tedavi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği görüldü ($p>0,05$).

Tablo 26. Diyabet Hastalarının Oral Antidiyabetik ve İnsülin Tedavisine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p																																																															
Sağlık Sorumluluğu	Evet	52	21,904	5,119	5 495,000	0,849																																																															
	Hayır	215	22,014	5,344			Fiziksel Aktivite	Evet	52	11,596	4,112	4 409,000	0,017	Hayır	215	13,019	4,421	Beslenme	Evet	52	20,385	3,779	5 562,000	0,955	Hayır	215	20,261	4,057	Manevi Gelişim	Evet	52	23,481	5,264	5 296,000	0,556	Hayır	215	23,837	5,811	Kişilerarası İlişkiler	Evet	52	24,192	5,695	5 125,000	0,351	Hayır	215	24,833	6,071	Stres Yönetimi	Evet	52	19,135	4,512	5 470,000	0,810	Hayır	215	19,391	4,658	SYBDÖ-II Toplam Puan	Evet	52	120,692	22,881	5 191,500	0,425	Hayır
Fiziksel Aktivite	Evet	52	11,596	4,112	4 409,000	0,017																																																															
	Hayır	215	13,019	4,421			Beslenme	Evet	52	20,385	3,779	5 562,000	0,955	Hayır	215	20,261	4,057	Manevi Gelişim	Evet	52	23,481	5,264	5 296,000	0,556	Hayır	215	23,837	5,811	Kişilerarası İlişkiler	Evet	52	24,192	5,695	5 125,000	0,351	Hayır	215	24,833	6,071	Stres Yönetimi	Evet	52	19,135	4,512	5 470,000	0,810	Hayır	215	19,391	4,658	SYBDÖ-II Toplam Puan	Evet	52	120,692	22,881	5 191,500	0,425	Hayır	215	123,354	24,475								
Beslenme	Evet	52	20,385	3,779	5 562,000	0,955																																																															
	Hayır	215	20,261	4,057			Manevi Gelişim	Evet	52	23,481	5,264	5 296,000	0,556	Hayır	215	23,837	5,811	Kişilerarası İlişkiler	Evet	52	24,192	5,695	5 125,000	0,351	Hayır	215	24,833	6,071	Stres Yönetimi	Evet	52	19,135	4,512	5 470,000	0,810	Hayır	215	19,391	4,658	SYBDÖ-II Toplam Puan	Evet	52	120,692	22,881	5 191,500	0,425	Hayır	215	123,354	24,475																			
Manevi Gelişim	Evet	52	23,481	5,264	5 296,000	0,556																																																															
	Hayır	215	23,837	5,811			Kişilerarası İlişkiler	Evet	52	24,192	5,695	5 125,000	0,351	Hayır	215	24,833	6,071	Stres Yönetimi	Evet	52	19,135	4,512	5 470,000	0,810	Hayır	215	19,391	4,658	SYBDÖ-II Toplam Puan	Evet	52	120,692	22,881	5 191,500	0,425	Hayır	215	123,354	24,475																														
Kişilerarası İlişkiler	Evet	52	24,192	5,695	5 125,000	0,351																																																															
	Hayır	215	24,833	6,071			Stres Yönetimi	Evet	52	19,135	4,512	5 470,000	0,810	Hayır	215	19,391	4,658	SYBDÖ-II Toplam Puan	Evet	52	120,692	22,881	5 191,500	0,425	Hayır	215	123,354	24,475																																									
Stres Yönetimi	Evet	52	19,135	4,512	5 470,000	0,810																																																															
	Hayır	215	19,391	4,658			SYBDÖ-II Toplam Puan	Evet	52	120,692	22,881	5 191,500	0,425	Hayır	215	123,354	24,475																																																				
SYBDÖ-II Toplam Puan	Evet	52	120,692	22,881	5 191,500	0,425																																																															
	Hayır	215	123,354	24,475																																																																	

*Mann Whitney-U Test

Tablo 26 incelendiğinde hastaların sadece fiziksel aktivite alt boyutunda puan ortalamalarının oral antidiyabetik ve insülin tedavisini birlikte alma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği (Mann Whitney U=4409,000; p=0,017<0,05); oral antidiyabetik ve insülin tedavisini birlikte alanların fiziksel aktivite alt boyutunda ortalama puanlarının almayanlara göre daha düşük olduğu görüldü.

Hastaların fiziksel aktivite alt boyutu dışındaki alt boyutlar ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamalarının oral antidiyabetik ve insülin tedavisi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05).

Tablo 27. Diyabet Hastalarının İnsülin Tedavisine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	96	21,771	5,267	7 942,500	0,660
	Hayır	171	22,117	5,317		
Fiziksel Aktivite	Evet	96	13,229	4,651	7 524,500	0,255
	Hayır	171	12,468	4,228		
Beslenme	Evet	96	20,229	3,623	7 963,500	0,685
	Hayır	171	20,316	4,203		
Manevi Gelişim	Evet	96	23,510	5,466	7 916,500	0,630
	Hayır	171	23,912	5,839		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	96	24,313	5,730	7 661,500	0,366
	Hayır	171	24,930	6,144		
Stres Yönetimi	Evet	96	18,854	4,666	7 316,000	0,140
	Hayır	171	19,614	4,589		
SYBDÖ-II Toplam Puan	Evet	96	121,906	23,450	7 890,500	0,600
	Hayır	171	123,357	24,592		

*Mann Whitney-U Test

Tablo 27 incelendiğinde hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının sadece insülin tedavisi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 28. Diyabet Hastalarının Diyabetik Diyet Tedavisine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW*	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	134	21,858	5,220	8 844,000	0,915
	Hayır	133	22,128	5,379		
Fiziksel Aktivite	Evet	134	12,925	4,378	8 470,500	0,482
	Hayır	133	12,556	4,413		
Beslenme	Evet	134	20,030	3,989	8 318,000	0,346
	Hayır	133	20,541	4,005		
Manevi Gelişim	Evet	134	23,403	5,590	8 406,500	0,423
	Hayır	133	24,135	5,807		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	134	24,269	5,933	8 206,500	0,263
	Hayır	133	25,150	6,046		
Stres Yönetimi	Evet	134	19,067	4,454	8 509,500	0,524
	Hayır	133	19,617	4,787		
SYBDÖ-II Toplam Puan	Evet	134	121,552	24,155	8 407,500	0,425
	Hayır	133	124,128	24,175		

*Mann Whitney-U Test

Tablo 28 incelendiğinde hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının diyabetik diyet tedavisi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 29. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II İle Diyabet Süresi ve Yaş Arasındaki İlişki (N=267)

	Yaş	Diyabet Süresi	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ-II Toplam
Yaş	r 1,000 p 0,000								
Diyabet Süresi	r 0,282** p 0,000	1,000 0,000							
Sağlık Sorumluluğu	r -0,109 p 0,074	0,077 0,209	1,000 0,000						
Fiziksel Aktivite	r -0,266** p 0,000	0,029 0,638	0,382** 0,000	1,000 0,000					
Beslenme	r -0,064 p 0,299	0,102 0,095	0,521** 0,000	0,333** 0,000	1,000 0,000				
Manevi Gelişim	r -0,189** p 0,002	-0,108 0,077	0,643** 0,000	0,407** 0,000	0,529** 0,000	1,000 0,000			
Kişilerarası İlişkiler	r -0,211** p 0,001	-0,079 0,199	0,730** 0,000	0,382** 0,000	0,504** 0,000	0,831** 0,000	1,000 0,000		
Stres Yönetimi	r -0,116 p 0,057	0,013 0,837	0,662** 0,000	0,428** 0,000	0,525** 0,000	0,744** 0,000	0,721** 0,000	1,000 0,000	
SYBDÖ-II Toplam Davranışları Toplam	r -0,202** p 0,001	-0,004 0,953	0,834** 0,000	0,593** 0,000	0,690** 0,000	0,887** 0,000	0,895** 0,000	0,855** 0,000	1,000 0,000

Spearman's korelasyon analizi

Tablo 29 incelendiğinde fiziksel aktivite alt boyutu ve yaş arasında zayıf ve negatif yönde; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler alt boyutları ve ölçeğin toplamı ile yaş arasında çok zayıf negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,20$; $p<0,05$). Yaş arttıkça sağlıklı yaşam davranışlarını gerçekleştirme düzeyinin azaldığı görüldü. Bununla beraber diyabet süresinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği saptandı ($p>0,05$).

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Diyabet hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sosyo-demografik ve klinik özellikler ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan kesitsel tipte, tanımlayıcı olan çalışmada elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışıldı.

7.1. Diyabet Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması

7.2. Diyabet Hastalarının Klinik Özelliklerinin Tartışılması

7.3. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Tartışılması

7.4. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'den Aldıkları Puanların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasının Tartışılması

7.5. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'den Aldıkları Puanların Klinik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasının Tartışılması

7.1. Diyabet Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan hastalar 18-89 yaş arasında, ortalama yaş $57,52 \pm 13,77$ olup, çoğunluk 45-64 yaş grubundaydı ve %66,3'ü kadındı (Tablo 1, Tablo 2). 1997-1998 yıllarında ülke genelinde birçok ilde, 20 yaş ve üzeri bireylerde ilki gerçekleştirilen Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması (TURDEP-I)'nda kadın diyabetli sayısı erkeklere oranla daha fazla ve yaş ortalaması $41,0 \pm 14,7$ olarak bulunmuştur (Satman ve ark., 2002). 12 yıl sonra aynı illerde ikincisi yapılan çalışmada (TURDEP-II 2010) kadınlarda diyabet sıklığı erkeklere göre daha fazla ve yaş ortalaması $45,8 \pm 15,4$ yıl bulunmuştur (Satman ve ark., 2013). Yaş ortalamasının yükseldiği görülmektedir. THSK Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013'de diyabet sıklığının hem erkeklerde hem kadınlarda yaşla birlikte arttığı belirlenmiştir. Örneklem grubu ülkemizdeki diyabetli nüfusun genel yapısına uygundur.

Bölükbaş ve ark'nın (2006) Ordu'da yapmış oldukları çalışmalarında hastaların %64,4'ü, Arslan'ın (2011) Diyarbakır'da yapmış olduğu çalışmada hastaların %67,8'i kadındır. Brezilya'da Baldisserotto ve ark'nın (2016) birinci basamak sağlık hizmetlerinde hipertansiyon ve diyabet hastalarında sosyo-demografik özellikler ve risk faktörlerinin yaygınlığını araştırmak için yaptıkları çalışmada; diyabet hastalarının %58,1'i kadın, %44,4'ü 40-59 yaş aralığında ve yaş ortalaması 51,7 olarak bulunmuştur. Araştırma bulguları yukarıda sözü edilen çalışmaların bulguları ile uyumludur.

Bruce ve ark'nın (2003) altı farklı etnik grupta (Kuzey ve Güney Avrupa, Asya, Afrika, Aborjin ve karışık etnik gruplar) tip 2 diyabet hastalarında diyabet eğitimi ve bilgisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; kadın ve erkek hasta arasında farkın az olduğu (%51,1 kadın) görülmüş, yaş ortalaması $64,1 \pm 11,2$ olarak saptanmıştır. Avustralya'da orta yaş ve daha yaşlı yetişkinlerde tip 2 diyabet insidansını ve risk faktörlerini tanımlamak amacıyla Ding ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada kadın diyabet hastası oranı (%54,5) daha fazla, hastaların çoğunluğu 60 ve üzeri yaşta bulunmuştur. Yaş ortalamalarının bizim çalışmamıza oranla yüksek olması örneklemelere sadece ileri yaşta daha sık görülen tip 2 diyabet tanılı bireylerin dâhil edilmesinden kaynaklanabilir.

Amerika'da diyabet tedavisinde yaşam tarzı değişikliğinin etkinliğini araştırmak için Katula ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada diyabet hastalarının yaş ortalaması $56,3 \pm 10,4$ bulunmuştur. Japonya'da tedaviye uyumsuzluğun komplikasyon riski ile ilişkisinin araştırıldığı başka bir çalışmada ise diyabet hastalarının yaş ortalaması $52,3 \pm 11,0$ bulunmuştur (Fukuda ve Mizobe, 2017). Araştırma bulgusu yukarıda sözü edilen çalışma bulguları ile uyumludur.

IDF Diabetes Atlas (Altıncı Diyabet Atlası) 2013'te küresel alanda diyabet tanısı alan erkek hasta sayısının kadın hasta sayısından biraz fazla olduğu ancak bu farkın 2035 yılına kadar artacağı belirtilmiştir. Türk toplumunda diğer toplumlara göre diyabetin kadınlarda daha fazla olması yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları, iş yaşamında erkeklere oranla az aktif olmaları gibi nedenlerden kaynaklanabilir.

Hastaların medeni durumları incelendiğinde %82,8'inin evli olduğu bulundu (Tablo 1). Hastaların büyük çoğunluğunun evli olması örnekleme 18 yaş ve üzeri yetişkin bireylerin dâhil edilmesinden ve 45-64 yaş grubunda daha fazla sayıda hasta olmasından kaynaklanabilir. Çıtıl ve ark'nın (2010) Kayseri' de yapmış oldukları çalışmalarında hastaların %83,0'ı, Yanık ve Erol'un (2016) Edirne'de yapmış oldukları çalışmalarında hastalarının %87,8'inin evli olduğu görülmüştür. Araştırma bulgusu yukarıda belirtilen çalışmaların bulguları ile uyumludur.

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde %55,1'inin ilköğretim mezunu olduğu görüldü (Tablo 1). TURDEP-I ve TURDEP-II'de kadın ve erkek olmak üzere iki grupta da hastaların çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. TURDEP-I'de kadın hastaların %44,2'si, erkek hastaların %45,5'i ilköğretim mezunudur (Satman ve ark., 2002). TURDEP-II'de ise kadın hastaların %45,6'sı, erkek hastaların %43,8'i ilköğretim mezunudur (Satman ve ark., 2013). Orhan ve Karabacak'ın (2016) İstanbul'da yapmış oldukları çalışmalarında hastaların %42,5'i, Yanık ve Erol'un (2016) çalışmasında hastaların %58,7'si ilköğretim mezunudur. İlköğretim mezunu olan hasta oranı Yanık ve Erol (2016) çalışma bulguları ile benzerlik gösterirken, Orhan ve Karabacak'ın (2016) çalışmasındaki ilköğretim mezunu hasta oranından ve TURDEP sonuçlarından daha yüksektir. Amerika'da Maryland eyaletinde diyabet hastalarında işlevsel yetersizliği belirlemek amacıyla Godino ve ark. (2016) tarafından yapılan bir çalışmada hastaların %18,2'si eğitim seviyesi lise düzeyinin altında bulunmuştur. Bu sonuç bizim çalışmamızdaki orana göre çok daha düşüktür. Farklılıklar; gelişmişlik, kentlerin göç alma oranları, ebeveynlerin eğitim durumları ve farkındalığı, eğitim imkânlarına sahip olma, yaşam koşulları, kültürel özellikler gibi faktörlerden kaynaklanabilir.

Diyabet hastalarının iş/meslek durumları incelendiğinde %63,3'ünün ev hanımı olduğu bulundu (Tablo 1). Us'un (2007) İstanbul'da yapmış olduğu çalışmasında diyabet hastalarının %60,0'ı, Arslan'ın (2011) çalışmasında ise %66,8'i ev hanımıdır. Araştırma bulgusu yukarıdaki belirtilen çalışma bulguları ile uyumludur. Ev hanımı olan hastaların emekli ve farklı meslek gruplarında çalışan hastalardan daha fazla olması araştırmaya katılan kadın diyabet hastalarının fazla olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmada hastaların %78,8'i ekonomik durumunu “gelir gider ile dengeli” olarak ifade etti (Tablo 1). TURDEP-I ve TURDEP-II’de düşük gelir düzeyinin diyabet riskini arttırdığı belirtilmiştir (Satman ve ark., 2002; Satman ve ark., 2013). Selçuk ve ark’nın (2015) çalışmasında diyabet hastalarının %74,7’si, Yorulmaz ve ark’nın (2013) çalışmasında hastaların %62,8’i, Coşansu ve Erdoğan’ın (2010) çalışmasında hastaların %47,0’ı ekonomik durumunu “orta” olarak tanımlamıştır. Bu çalışmada ekonomik durumunu “orta” olarak tanımlayan hasta sayısı yukarıdaki çalışma bulgularına oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılık bireysel beklentiler, yaşam tarzı, aylık gelir, çalışma durumu gibi faktörlerden kaynaklanabilir.

Araştırmada diyabet hastalarının %56,6’sı eşiyile birlikte, %12,4’ü yalnız yaşamaktaydı (Tablo 1). Bayrak Özarıslan’ın (2013) çalışmasında diyabetik koroner arter hastalarının %43,6’sı eşiyile birlikte, %16,7’si yalnız yaşamaktadır. Sezgin ve Çınar’ın (2013) çalışmasında diyabet hastalarının %15’i, Düzöz ve ark’nın (2009) çalışmalarında ise hastalarının %10’u yalnız yaşamaktadır. Araştırmada eşiyile birlikte yaşayan hasta oranının daha fazla olması ve yalnız yaşayan diyabetli oranının en az olması; Bayrak Özarıslan (2013), Sezgin ve Çınar’ın (2013) çalışmalarının bulguları ile benzerdir. Yalnız yaşayan diyabetli oranının en az olması Düzöz ve ark’nın (2009) çalışma bulguları ile benzerdir. Eşiyile birlikte yaşayan diyabet hastaları oranının yalnız yaşayan hastalara oranla fazla olması araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun evli olmasından kaynaklanabilir.

7.2. Diyabet Hastalarının Klinik Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmada diyabet hastalarının beden kütle indeksi (BKİ) ortalamaları incelendiğinde ortalama 30,19 kg/m² bulundu ve hastaların %45,3’ü BKİ’ne göre obez (≥ 30 kg/m²) olarak değerlendirildi (Tablo 2, Tablo 3).

BKİ 30,00 kg/m²’ye eşit veya üzerinde olması obezite olarak adlandırılır (<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=43> Erişim tarihi: 11 Ocak 2017). TURDEP-I’de kadın hastaların BKİ ortalaması 27,45 kg/m², erkek hastaların 25,47

kg/m² bulunmuştur (Satman ve ark., 2002). TURDEP-II’de kadın hastaların BKİ ortalaması 29,2 kg/m², erkek hastaların 27,4 kg/m² bulunmuştur (Satman ve ark., 2013). İki çalışma arasında geçen zamanda her iki cinsiyette de BKİ ortalaması artmıştır. 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre obezite sıklığı; erkeklerde %20,5, kadınlarda %41,0 oranında görülmektedir (<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40> Erişim tarihi: 11 Ocak 2017).

Günalay ve ark’nın (2016) çalışmalarında diyabet hastalarının BKİ ortalaması 29,35 kg/m², Godino ve ark’nın (2016) çalışmasında diyabet hastalarının BKİ ortalaması 30,4 kg/m²’dir. Nural ve ark’nın (2009) çalışmalarında diyabet hastalarının %45,5’i obezdir. Çalışma bulgusu Günalay ve ark (2016), Godino ve ark (2016) ile Nural ve ark’nın (2009) çalışma bulguları ile benzer olup, TURDEP çalışmaları ile Türkiye Beslenme ve Sağlık araştırması-2010 sonuçlarından daha yüksektir. Farklılık araştırmanın tek ilde kesitsel olarak yapılmasından kaynaklı olabilir. Araştırmaya katılan diyabet hastalarının çoğunluğu kiloludur. Gün geçtikçe artan yanlış beslenme alışkanlıkları ve hareketsiz yaşam tarzının, kilo alımını ve obezite oranını arttırdığı düşünülmektedir. TURDEP-I ve TURDEP-II sonuçları obezite oranının arttığını göstermektedir.

Araştırmada diyabet hastalarının diyabet tipi incelendiğinde %84,6’sı tip 2 diyabet hastasıydı (Tablo 3). Dünyada tanı konmuş diyabet hastalarının %90’dan fazlası tip 2 diyabet hastasıdır, obezite ve yetersiz fiziksel aktiviteye bağlıdır (<http://diyabet.gov.tr/index.php?lang=tr&page=28> Erişim tarihi: 11 Ocak 2017). Tip 2 diyabet oluşumunda genetik faktörlerle birlikte çevresel faktörler de etkili olduğu için görülme sıklığı tip 1 diyabete göre daha yüksektir. Ülkemizde tip 1 diyabet sayısı ile ilgili ulusal boyutta yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır. IDF Diabetes Atlas 2015’te (Yedinci Diyabet Atlası) tüm dünyada tip 1 diyabetli 542 bin ve toplam 415 milyon diyabet hastası olduğu tahmin edilmektedir. Tip 1 diyabetli sayısı toplam sayıya oranla oldukça azdır. Yorulmaz ve ark’nın (2013) çalışmalarında diyabet hastalarının %87,6’sı tip 2 diyabet, Karakurt ve ark’nın (2013) çalışmalarında diyabet hastalarının %92,2’si, Koç ve ark’nın (2015) çalışmasında diyabet hastalarının %72,4’ü tip 2 diyabet hastasıdır. Araştırmada tip 2 diyabet oranının yüksek olması yukarıda sözü edilen çalışmaların bulguları ile uyumludur.

Hastaların diyabet süresi ortalaması 9,61 yıl bulundu ve %40,1'inin hastalık süresi 1-5 yıl arasındaydı (Tablo 2, Tablo 3). Us'un (2007) çalışmasında hastaların %42,0'ı 0-5 yıldır, Çıtıl ve ark'nın (2010) çalışmasında hastaların %41,8'i 1-5 yıldır diyabet hastasıdır. Yıldırım ve ark'nın (2016) çalışmasında ortalama diyabet süresi 9,12 yıl, Orhan ve Karabacak'ın (2016) çalışmasında ortalama diyabet süresi 9,73 yıl, Godino ve ark'nın (2016) çalışmasında ortalama diyabet süresi 10,2 yıldır. Çin'de tip 2 diyabet hastalarında (yaş ortalaması 63±10 yıl) bireyselleştirilmiş eğitimin etkisini değerlendirmek amacıyla Fan ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada ortalama diyabet süresi çalışma grubunda 11,4 yıl, kontrol grubunda 11,6 yıl olarak bulunmuştur. Araştırma bulgusu Çin'de yapılan çalışmaya göre daha az olmakla birlikte diğer çalışma bulguları ile uyumludur. Farklılık; çalışmaya dâhil edilen hastaların yaş ortalamasının bizim çalışmamıza oranla daha yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının %64,0'ının ailesinde diyabeti olan yakını vardı (Tablo 3). Literatürde idiopatik tip 1 diyabetin genetik geçişli olduğu, genetik ve çevresel faktörlerin tip 2 diyabet sıklığını arttırdığı belirtilmiştir (DeFronzo, 1998; Laakso, 2004). Genetik faktörlerin diyabetin görülme sıklığını arttırdığını göz önüne aldığımızda örneklemin çoğunluğunun ailesinde diyabet olması beklenen bir sonuçtu. TURDEP-I'de ailede diyabet öyküsünün diyabet riskini arttırdığı belirtilmiştir (Satman ve ark.,2002). Acemoğlu ve ark'nın (2006) çalışmasında hastaların %52,0'ının, Coşansu ve Erdoğan'ın (2010) çalışmasında hastaların %66,6'sının ailesinde diyabet hastası bir yakını vardır. Araştırma bulgusu Coşansu ve Erdoğan'ın (2010) çalışma bulgusu ile benzer olup, Acemoğlu ve ark'nın (2006) çalışmasından elde edilen ailede diyabet öyküsü oranına göre daha yüksektir. Bu farklılık genetik ve bölgesel özellikler gibi faktörlerden kaynaklanabilir.

Hastaların %53,6'sı daha önceden diyabet eğitimi aldığını ifade etti (Tablo 3). Diyabet komplikasyonların önlenmesi, hasta farkındalığının artırılması için her diyabet hastası eğitim almalıdır. Diyabet eğitimi ile hastaların yaşam tarzı değişikliğine yardım edilerek diyabet kontrolü sağlanır (Williams ve Pickup, 2004). Çalışmada eğitim alan ve almayan hasta sayısı arasında çok az fark bulundu. Tüm hastaların daha önceden en az bir defa diyabet eğitimi almış olması bekleniyordu.

Arslan'ın (2011) çalışmasında diyabet hastalarının %57,5'i, Yorulmaz ve ark'nın (2013) çalışmasında diyabet hastalarının %51,8'i diyabet eğitimi almıştır. Araştırma bulgusu bu çalışmaların bulguları ile benzerdir ve diyabet eğitimi alan ile almayan hasta sayısı arasındaki fark azdır. Hastalara diyabet eğitimi veren sağlık profesyoneli oranı incelendiğinde hastaların %65,7'si diyabet eğitimini hemşireden aldıklarını ifade etti (Tablo 3). Baykal ve Kapucu'nun (2015) çalışmasında bu oran %43,6'dır. Sağlık kurumlarında diyabet eğitime verilen önemin ve ayrılan zamanın artması diyabet hemşirelerinin daha aktif olarak hastalara eğitim vermesini sağlayabilir. Bu sayede hastalarda farkındalığının artacağı, diyabetin olumsuz etkilerinin en aza indirileceği düşünülmektedir.

Amerika'da Ridgeway ve ark. (1999) tarafından tip 2 diyabet hastalarına verilen eğitimin etkinliğini ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada, eğitim alan grupta bir yıl sonra hastalık bilgisinin arttığı ve kilo kaybı olduğu görülmüştür. Yine Amerika'da Brunisholz ve ark. (2014) tarafından diyabet hastalarına verilen öz bakım eğitiminin sonuçlarını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada eğitim alan grupta HbA1c'de anlamlı düşüş görülmüştür. Çalışmalar diyabet eğitiminin hastalık kontrolündeki önemini göstermektedir.

Araştırmada diyabet hastalarının %80,5'inde en az bir diyabet komplikasyonu olduğu saptandı (Tablo 3). Komplikasyon dağılımı incelendiğinde en çok görülen diyabet komplikasyonları nöropati (%64,8), retinopati (%52,1) ve nefropatidir (%22,1). Diyabet komplikasyonları damarsal yapının kan şekeri yüksekliğinden etkilenmesi sonucu ortaya çıkan ve beklenen durumlardır. Gelişmiş ülkelerde diyabet komplikasyonlarına bağlı sekellerin diyabetik olmayan hastalara göre daha fazla olduğu görülmüştür (Blair, 2016). Komplikasyon oluşumunu önlemek ve etkilerini azaltmak için hastalar bilgilendirilmelidir (Williams ve Pickup, 2004).

Nöropati belirtileri tüm diyabet hastalarının %15-20'sinde görülmektedir (Ziegler, 2004). Nural ve ark'nın (2009) çalışmasında hastaların %74,5'inde, Acemoğlu ve ark'nın (2006) çalışmasında hastaların %79,6'sında diyabet komplikasyonu vardır. Çalışmamızda komplikasyon görülme oranı daha yüksek

olup, farklılık hastaların kayıtlı verilerine ulaşılamayıp, hasta ifadelerine dayalı olmasından kaynaklanabilir.

Hastaların %22,1'inde diyabet dışında en az bir kronik hastalık vardı ve en fazla görülen kronik hastalık hipertansiyondu (%21,0) (Tablo 3). TURDEP-I'de hipertansiyon prevalansı %29,0 ve TURDEP-II'de hipertansiyon prevalansı %31,4 bulunmuştur (Satman ve ark, 2002; Satman ve ark., 2013). Toplumumuzda hipertansiyon sıklığının zaman içinde arttığı görülmektedir. Karakurt ve ark'nın (2013) çalışmasında diyabet hastalarının %76,7'sinin diyabet dışında kronik hastalığı mevcuttur. Araştırma bulgusu sözü edilen çalışma bulgusundan düşüktür. Bu farklılık çalışmamıza katılan hastaların primer diyabet tanısı ile sağlık kuruluşuna başvurmalarından, aynı zamanda Karakurt ve ark'nın (2013) çalışmasında yaş ortalamasının (63,97±12.81) bizim çalışmamıza göre daha yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Tedavi yöntemleri incelendiğinde; diyabet hastalarının %45,3'ü sadece oral antidiyabetik, %19,5'i oral antidiyabetik ve insülini birlikte, %36,0'ı sadece insülin kullanmaktaydı (Tablo 3). Günalay ve ark'nın (2016) çalışmasında diyabet hastalarının %47,7'si oral antidiyabetik, %18'i oral antidiyabetik ve insülini birlikte, %34,4'ü insülin kullanmaktadır. Araştırma bulgusu Günalay ve ark'nın (2016) çalışma bulgusu ile uyumludur. Norveç'te Andreassen ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada diyabet hastalarının %27,0'ı oral antidiyabetik, %15,0'ı oral antidiyabetik ve insülini birlikte, %32,0'ı insülin kullanmakta ve %26'sı herhangi bir ilaç kullanmamaktadır. Çalışma bulguları arasındaki fark; örnekteki tip 1 (%5) ve tip 2 (%75) diyabetli sayısının bizim çalışmamıza göre az olması, hastaların %20,0'ının diyabet tipinin bilinmemesi, çalışmaların farklı toplumlarda ve kültürlerde yapılmasından kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının %50,2'si diyabetik diyet yaptığını ifade etti (Tablo 3). Çalışmadan beklenen bütün hastaların diyetle uygun beslenmeleri idi. Diyabet eğitimi alan (%53,6) ve diyetisyenden eğitim alan (%25,9) hasta oranı düşünüldüğünde; hastaların çoğunluğunun diyabette doğru beslenmeyi bilmediklerini söyleyebiliriz. TURDEP-I'de diyetine uyan hasta oranının %45,0 olduğu

belirtmiştir (Satman ve ark., 2002). Arslan'ın (2011) çalışmasında diyabet hastalarının %41,7'si diyetine uyduğunu, Bayrak Özarslan'ın (2013) çalışmasında diyabetik koroner arter hastalarının %51,9'u diyetine bazen uyduğunu ifade etmiştir. Araştırma bulgusu sözü edilen çalışma bulguları ile uyumludur. Çalışma bulguları diyabet hastalarının diyabetin kontrolünü önemli ölçüde etkileyen diyabetik beslenme tedavisine yeterli önemi vermediklerini göstermektedir.

7.3. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Tartışılması

Diyabet hastalığı bireylerin yaşam biçimlerinde değişiklik yapmalarını gerektiren ve uyum gücünü yaşadıkları kronik bir hastalıktır. Bu çalışmada diyabet hastalarının sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmek amacıyla Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) kullanıldı. SYBDÖ-II altı alt boyuttan oluşur. Bu alt boyutlar; sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir.

Sağlık sorumluluğu davranışları; bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararlar verebilmesi, sorumluluk almasıdır. Manevi gelişim davranışları; yaşam amacına ulaşma isteği, hastalığa ve çevresine pozitif yaklaşımı içerir. Fiziksel aktivite davranışları; günlük yaşam içinde yapılan hafif, orta ve ağır düzeyde aktivitelerdir. Beslenme davranışları; diyetle uygun beslenme, sağlıklı gıda seçimi, öğün düzenlemesini içerir. Kişilerarası ilişkiler davranışları; sosyal çevremizle olan sözel ve sözel olmayan iletişimidir. Stres yönetimi davranışları ise; kronik hastalığın neden olduğu gerilimi azaltmak için çaba göstermektir. (Bahar ve ark., 2008).

Diyabet hastaları SYBDÖ-II'den en az 61, en fazla 178 puan aldı. Ölçeğin tamamından alınan puan ortalaması $122,835 \pm 24,154$ olarak bulundu (Tablo 4). SYBDÖ-II'den alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Araştırmaya katılan diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını orta seviyede gerçekleştirdiğini söyleyebiliriz.

Alt boyutlardan alınan puan ortalamaları; kişilerarası ilişkiler $24,708\pm 5,995$; manevi gelişim $23,768\pm 5,700$; sağlık sorumluluğu $21,993\pm 5,292$; beslenme $20,285\pm 3,997$; stres yönetimi $19,341\pm 4,623$; fiziksel aktivite $12,742\pm 4,391$ olarak bulundu (Tablo 4). Alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek puan ortalaması kişilerarası ilişkiler alt boyutunda ($24,708\pm 5,995$), en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite alt boyutunda ($12,742\pm 4,391$) görüldü. Hastaların kişilerarası ilişkiler alt boyutundan alabileceği en düşük puan 9, en yüksek puan 36; fiziksel aktivite alt boyutundan alabileceği en düşük puan 8, en yüksek puan 32'ydi. Hastaların kişilerarası ilişkiler davranışlarını daha çok, fiziksel aktivite davranışlarını daha az gerçekleştirdiklerini söyleyebiliriz.

Literatürde çeşitli gruplarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının araştırıldığı çalışmalar yer almaktadır. Bayrak Özarıslan'ın (2013) diyabetik koroner arter hastalarında yapmış olduğu çalışmada hastalar SYBDÖ'den ortalama 106,2 puan almıştır ve hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını orta düzeyde gerçekleştirdiği belirtilmiştir. Diyabetik koroner arter hastalarının alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek puan ortalaması kendini gerçekleştirme ($28,2\pm 4,7$), en düşük puan ortalaması egzersiz alt boyutunda ($6,7\pm 1,7$) görülmüştür. Bu çalışmada ölçeğin ilk versiyonu (ölçekten alınabilecek en yüksek puan 192) kullanılmıştır. Fiziksel aktivite düzeyinin az olması ve sağlık davranışlarının orta seviyede gerçekleştirilmesi bizim bulgularımız ile benzerdir.

Küçükberber ve ark'nın (2011) kalp hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında; diyabeti olan kalp hastalarının SYBDÖ-II puan ortalaması $123,71\pm 21,36$ puan bulunmuştur. Diyabeti olan hastalar en düşük puanı fiziksel aktivite alt boyutundan, en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler alt boyutundan almıştır. Araştırma bulgusu Küçükberber ve ark'nın (2011) çalışma bulgusu ile benzerdir.

Amerika'da Jefferson ve ark'nın (2000) tip 2 diyabet riski altındaki genç siyahi kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında; risk altındaki kadınların sağlık davranışlarını orta seviyede gerçekleştirdiği bulunmuştur. Tip 2 diyabet riski altındaki genç siyahi kadınlar;

manevi gelişim alt boyutundan en yüksek puanı, fiziksel aktivite alt boyutundan en düşük puanı almışlardır.

Amerika'da Sutherland ve ark. (2012) tarafından diyabet risk durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği başka bir çalışmada; diyabet hastalarının; yüksek diyabet riski olan ve diyabet riski olmayan hastalara göre sağlık davranışlarını uygulama düzeyinin daha iyi olduğu gözlenmiştir. Aynı çalışmada diyabeti olmayan, diyabet riski olan ve diyabet hastası olanlar fiziksel aktivite alt boyutundan en düşük puanı almıştır.

İran'da Vahedi ve ark'nın (2016) diyabeti olan ve diyabeti olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını karşılaştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada; diyabet hastalarının sağlık davranışlarını orta seviyede gerçekleştirdiği, hem diyabet hastalarının hem de diyabet hastası olmayanların en düşük puanı fiziksel aktivite alt boyutundan aldıkları görülmüştür.

Çalışma bulguları incelendiğinde diyabet hastalarının fiziksel aktivite davranışlarını yetersiz düzeyde uyguladıkları görülmüştür. Fiziksel aktivite uygulamalarının artması ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulama düzeyinin artacağı düşünülmektedir.

Avcı ve Erdoğan'ın (2015) fındık fabrikasında çalışan işçilerle yaptıkları çalışmalarında işçiler SYBDÖ-II'den ortalama $126,3 \pm 21,8$ puan almıştır. Fındık fabrikasında çalışan işçiler en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler (25 ± 4 puan) alt boyutundan, en düşük puanı fiziksel aktivite ($15,0 \pm 6,0$ puan) alt boyutundan almıştır. Farklı bir grupta yapılan bu çalışmada da fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmektedir.

Araştırma bulgusu yukarıda sözü edilen çalışma bulguları ile benzerdir. Diyabet tedavisinde yaşam tarzı değişikliğine yardım edilerek diyabet kontrolü sağlanır ve fiziksel aktivite tedavinin bir parçasıdır (Williams ve Pickup, 2004; TEMD 2016). Yetersiz fiziksel aktivitenin obezite ve diyabet riskini arttırdığı göz önüne alındığında; diyabet hastalarının fiziksel aktivite puanlarının düşük olması beklenen bir sonuçtur.

7.4. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'den Aldıkları Puanların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasının Tartışılması

Diyabet hastalarının yaşa göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler alt boyutları ve SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). 18-44 ve 45-64 yaş grubunun SYBDÖ-II toplam puanı 65 ve üstü yaş grubundan yüksekti (Tablo 5). Diyabet hastalarında yaş arttıkça sağlıklı yaşam davranışlarını uygulama düzeyinin azaldığı görüldü ($r=-0,20$; $p<0,05$) (Tablo 29).

Yaş; sağlığı geliştiren davranışları etkileyen demografik bir özelliktir. Yaşlanma ile birlikte fonksiyonel yeterliliğin azalması sağlık davranışlarının bağımsız bir şekilde gerçekleştirilmesini engeller (Akça Ay, 2011). İlerleyen yaş ile birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama düzeyinin azalması beklenen bir sonuçtur. Bayrak Özarıslan'ın (2013) diyabetik koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmasında beslenme alt boyutu hariç tüm alt boyut ve SYBDÖ toplam puan ortalamaları yaşa göre anlamlı derecede farklı bulunmuştur ($p<0,05$). 65 yaş ve üzeri diyabetik koroner arter hastaları SYBDÖ'den en az puanı almıştır.

Kuru ve Piyal'in (2012) koroner arter hastaları ile yaptıkları çalışmalarında yaş gruplarına göre SYBDÖ-II toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Koroner arter hastalarının yaşı arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama düzeyi azalmıştır.

İran'da Tol ve ark'nın (2014) tip 2 diyabet hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; yaş değişkeninin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği, 50 yaş altında olan hastalarda sağlık davranışlarının daha iyi düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırma bulgusu Kuru ve Piyal (2012), Bayrak Özarıslan (2013) ve Tol ve ark'nın (2014) çalışma bulguları ile uyumludur. Diyabet hastalarının yaşı ilerledikçe

fonksiyonel yeterliliklerinin azaldığını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha az gerçekleştirdiklerini söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; erkek diyabet hastalarının fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları kadın diyabet hastalarından daha yüksek ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Erkek hastaların SYBDÖ-II toplam puanı da kadın hastalara göre anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulundu ($p>0,05$) (Tablo 6).

Küçükberber ve ark'nın (2011) kalp hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında erkek hastaların manevi gelişim, fiziksel aktivite alt boyut puanları ve SYBDÖ-II toplam puanı kadın hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırma bulgularına bakıldığında manevi gelişim, fiziksel aktivite alt boyutunda erkek hastaların daha yüksek puan alması Küçükberber ve ark'nın (2011) çalışma bulgusu ile uyumludur. Cinsiyete göre hastaların SYBDÖ-II toplam puanı ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmaması yönüyle Küçükberber ve ark'nın çalışmasından farklıdır ($p>0,05$). Aradaki fark çalışma yapılan örneklem grubundan kaynaklanabilir. Erkek hastaların kadın hastalara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha fazla önem verdiğini söyleyebiliriz.

Sutherland ve ark'nın (2013) çalışmasında diyabet riski yüksek olan erkek bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırma bulgusu Sutherland ve ark.'nın çalışma bulgusu ile uyumludur.

Ülkemizde erkeklerin eğitim seviyesinin kadınlara göre daha yüksek olduğu, kadınların çalışma hayatından daha uzak olduğu, çoğu kadının kendi sağlığı hakkında karar verme özgürlüğünün olmadığı düşünüldüğünde; kadınların sağlığı geliştirici aktivite ve programlardan daha uzak kaldığını, erkeklere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını az uyguladıklarını söyleyebiliriz. Aynı zamanda kadınlarda diyabetin daha fazla görülmesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha az uygulamalarından kaynaklanabilir.

Toplumumuzda evlilik düzenli bir yaşam tarzını beraberinde getirir. Bu sebeple evli diyabet hastalarının diyabete uyumunun daha kolay olacağı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını bekârlara göre daha fazla uygulayacağı düşünülmektedir. Çalışmada evli hastaların ölçeğin tüm alt boyutlarında puan ortalamalarının bekârlara göre daha yüksek olması ve anlamlı farklılık göstermesi bekleniyordu. Hastaların medeni durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; evli olan hastaların ölçek toplamında ve alt boyutlarda bekârlardan daha yüksek puan almakla birlikte ölçeğin yalnızca beslenme alt boyutunda evlilerin puan ortalaması bekârlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 7).

Bayrak Özarlan'ın (2013) diyabetik koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmada evli hastaların SYBDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puanları bekâr hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırma bulgusu Bayrak Özarlan (2013)'nin çalışma bulguları ile erkeklerde beslenme alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olması yönünden benzerdir.

Taiwan'da Chen ve Lin (2010) tarafından prediyabetli yetişkinlerle yapılan çalışmada medeni durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği görülmüştür. Çalışma bulgularının benzer olmamasının örneklem grubu ve farklı kültürel özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Diyabet hastalarının eğitim durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; ilköğretim, lise ve yükseköğretim mezunu diyabet hastalarının, okuryazar olmayan ve sadece okuryazar olan diyabet hastalarına göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ-II toplam puanı daha yüksek ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Beslenme alt boyut puan ortalamasının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 8).

Özkaraman ve ark'nın (2016) hemodiyaliz yapılan kronik böbrek hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında; ilköğretim, ortaöğretim ve yükseköğretim mezunlarının okuryazar olmayan ve sadece okuryazar olan böbrek hastalarına göre fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ-

II toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Beslenme ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Araştırmada; ilköğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların SYBDÖ-II toplam puanının okuryazar olmayan ve sadece okuryazar olanlara göre yüksek olması, beslenme alt boyutunda puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermemesi Özkaraman ve ark'nın (2016) çalışma bulgularıyla uyumludur.

Tol ve ark'nın (2014) diyabet hastalarıyla yaptıkları çalışmada; eğitim düzeyi yüksek olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Araştırma bulgusu Tol ve ark'nın (2014) çalışma bulgusu ile benzerdir. Bulgular eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da olumlu yönde arttığını göstermektedir. Eğitimin bireylere sağlıklı yaşam farkındalığı kazandırdığını, sağlık davranışlarını uygulamada artış sağladığını söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının iş/meslek durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; meslek grupları arasında fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim alt boyutları ve SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Mesleki durumun sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarını etkilemediği görüldü ($p>0,05$). İşsiz olan (çalışmayan) diyabet hastalarının SYBDÖ-II toplam puanı diğer meslek gruplarına (memur, işçi, serbest meslek sahibi, ev hanımı, emekli) göre daha düşük bulundu. Ev hanımı olan diyabet hastaları fiziksel aktivite alt boyutundan diğer meslek gruplarına göre düşük puan aldı (Tablo 9).

Arslan ve Ceviz'in (2007) ev hanımı ve çalışan kadınlarla yaptıkları çalışmalarında çalışan kadınların ev hanımı olan kadınlara göre SYBDÖ toplam puanı, egzersiz, beslenme ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanı daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kuru ve Piyal'in (2012) koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmalarında meslek gruplarına göre SYBDÖ-II toplam puanı anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Tol ve ark'nın (2014) diyabet hastalarıyla yaptıkları çalışmada memur olan hastalar SYBDÖ toplamından daha yüksek puan almıştır

($p<0,05$). Araştırmada mesleki duruma göre ölçeğin toplam puanlarının anlamlı farklılık göstermesi yukarıda belirtilen çalışmalar ile uyumludur.

Çalışan bireyler öğünlerini ve sosyal hayatını çalışma saatlerine göre düzenleyebilir. Bu sürecin beraberinde getirdiği düzenli yaşam tarzının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediğini, çalışan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha çok önem verdiğini, fiziksel olarak daha aktif oldukları söyleyebiliriz.

Diyabet hastalarının ekonomik durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları ve SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Ekonomik duruma göre fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). “Geliri giderinden az” olan diyabet hastalarının SYBDÖ-II toplam puanı “geliri gideri ile dengeli” ve “geliri giderinden fazla” olan diyabet hastalarından düşük bulundu (Tablo 10).

Bayrak Özarslan'nın (2013) diyabetik koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmada geliri giderinden fazla olan hastaların SYBDÖ puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kaçan Softa ve ark'nın (2016) yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmalarında ekonomik durumu düşük olan yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Koçoğlu ve Akın'ın (2009) sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisini inceledikleri çalışmada; ekonomik durumunu kötü olarak algılayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırma bulgusu yukarıda belirtilen çalışma bulguları ile uyumludur.

Amerika'da Chilton ve ark. (2006) tarafından demografik özellikler ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve diyabet bilgisi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmada; yüksek gelir düzeyinin fiziksel aktivite alt boyutunda sağlık davranışlarını etkilediği belirtilmiştir ($p<0,05$). Araştırmamızda fiziksel aktivite alt boyutunda gelir durumuna göre anlamlı farklılık bulunmadı fakat “geliri giderinden fazla” olan hastaların puan ortalaması daha yüksekti. Bu sonuç fiziksel aktiviteye

farklı ülkelerde ve kültürlerde bizim toplumumuza göre daha fazla önem verildiğini düşündürmektedir.

Ekonomik durumu iyi olan bireyler sağlık giderlerini daha rahat karşılayabilmektedir. Bulgular diyabet hastalarının ekonomik durumundaki iyileşmenin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkileyeceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının birlikte yaşadığı kişi veya kişilere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; SYBDÖ-II ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 11). Diyabet yönetiminde sosyal destek önemli olduğu için hastaların birlikte yaşadığı kişi veya kişilere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının etkileneceği bekleniyordu.

Bayrak Özarslan'ın (2013) diyabetik koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmada eşi ile yaşayan hastaların SYBDÖ'den en yüksek puanı aldığı görülmüştür. Bizim bulgularımıza göre farklı olması; diyabetik koroner arter hastalığının diyabete göre daha ağır seyretmesi, hastanın tedavi ve kendine bakım aşamasında daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duymasından kaynaklanabilir. Karakuç Kumsar ve Çınar Pakyüz'ün (2015) metabolik sendromlu kadınlarla yaptıkları çalışmalarında evde yaşadığı kişi sayısına göre kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). 2 ve 3 kişi ile birlikte yaşayan metabolik sendromlu kadınların kişilerarası ilişkiler alt boyut puanı yalnız veya 4 ve üzeri sayıda kişi ile birlikte yaşayanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Kaçan Softa ve ark'nın (2014) fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezindeki hastalarla yaptıkları çalışmalarında ailedeki birey sayısının SYBDÖ ve alt boyutlarını etkilemediği belirtilmiştir. Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) sağlık yüksekokulu öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında SYBDÖ puanının öğrencilerin birlikte yaşadığı kişi sayısına göre değişmediği belirtilmiştir. Araştırma bulgusu Kaçan Softa ve ark (2014) ile Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) çalışma bulguları ile uyumlu, Karakuç Kumsar ve Çınar Pakyüz'ün (2015) çalışma bulgusu ile uyumlu değildir. Bu

farklılık çalışma kapsamına sadece metabolik sendromlu olan kadınların alınması ve toplumda kadınların aile hayatına daha fazla önem vermesi ile açıklanabilir.

7.5. Diyabet Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'den Aldıkları Puanların Klinik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasının Tartışılması

Diyabet hastalarının beden kütle indeksine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; SYBDÖ-II ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Taiwan'da Chen ve Lin (2010) tarafından prediyabetli yetişkinlerle yapılan çalışmada beden kütle indeksinin (BKİ ortalama: 25,69 kg/m²) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği görülmüştür ($p>0,05$). Murathan'ın (2013) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmasında beden kütle indeksine göre SYBDÖ toplamı ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yılmazel ve ark'nın (2015) çimento fabrikasında çalışan işçilerle (n=83, %19,2'sinin tanı konulmuş hastalığı var) yaptıkları çalışmalarında beden kütle indeksine göre beslenme alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Hafif şişman veya şişman olan işçilerin beslenme alt boyut puan ortalamaları normal olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma bulgusu Chen ve Lin (2010) ve Murathan'ın (2013) çalışma bulgusu ile benzer, Yılmazel ve ark'nın (2015) çalışma bulgusundan farklıdır. Bu sonuç örneklem farklılığından kaynaklanabilir. Yılmazel ve ark'nın çalışmasında işçilerin büyük çoğunluğu sağlıklı bireylerdir, %55,4'ünün BKİ 25,0-29,9 kg/m² arasında ve %7,2'sinin BKİ 30,0 kg/m² üzerindedir. Hafif şişman grubunda olan işçilerin beslenme alt boyutundan daha yüksek puan almasının sebebi obeziteyi önlemek için beslenme davranışlarına daha fazla önem vermeleri olabilir. Bizim çalışmamızda ise diyabet hastalarının %45,3'ünün BKİ 30,0 kg/m² üzerindedir. Beden kütle indeksi yüksek olan diyabet hastalarının beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını daha iyi düzeyde gerçekleştirmesi bekleniyordu. Fakat puan ortalamaları incelendiğinde

normal beden kütle indeksine sahip olan hastalar beslenme, fiziksel aktivite alt boyutlarından ve ölçeğin tamamından daha yüksek puan aldı ($p>0,05$). Diyabet hastalarının %49,8'nin diyetle uymadığı göz önüne alındığında beslenme davranışlarına yeterli önemi vermedikleri düşünülmektedir.

Hastaların diyabet tipine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; tip 1 diyabet hastalarının fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları tip 2 diyabet hastalarına göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 13). Tip 1 diyabet tip 2 diyabete göre hastaların fiziksel olarak daha kolay aktivite yapabileceği, erken yaş döneminde başlar. Bu açıdan tip 1 diyabet hastalarının fiziksel aktivite davranışlarını daha çok uyguladıkları düşünülmektedir.

Diyabet hastalarının diyabet süresine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; SYBDÖ-II ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Bayrak Özarlan'ın (2013) diyabetik koroner arter hastaları ile yaptığı çalışmada diyabet süresine göre beslenme alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Diyabet süresi bir yıldan az olan diyabet hastaları beslenme alt boyutundan en yüksek puanı almıştır ve bu durum yeni tanı olan diyabet hastalarının beslenmelerine daha fazla önem verdiğini gösterir. Araştırma bulgusu Bayrak Özarlan'ın (2013) çalışma bulgusundan farklıdır. Bizim çalışmamızda diyabet süresinin hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği görüldü ($p>0,05$) (Tablo 29). Kaya'nın (2016) çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerle yaptığı çalışmada tanıdan sonra geçen süreye göre SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Araştırma bulgusu Kaya'nın çalışma bulgusuyla benzerdir.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarında ailede diyabet öyküsüne göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; SYBDÖ-II ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 15). Araştırmada ailede diyabetli yakını olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olmayanlara göre daha iyi seviyede uygulaması bekleniyordu. Çünkü diyabetli yakını olan birey; tedavi yöntemlerini, egzersiz, diyet ve sosyal desteğin

önemini gözlemleyebilir. Beraberinde diyabet yönetiminin sağlanamaması sonucu komplikasyonların oluşumuna yakından tanık olması olumlu sağlık davranışlarına yönlendirebilir. Çalışmamızda ailesinde diyabetli yakını olan hastaların SYBDÖ-II toplam puanı olmayanlara göre daha yüksekti fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan diyabet hastalarında diyabet eğitimi alma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; diyabet eğitimi almış hastaların fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları eğitim almayanlara göre daha yüksekti ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 16).

Küçükberber ve ark'nın (2011) kalp hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında hastalıkla ilgili eğitim alanların eğitim almayanlara göre; fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kuru ve Piyal'in (2012) koroner arter hastalarıyla yapmış olduğu çalışmasında hastalıkla ilgili eğitim alma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları farklılık göstermemiştir. Ancak eğitim alan hastaların fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları, eğitim almayan hastaların alt boyut puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur.

Chen ve Lin (2010) tarafından prediyabetli yetişkinlerle yapılan çalışmada prediyabet bilgisinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını tüm alt boyutlarında etkilediği, bilgi düzeyi arttıkça ölçekten alınan puanın arttığı görülmüştür. Araştırma bulgusu yukarıda belirtilen çalışmalarla fiziksel aktivite alt boyut puanlarının diyabet eğitimi alanlarda yüksek olması yönünden benzerdir. Sonuç olarak diyabet eğitiminin fiziksel aktivite davranışlarını olumlu yönde attıracağı düşünülmektedir.

Hastaların diyabet komplikasyonu varlığına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; komplikasyonu olan hastaların fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları olmayanlara göre daha düşük ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 17). Aynı zamanda SYBDÖ-II toplam puan ortalaması komplikasyonu olmayanlarda daha yüksekti ($p>0,05$). Komplikasyon bazında sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; retinopati, nefropati ve diyabetik

ayak komplikasyonuna göre SYBDÖ-II toplamı ve alt boyut puan ortalamalarının farklılık göstermediği görüldü ($p>0,05$) (Tablo 18, Tablo 20, Tablo 23). Nöropati ve koroner kalp hastalığı komplikasyonu olmayan hastaların fiziksel aktivite alt boyutunda puan ortalamaları, bu komplikasyonları olan hastalara göre daha yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 19, Tablo 22).

Diyabet komplikasyonu olmayan hastaların ölçekten daha yüksek puan almaları beklenen bir durumdur. Diyabet komplikasyonlarını önlemek ve etkilerini azaltmak için iyi bir diyabet yönetimi gereklidir. Hastalar diyabet tedavi planına uymalı ve olumlu sağlık davranışlarını gerçekleştirmelidir. Diyabet hastalarının eğitimlerinde fiziksel aktiviteye daha fazla yer verildiğinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumlu yönde etkileneceği düşünülmektedir.

Hipertansiyon değişkenine göre SYBDÖ-II toplamı ve alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği görüldü ($p>0,05$). Hipertansiyonu olmayan diyabet hastalarının ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları, hipertansiyonu olan hastalara göre daha yüksek bulundu (Tablo 21). Bayrak Özarlan'ın (2013) çalışmasında hipertansiyona göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı farklılık göstermediği, hipertansiyonu olmayan hastaların ölçeğin toplamından ve tüm alt boyutlarından daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Araştırma bulgusu Bayrak Özarlan'ın çalışma bulgusuyla uyumludur. Diyabet hastalarında aynı zamanda hipertansiyonun olması kronik hastalık yükünü artırır. Hem diyabet hem de hipertansiyon yönetimi için birey sağlık davranışlarını daha iyi düzeyde gerçekleştirebilmelidir.

Hastaların diyabet dışındaki kronik hastalık varlığına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; ek kronik hastalığı olmayan diyabet hastalarının ölçekten daha yüksek puan aldığı; farkın fiziksel aktivite alt boyutu ve SYBDÖ-II toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 24). Küçükberber ve ark'nın (2011) kalp hastaları ile yaptıkları çalışmalarında ek kronik hastalığı olmayan hastalar SYBDÖ-II'den hem diyabeti hem de hipertansiyonu olan hastalara göre daha yüksek puan almıştır. Birden çok kronik hastalığı olan kalp hastalarının fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ek kronik

hastalığı olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p>0,05$). Araştırma bulgusu Küçükberber ve ark'nın 2011) çalışma bulgusuyla uyumludur.

Diyabet sürekli tıbbi bakım gerektiren kronik bir hastalıktır. Diyabet ile birlikte başka kronik hastalıkların olması diyabet yönetimini zorlaştırır. Aynı zamanda diyabet sebebiyle de koroner arter hastalığı gibi ek kronik hastalıklar gelişebilir. Ek kronik hastalığı olan diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının az olması hastalık yönetiminde zorlandıklarını düşündürmektedir. Mevcut olan kronik hastalığın sağlık davranışları ve tedavi yöntemleriyle kontrolünün sağlanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Diyabet tedavi yöntemine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; oral antidiyabetik ve insülini birlikte kullanan hastaların fiziksel aktivite alt boyutunda puan ortalamaları, bu iki tedavi yöntemini birlikte kullanmayanlara göre daha düşüktü ($p<0,05$). İki tedavi yöntemini birlikte kullanmayan hastaların SYBDÖ-II'den aldıkları puan ortalaması daha yüksek bulundu (Tablo 26). Sadece oral antidiyabetik kullanan hastaların SYBDÖ-II puan ortalamalarının, sadece insülin kullanan ve her iki tedavi yöntemini birlikte kullanan hastalara göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 25, Tablo 26, Tablo 27). Diyabetik diyet tedavisine göre SYBDÖ-II toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği görüldü ($p>0,05$) (Tablo 28).

Diyabet tedavisi yaşam boyu devam eder. Bu uzun süreçte hastalar tedavi yöntemlerini kabullenmekte ve uygulamakta zorlanabilir. Oral antidiyabetik tedavisi hastaların uyum sağlayabileceği kolay bir tedavi yöntemidir. Diyabet hastası düzenli olarak ilaçlarını kullanırsa kan şekeri regülasyonu sağlanır. Tip 1 diyabetlilerde, oral antidiyabetik ve diyet ile diyabet yönetimi sağlanamayan tip 2 diyabetlilerde insülin tedavisi kullanılır (Blair, 2016). Oral antidiyabetik ve insülini birlikte kullanan hastaların fiziksel aktivite alt boyutu ve SYBDÖ-II toplam puan ortalamalarının birlikte kullanmayanlara göre daha düşük olması beklenen bir durumdur. Her iki tedavi yöntemini birlikte kullanan hastalarda aşırı egzersiz sonrası hipoglisemiler görülebilmesi sebebiyle; insülin ve oral antidiyabetik tedavisini birlikte almayan hastalarda fiziksel aktivite uygulama düzeyi daha iyi olabilir. Diyabetik diyet

tedavisine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı farklılık göstermemesi; hastaların çoğunluğunun (%74,1) diyetisyenden eğitim almaması ve yaklaşık yarısının (%49,8) diyetine uymamasından kaynaklanmış olabilir.

Diyabet hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri ile ilişkisini incelemek amacıyla, kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılan araştırmada ulaşılan sonuçlar şunlardır:

Araştırmanın örneklemini oluşturan 267 diyabet hastasının sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; hastaların %49,8'inin 45-64 yaşları arasında (ortalama 57,52 yaş), %, 66,3'ünün kadın, %82,8'inin evli, %55,1'inin ilköğretim mezunu, %63,3'ünün ev hanımı, %21,0'nın emekli olduğu görüldü. Hastaların %56,6'sının eşi ile yaşadığı, %78,7'sinin gelirinin gideri ile dengeli olduğu ve tamamının sosyal güvencesinin olduğu saptandı.

Diyabet hastalarının klinik özellikleri incelendiğinde; hastaların boy ortalamasının 163,11 cm, kilo ortalamasının 79,98 kg, beden kütle indeksi ortalamasının 30,199 kg/m² ve %45,3'ünün obez olduğu görüldü.

Hastaların %40,1'i 1-5 yıldır diyabet hastasıydı ve diyabet süresi ortalaması 9,61 yıl bulundu. Diyabet tipi incelendiğinde %84,6'sı tip 2 diyabet, %15,4'ü tip 1 diyabet hastasıydı ve %64'ünün ailesinde diyabetli yakını vardı. Hastaların %80,5'inde en az bir diyabet komplikasyonu ve %22,1'inde diyabet dışında en az bir kronik hastalık vardı. Hastaların %64,8'inde nöropati, %52,1'inde retinopati, %22,1'inde nefropati, %21'inde hipertansiyon, %10,1'inde koroner kalp hastalığı, %15,0'ında diyabetik ayak komplikasyonu, %6,4'ünde KOAH, %6,4'ünde böbrek yetmezliği, %1,1'inde anemi, %5,6'sında astım, %0,7'sinde karaciğer yetmezliği, %2,2'sinde tiroid bezi hastalıkları olduğu saptandı.

Diyabet tedavi yöntemleri incelendiğinde; hastaların %45,3'ünün oral antidiyabetik ilaç kullandığı, %19,5'inin oral antidiyabetik ilaç ve insülini birlikte kullandığı, %36,0'nın sadece insülin kullandığı, %50,2'sinin diyabetik diyet yaptığı belirlendi. Hastaların %53,6'sının diyabet eğitimi aldığı; %65,7'sinin hemşireden, %43,4'ünün hekimden, %25,9'unun diyetisyenden diyabet eğitimi aldığı saptandı.

Diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde; ölçeğin tamamından alınan en düşük puanın 61, en yüksek puanın 178, ortalama puanın $122,835 \pm 24,154$ olduğu saptandı. Diyabet hastalarının ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde; en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler alt boyutundan en düşük puanı fiziksel aktivite alt boyutundan aldıkları saptandı. Diyabet hastalarının kişilerarası ilişkiler alt boyutundan alabileceği en düşük puan 9, en yüksek puan 36; fiziksel aktivite alt boyutundan alabileceği en düşük puan 8, en yüksek puan 32' ydi. Diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını orta seviyede gerçekleştirdikleri belirlendi.

Diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları sosyo-demografik özelliklere göre incelendiğinde; yaş, eğitim durumu, meslek grupları ve ekonomik durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği görüldü.

Diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları sosyo-demografik özelliklere göre incelendiğinde; yaş ve eğitim durumunun sağlık sorumluluğunu etkilediği görüldü.

Diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği fiziksel aktivite alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları sosyo-demografik özelliklere göre incelendiğinde; yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve mesleğin fiziksel aktiviteyi etkilediği saptandı.

Diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği beslenme alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları sosyo-demografik özelliklere göre incelendiğinde; medeni durum, meslek ve ekonomik durumun beslenmeyi etkilediği saptandı.

Diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kişilerarası ilişkiler alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları sosyo-demografik özelliklere göre incelendiğinde; yaş, eğitim durumu ve ekonomik durumun kişilerarası ilişkileri etkilediği görüldü.

Diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği manevi gelişim alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları sosyo-demografik özelliklere göre incelendiğinde; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durum ve mesleğin manevi gelişimi etkilediği görüldü.

Diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği stres yönetimi alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları sosyo-demografik özelliklere göre incelendiğinde; eğitim durumu ve ekonomik durumun stres yönetimini etkilediği görüldü.

Diyabet hastalarının birlikte yaşadığı kişi veya kişilere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının etkilenmediği görüldü.

Diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları klinik özelliklere göre incelendiğinde; diyabet dışında kronik hastalık varlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği saptandı. BKİ, diyabet süresi, ailede diyabet öyküsü, retinopati, nefropati, hipertansiyon, diyabetik ayak komplikasyonu, sadece oral antidiyabetik tedavisi, sadece insülin tedavisi ve diyabetik diyet tedavisi değişkenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği saptandı.

Diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutundan aldıkları puanın; BKİ, diyabet tipi, diyabet süresi, ailede diyabet öyküsü, diyabet eğitimi alma durumu, diyabet komplikasyonu varlığı, retinopati, nöropati, nefropati, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, diyabetik ayak komplikasyonu, tedavi yöntemleri ve diyabetik diyet tedavisi değişkenlerinden etkilenmediği saptandı.

Diyabet hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği fiziksel aktivite alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları klinik özelliklere göre incelendiğinde; diyabet tipi, diyabet komplikasyonu, nöropati, koroner kalp hastalığı, oral antidiyabetik ve insülinin birlikte kullanımı, diyabet dışındaki kronik hastalık ve diyabet eğitimi alma durumunun fiziksel aktiviteyi etkilediği görüldü.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Diyabet hastalarına kendi sağlığını korumaları, iyilik halini sürdürmeleri için sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılması,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma sürecinde diyabet hastalarının; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitimi, mesleği, ekonomik durumu, diyabet tipi, diyabet eğitimi alma durumu, diyabet komplikasyonları, diyabet dışındaki kronik hastalıkları, kullandıkları tedavi yöntemleri dikkate alınarak eğitim programlarının planlanması,
- Diyabet hastaları için fiziksel aktivite programlarının düzenlenmesi,
- Klinik uygulamada her diyabet hastasına diyabet eğitimi verilmesi, beslenme düzeni için diyetisyenle görüşme yapılması ve beslenme eğitimi verilmesi,
- Diyabet eğitimi ile beraberinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmak için farkındalık sağlanması,
- Diyabet hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek için daha kapsamlı ve daha büyük örneklemlilerde çalışmaları yapılması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

1. Acemoğlu H, Ertem M, Bahçeci M, Tuzcu A. Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyi. The Eurasian Journal of Medicine 2006;38:90-95
2. Akça Ay F. Mesleki Temel Kavramlar. İçinde: İçinde: Ay FA, ed. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2011, s:2-21
3. Aksu H, Yurtsev E. Gebelik, diyabet ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009; 50-58
4. Akyürek N, Atabek ME, Eklioğlu BS. Tip 1 diabetes mellituslu hastaların uzun dönem izlemi: tek merkez deneyimi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2015;1-5
5. Alberti KGMM, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Diabetic Medicine 1998; 15:539-553
6. Altınparmak MR, Apaysın S. Diyabetik nefropati. İçinde: Yenigün M, Altuntaş Y, ed. Her Yönüyle Diyabetes Mellitus. 2. basım, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2001, s:383-402
7. Altun BU. Endokrinolojide pankreas bezi. İçinde: Endokrinolojide Temel ve Klinik Bilgiler. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2011, s: 104-131
8. Altuntaş Y. Diyabetes mellitusun tanımı, tanısı ve sınıflandırılması. İçinde: Yenigün M, Altuntaş Y, eds. Her Yönüyle Diyabetes Mellitus. 2. basım, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2001, s:51-62
9. American Diabetes Association [ADA]. Standarts of medical care in diabetes-2009. Diabetes Care 2009;32(1):13-61
10. Andreassen LM, Sandberg S, Berge Kristensen GB, Solvik UO, Skeide Kjome RL. Nursing home patiensts with diabetes: prevalence, drug treatment and glycemc control. Diabetes Research and Clinical Practise 2014;105:102-109
11. Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevelansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2007;21(5):211-220

12. Arslan E. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörler. D.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2011, Diyarbakır (Danışman: Prof. Dr. M. Melikşah Ertem).
13. Atmaca HU, Akbaş F, Şak T, Şak DU, Acar Ş, Niyazioğlu M. Diyabetik hastalarda hastalık bilinç düzeyi ve farkındalık. İstanbul Tıp Dergisi 2015;16: 101- 104
14. Avcı İA, Erdoğan TK. Fındık fabrikasında çalışan işçilerde obezite sıklığı ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2015;14(1):364-369
15. Avdal EÜ, Kızılcı S. Diyabet ve öz bakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2010;3(3):164-168.
16. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği-II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008,12(1).
17. Baldisserotto J, Kopittke L, Nedel FB, Takeda SP, Mendonça CS, Sirena SA, Diercks MS, Lima LA, Nicalau B. Socio-demographic characteristics and prevalence of risk factors in a hypertensive and diabetics population: a cross-sectional study in primary health care in Brazil. BMC Public Health 2016; 16:573
18. Baykal A, Kapucu S. Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların tedavilerine uyumların değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015:44-58
19. Betteridge DJ, Krone W, Wieland DM. Dislipidemi ve diyabet. In: Goldstein BJ, Wieland DM., eds. Textbook of Tip 2 diabetes. Çeviren: Akman AC. Tip 2 diyabet. 1.basım, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti., İstanbul; 2004, s:357-374
20. Blair M. Diabetes mellitus review. Urologic Nursing January-February 2016; 36(1):27-36
21. Bölükbaş N, Paydaş M, Bostan Ö. Diyabetli hastaların ayak bakımı ile ilgili davranışlarının ve mevcut ayak durumlarının saptanması. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;1(2):82-91

22. Brounwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's Manual of Medicine Çeviren: Çelik P, Velibeyoğlu FM, Velet M, eds. Harrison İç Hastalıkları El Kitabı Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2006, s:786-791
23. Bruce DG, Davis WA, Cull CA, Davis ME. Diabetes education and knowledge in patients with type 2 diabetes from the community The Fremantle Diabetes Study. Journal of Diabetes and Its Complications 2003; 17: 82-89
24. Brunisholz KD, Briot P, Hamilton S, Joy EA, Lomax M, Barton N, Cunningham R, Savitz LA, Cannon W. Diabetes self-management education improves quality of care and clinical outcomes determined by a diabetes bundle measure. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2014; 7: 533-542
25. Burant CF. Medical Management of Type 2 Diabetes. Çeviren: Öner İ, Çömlekçi A, eds. Tip 2 Diyabetin Medikal Tedavisi. 6.basım, Sigma Publishing Dan. ve Org. Dış Tic. Ltd. Şti., Türkiye; 2009, s:1-16
26. Chen SF, Lin CC. The predictors of adopting a health promoting lifestyle among work site adults with prediabetes. Journal of Clinical Nursing 2010; 19: 2713-2719
27. Chilton L, Hu J, Wallace DC. Health-promoting lifestyle and diabetes knowledge in Hispanic American adults. Home Health Care Management&Practice 2006; 18(5): 378-385
28. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi 2011;16(2):78-83
29. Clavell MC. Sağlıklı ve aktif bir yöntem için yardımcı olacak pratik cevaplar. Çeviren: Koçoğlu H, Gürlek A, ed. Mayo Klinik Diyabet Tedavisi. Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Ankara; 2004, s:99-118
30. Codario RA. Tip 2 Diabetes, Pre-diabetes, and the Metabolic Syndrome Çeviren: Karşıdağ K, Sağlam H. Tip 2 Diyabet, Pre-diyabet ve Metabolik Sendrom. Humana Press Inc. Totowa, New Jersey 2005, s:13-16

31. Cordan J. Diyabetes mellitus ve lipid bozuklukları. İçinde: Yenigün M, Altuntaş Y, eds. Her Yönüyle Diyabetes Mellitus. 2. basım, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2001, s:811-837
32. Coşansu G, Erdoğan S. Çok boyutlu diyabet anketi Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;13(4):10-17
33. Cryer PE. Tip 2 diyabette hipoglisemi. In: Goldstein BJ, Wieland DM., eds. Textbook of Tip 2 diabetes. Çeviren: Akman AC. Tip 2 diyabet. 1.basım, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti., İstanbul; 2004, s:171-181
34. Çelik S, Kelleci M, Avcı D, Temel E. Tip 1 diyabetli genç yetişkinlerin hastalığa psikososyal uyumları ve stresle başa çıkma tarzları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2015; 23(2):105-115
35. Çıtlı R, Günay O, Elmalı F, Öztürk Y. Diyabetik hastalarda tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisi. Erciyes Tıp Dergisi 2010;32(4): 253-264
36. Demir T, Akıncı B, Yeşil S. Diyabetik ayak ülserinin tanı ve tedavisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;21(1):63-70
37. Desai SP. Diyabetik ketoasidoz. Çeviren: Taşcıoğlu C. Klinisyenin İç Hastalıkları Rehberi Pratik Yaklaşım Lexi-Comp'un Klinisyenin Rehberi Serileri. 1. basım, Medikal Yayıncılık, İstanbul; 2005:359-366
38. DeFronzo RA. Classification and diagnosis of diabetes. In: Current Therapy Of Diabetes Mellitus. Mosby-Year Book Inc, 1998, s:1-5
39. Dinççağ N. Diyabetik ayak sorunlarına genel yaklaşım. Antibiyotik ve Kemoterapi Derneği Dergisi 2011;25(ek 2):240-246
40. Ding D, Chong S, Jalaludin B, Comino E, Bauman AE. Risk factors of incident type 2-diabetes mellitus over a 3-year follow-up: Results from a large Australian sample. Diabetes Research and Clinical Practice 2015; 108: 306-315
41. Düzöz TG, Çatalkaya D, Uysal DD. Tip 2 diabetes mellituslu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. Yeni Tıp Dergisi 2009;26:210-213

42. Ertem ÜT. Eğitim ve öğrenme. İçinde: Ay FA, ed. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2011, s:140-149
43. Fan MH, Huang BT, Tang YC, Han XH, Don WW, Wang LX. Effect of individualized diabetes education for type 2 diabetes mellitus: a single-center randomized clinical trial. African Health Sciences 2016; 16(4): 1157-1162
44. Fukuda H, Mizobe M. Impact of nonadherence on complication risk and healthcare costs in patients newly-diagnosed with diabetes. diabetes Research and Clinical Practise. 2016;123:55-62
45. Godino JG, Appel LJ, Gross AL, Schrack JA, Parrinello CM, Kalyani RR, Windham BG, Pankow JS, Kritchevsky SB, Bandeen-Roche K, Selvin E. Diabetes, hyperglycemia, and the burden of functional disability among older adults in a community-based study. Journal of Diabetes 2016;9:76-84
46. Grey M, Berry D, Davidson M, Galasso P, Gustafson E, Melkus G. Preliminary testing of a program to prevent type 2 diabetes among high risk youth. Journal of School Health 2004; 74(1): 10-15
47. Güçlü S. Sağlık eğitimi ve hemşirelerin eğitimci rolü. Tihud Hemşire Dergisi 2014;1(1):1-7
48. Günalay S, Taşkiran E, Demir B, Erdem S, Mergen H, Akar H. Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında tedavi yöntemleri, glisemik kontrol ve diyabet komplikasyonları ile depresyon ve anksiyete riski arasındaki ilişki. FNG & Bilim Tıp Dergisi 2016;2(1):16-19
49. Hacıoğlu N. Sağlık hizmetlerinde hemşirenin eğitimci rolü. İçinde: Hemşirelikte Öğretim Öğrenme ve Eğitim. 2. basım, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2013, s:1-5
50. Holt HB, Krentz AJ. Tip 2 diyabette metabolik acililer. In: Goldstein BJ, Wieland DM., eds. Textbook of Tip 2 diabetes. Çeviren: Akman AC. Tip 2 diyabet. 1.basım, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti., İstanbul; 2004, s:183-198
51. Hoogeveen RC, Dorresteijn JAN, Kriegsman DMW, Valk GD. Complex interventions for preventing diabetic foot ulceration. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015; s:1-34

52. IDF Diabetes Atlas Seventh Edition. International Diabetes Federation, 2015
53. IDF Diabetes Atlas Sixth Edition. International Diabetes Federation, 2013
54. Işık C, Sarman H, Şahin AA, Karğı E, Sarman Z, Erkuran MK, Boyraz İ, Koç B. Diyabetes mellitüs ve periferik organ tutulumu: güncel tedavi seçenekleri. *Journal of Clinical and Experimental Investigation* 2014;5(2): 329-335
55. Jefferson WV, Melkus GD, Spotlett GR. Health-promotion practices of young black women at risk for diabetes. *The Diabetes Educator* 2000; 26(2): 295-302
56. Kaptan G. Yaşlanma sürecinde endokrin ve kardiyovasküler sistem ile ilgili fizyolojik ve psikolojik değişiklikler. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi* 2014;6(2):64-66
57. Karakurt P, Aşilar HR, Yıldırım A. Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve aldıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2013;14(1):1-9
58. Katula JA, Kirk JK, Pedley CF, Savoca MR, Effoe VS, Bell RA, Bertoni AG, for the LIFT Diabetes Team. The lifestyle for the treatment of diabetes study (LIFT Diabetes): design and baseline characteristics for a randomized translational trial to improve control of cardiovascular disease risk factors. *Contemporary Clinical Trials*. 2016;53:89-99
59. Kaya E. Çocukluk Çağında Kanseri Tedavisi Almış Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. A Elçigil).
60. Keskinler MV, Tufan F, Oğuz A. Geriatrik sendromlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2013;29 (Ek sayı 2):41-48
61. Koç EM, Başer DA, Özkara A, Kahveci R, Alsancak AD, Yaşar İ, Yılmaz TE. Diyabet tanısıyla izlenen hastalarda yaşam kalitesi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi: Türkiye için bir pilot çalışma. *Konuralp Tıp Dergisi* 2015;7(2):76-82

62. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2009;(4):145-154
63. Koşar C, Besen DB. Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: kavram analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2015;8 (1):45-41
64. Kumsar AK, Pakyüz SÇ. Metabolik sendromlu kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2015;12(1):19-24
65. Kuru N, Piyal B. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesine başvuran kronik arter hastalığı tanılı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2012;11(3):287-298
66. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2011;11:619-626
67. Laasko M. Tip 2 diyabetin epidemiyolojisi ve tanısı. In: Goldstein BJ, Wieland DM., eds. Textbook of Tip 2 diabetes. Çeviren: Akman AC. Tip 2 diyabet. 1.basım, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti., İstanbul; 2004, s:1-10
68. Liatis S. Treatment of diabetes with insulin. In: Katsilambros N. Translated by Makrilakis K, Diabetes in Clinical Practice. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex; 2006, s:371-408
69. Mogensen CE. Tip 2 diyabette renal disfonksiyon ve nefropati. In: Goldstein BJ, Wieland DM., eds. Textbook of Tip 2 diabetes. Çeviren: Akman AC. Tip 2 diyabet. 1.basım, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti., İstanbul; 2004, s:211-221
70. Murathan F. Üniversite Öğrencilerinde Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. F.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2013, Elazığ (Danışman: Doç. Dr. Y Sacuvu).

71. Neşe AÇ, Ovayolu N. Diyabetik ayak ve bakımı. Atatürk Üniveristesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(2):89-97
72. Nural N, Hindistan S, Gürsoy AA, Bayrak N. Bir sağlık ocağına başvuran tip 2 diyabetes mellitus tanılı hastaların epidemiyolojik özellikleri ve prognozu. TAF Preventive Medicine Bulletin 2009;8(4):297-306
73. Okuroğlu KG, Yoğun ÇÖ, Erdoğan Z, Yoğun Y. Tip 2 diabetes mellituslu hastalara verilen planlı diyabet eğitiminin yaşam kalitesi üzerine etkisi. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi 2013;5(1):44-50
74. Orhan B, Karabacak BG. Tip 2 diyabetlilerde diyabete ilişkin Bilişsel ve sosyal faktörler ve metabolik kontrol parametreleri arasındaki ilişki. Clinical and Experimental Health Sciences 2016; 6(1): 1-8
75. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Diyabette özyönetim ve diyabet hemşiresinin etkileri. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi 2014;6(2):21-26
76. Önder F. Diyabetik retinopati. İçinde: Yenigün M, Altuntaş Y, eds. Her Yönüyle Diyabetes Mellitus. 2. basım, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2001, s:403-410
77. Özarslan BB. Diyabetik Kroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, 2013, Ankara (Danışman: Prof. Dr. N Akdemir).
78. Özçakar N, Kartal M, Kuruoğlu E. Diyabet hastalarının öz bakım bilinci. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2009;13(1):17-22
79. Özdemir İ, Hocoğlu Ç, Koçak M, Ersöz HÖ. Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve ruhsal belirtiler. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011;24:128-138
80. Özer F. Diyabetik Nöropati. İçinde: Yenigün M, Altuntaş Y, eds. Her Yönüyle Diyabetes Mellitus. 2. basım, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2001, s:417-465

81. Özkan S, Durna Z. İnsüline bağımlı diyabetli hastalarda öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 22(2):121-135
82. Özkaraman A, Alparslan GB, Gökçe S, Babadağ B, Gölgeci H, Derin Ö, Bilgin M. Hemodiyaliz yapılan kronik böbrek hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Osmangazi Tıp Dergisi 2016;38:1-11
83. Passaro MD, Ratner RE. Gestasyonel diyabet. In: Goldstein BJ, Wieland DM., eds. Textbook of Tip 2 diabetes. Çeviren: Akman AC. Tip 2 diyabet. 1.basım, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti., İstanbul; 2004, s:289-300
84. Ridgeway NA, Harvill DR, Harvill LM, Falin TM, Forester GM, Gose OD. Improved control of type 2 diabetes mellitus: a practical education/behavior modification program in a primary care clinic. Southern Medical Journal 1999; 92(7): 667-672
85. Rosenblatt B, Degillo CD, Benson WE. Diyabetik retinopati ve oküler komplikasyonlar. In: Goldstein BJ, Wieland DM., eds. Textbook of Tip 2 diabetes. Çeviren: Akman AC. Tip 2 diyabet. 1.basım, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti., İstanbul; 2004, s:199-210
86. Saltoğlu N. Diyabetik ayak infeksiyonları. Antibiyotik ve Kemoterapi Derneği Dergisi 2014;28(ek 2):27-31
87. Salyer J, Sneed G, Corley MC. Lifestyle and health status in long-term cardiac transplant recipients. Heart&Lung: The Journal of Acute and Critical Care 2001; 30(6): 445-457
88. Satman İ, Ömer B, Tütüncü Y, Kalaça S, Gedik S, Dinççağ N, Karşıdağ K, Genç S, Telci A, Canbaz B, Türker F, Yılmaz T, Çakır B, Tuomilehto J. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. European Journal of Epidemiology 2013;28:169-180
89. Satman İ, Yılmaz T, Şengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar İ, Tütüncü Y, Sargin M, Dinççağ N, Karşıdağ K, Kalaça S, Özcan C, King H, TURDEP Group. Population- based of diabetes and risk characteristics in

- Turkey: result of the Turkish diabetes epidemiology study. *Diabetes Care* 2002;25:1551-1556
90. Scherthaner G. Diyabetes mellitusta anti-hipertansif tedavi. In: Goldstein BJ, Wieland DM., eds. Textbook of Tip 2 diabetes. Çeviren: Akman AC. Tip 2 diyabet. 1.basım, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti., İstanbul; 2004, s:357-374
91. Selçuk KT, Sözmen MK, Ünal B. Balçova’da 30 ve üzeri yaş diyabetlilerde tedavi alma ve kan glukoz düzeylerinin kontrol altına alınma durumu. *Turkish Journal of Public Health* 2015;13(1):40-52
92. Sezgin H, Çınar S. Tip 2 diyabetli hastaların cep telefonu ile takibi: randomize kontrollü çalışma. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2013;3(4):173-183
93. Softa HK, Bayraktar T, Uğuz C. Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2016;9(1):1-12
94. Softa HK, Kaya D, Boduryeri G, Kara B. Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezindeki hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi* 2014;2(3):21-32
95. Sutherland LL, Weller DM, Bond L, Simonson S, Reis J. Northwest Latinos’ health promotion lifestyle profiles according to diabstes risk status. *J Immigr Minor Health* 2012; 14(6): 999-1005
96. Sürücü AH. Diyabet özyönetim eğitimi, grup temelli eğitim ve bireysel eğitim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2014;7(1):46-51
97. Talaz D, Kızılcı S. Tip 2 diyabet riski ve hastalık sürecinde uykunun rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2015;8(2): 203-208
98. Tanrıverdi MH, Çelepkolu T, Aslanhan H. Diyabet ve birinci basamak sağlık hizmetleri. *Journal of Clinical and Experimental Investigations* 2013;4(4):562-567

99. Tol A, Mohebbi B, Sadeghi R, Maheri AB, Eshraghian MR. Determinants of health promoting behaviors among type 2 diabetic patients: voice of Iran. *Open Journal of Endocrine and Metabolic Diseases* 2014; 4-219-224
100. Türkiye Diyabet Vakfı Ulusal Diyabet Konferans Grubu (TÜRKDİAP). *Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi* 2016. 6. basım, Armoni Nüans Baskı Sanatları A.Ş., İstanbul; 2016, s:13-113
101. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). *Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Klavuzu*. Miki Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2016, s:15-69
102. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı, 2013
103. Us S. *Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Anksiyete Depresyon Oranı, Seviyesi, Etki Eden Hastalık Özellikleri ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı*. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2007, İstanbul (Danışman: Klin. Şef. Yard. Uz. Dr. R Özgür).
104. Vahedi H, Khosravi A, Sadeghi Z, Aliyari R, Shabankhamseh A, Mahdavian M, Binesh E, Amiri M. Health promoting lifestyle in patients with and without diabetes in Iran. *Health Scope* 2016 inpress:e39428
105. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. *Nursing Research* 1987; 36(2): 76-80
106. Watkins PJ, Amiel SA, Howell SL, Turner E. Management of tip 2 diabetes. In: *Diabetes and Its Management*. 6. Basım, Blacwell Publishing Ltd, UK; 2003, s:55-65
107. Williams G, Pickup JC. *Diyabette mikrovasküler hastalık*. Çeviren: Toktaş T, Altunöz ME, Karşıdağ K, ed. *Diyabet El Kitabı*. 3. basım, Sigma Publishing Dan. ve Org. Dış Tic. Ltd. Şti., Türkiye; 2004, s:185-194
108. Yanık YT, Erol Ö. Tip 2 diyabetli bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;19 (3):166-174
109. Yıldırım TD, Soyaltın UE, Yıldırım M, Kumbaracı M, Köse Ş, Akar H. Hastanemizin palyatif bakım ünitesinde tedavi gören diyabetik ayak

- enfeksiyonlarının değerlendirilmesi. FNG & Bilim Tıp Dergisi 2016; 2(1):12-15
110. Yılmaz MT. Tip 1 diyabetes mellitus. İçinde: İmamoğlu Ő, Ersoy CÖ, eds. Diyabetes Mellitus 2009, Multidisipliner Yaklaşımla Tanı Tedavi ve İzlem. 2.baskı: Deomed Yayıncılık; 2009, s:37-48
 111. Yılmazel G, Naçar M, etinkaya F. Bir sanayi kuruluşunda çalışan işçilerin sağlığı geliştirme davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin 2015;14(2):161-170
 112. Yorulmaz H, Tatar A, Saltukęolu G, Soylu G. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi 2013;2:369-385
 113. Ziegler D. Diyabetik nöropati ve cinsel disfonksiyon. In: Goldstein BJ, Wieland DM., eds. Textbook of Tip 2 diabetes. Çeviren: Akman AC. Tip 2 diyabet. 1.basım, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti., İstanbul; 2004, s:223-253

9. EKLER

Ek 1. Ölçek izni

02.07.2017 Ynt: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-II

Gönder Ekle Sil ...

Gönderen saracoglu_uludag@windowslive.com Bilgi Gizli

Kime Z zuhal.bahar@deu.edu.tr x

Ynt: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-II

Gönderen: zuhal.bahar@deu.edu.tr <zuhal.bahar@deu.edu.tr>
Gönderildi: 15 Aralık 2014 Pazartesi 10:31
Kime: "BİLGE SARAÇOĞLU"
Bilgi: ayse.beser@deu.edu.tr
Konu: Re: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-II

Sayın Saraçoğlu,
Sonuçlarınızı bizimle paylaşmak üzere ölçeğimizi kullanabilirsiniz
Kolay gelsin
Zuhal Bahar

SAYIN PROF.DR. ZÜHAL BAHAR,
> DEĞERLİ HOCAM,
> ÖNCELİKLE VAKTİNİZİ ALDIĞIM İÇİN AFFINIZI DİLİYORUM. MARMARA ÜNİVERSİTESİ
> SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS
> ÖĞRENCİSİYİM. DERS DÖNEMİMİ BİTİRDİM VE TEZ AŞAMASINDAYIM. AYNI ZAMANDA
> KOCAELİ DERİNCE E.A.H İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ'NDE ÇALIŞIYORUM. İZİNİZ
> OLURSA ,GEÇERLİLİK-GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASINI YAPMIŞ OLDUĞUNUZ "SAĞLIKLI
> YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-II" Yİ TEZ ÇALIŞMAM İÇİN KULLANABİLİR
> MİYİM?
> SAYGILARIMLA,BİLGE SARAÇOĞLU

Gönder At ...

https://outlook.live.com/owa/projection.aspx 1/1

Ek 2. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu İzni



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI: Diyabet Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Yrd.Doç.Dr. Bilgi Gülseven KARABACAK
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Bilge SARAÇOĞLU
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 22.06.2015-1

Sayın Yrd.Doç.Dr. Bilgi Gülseven KARABACAK

72 protokol nolu "Diyabet Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi" isimli projemiz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

F. Arıcıoğlu

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

Prof. Dr. İnci ALIÇAN

İnci Aliçan

Prof. Dr. Hülya AŞÇI

Prof. Dr. Dilşad SAVİ

Doç. Dr. Tolga GÜVEN

Yrd. Doç. Dr. Ümit UĞURLU

Prof. Dr. Serap AKYÜZ

Prof. Dr. Ufuk YURDALAN

Doç. Dr. Nerise BAHÇEKÇİ

Doç. Dr. Hakkı ARIKAN

Yrd. Doç. Dr. Betül OKUYAN



Marmara Üniversitesi 06070
Konyaaltı Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 34680 Kadıköy /
İSTANBUL

0 (216) 314 44 22 / 0 (216) 314 44 23

sağlik.ogrenci@marmara.edu.tr
http://sağlik.marmara.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için:
MUR ALIĞAN

Ek 3. Kurum İzin Yazısı



İSİE İSO 9001 : 2008
(TE YÖNETİM SİSTEMİ)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 30278912
Şube : EPK
Konu : Eğitim Planlama Kurulu Toplantı Kararı

9 Tem 2015 / 1307

Bilge SARAOĞLU

Hastanemiz Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulumuz tarafından 07.07.2015 tarihli toplantıda alınan karar aşağıda belirtilmiştir.

Karar no 05 : Bilge SARAOĞLU'nun 26.06.2015 tarih ve 11143 sayılı dilekçesinde belirttiği "Diyabet Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sosyo Demografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi" konulu çalışması için hastanemize başvuracak hastaları örnekleme dahil etme ve anket çalışması yapma isteği değerlendirilmiş olup uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Siner YAHİN
EPK Kurul Başkanı
Hastane yöneticisi

Ek 4. Hasta Bilgilendirme Formu

Bu araştırma bir anket çalışmasıdır. Araştırmanın adı “*Diyabet Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikler İle İlişkisi*”dir. Bu çalışmadaki amacımız diyabet hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sosyo-demografik özellikleri ve klinik özellikleriyle ilişkisini incelemektir. Sosyo-demografik ve klinik özellikleri içeren 19 sorudan oluşan hasta bilgi formu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını içeren 52 maddeden oluşan ölçek kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının diyabet hastalarına verilecek eğitimin planlanmasında faydalı olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma gönüllü olursanız yapılacaktır. Bu çalışmayı kabul etme ya da etmeme ve kabul ettikten sonra istediğiniz zaman buna son verme hakkına sahipsiniz. Araştırma sizin için hiçbir rahatsızlık ve risk içermemektedir. Araştırma için sizden bir ücret talep edilmeyecektir ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız takdirde tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yapılacak vaka sunumlarında isminiz gizlenecektir.

Çalışmaya verdiğiniz destekten dolayı teşekkür ederiz.

Hem. Bilge SARAÇOĞLU

İletişim Bilgileri:

Tel : 05070824713

Ek 5. Onay Formu

Ben, (gönüllünün adı)..... yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen “*Diyabet Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikler İle İlişkisi*” adlı çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve yararları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Telefon numarası:

Tarih:

Hem. Bilge Saraçoğlu

İletişim: 05070284713

e-mail: saracoglu_uludag@windowslive.com

Ek 6. Hasta Bilgi Formu

1. Yaş:
2. Boy:
3. Kilo:
4. Beden kütle indeksi:
5. Cinsiyet: 1-Kadın 2-Erkek
6. Medeni durum: 1-Evli 2-Bekar
7. Eğitim Durumu:
1-Okuryazar değil 2-Okuryazar 3-İlköğretim 4-Lise 5- Yükseköğretim
8. İş/Mesleki Durumu:.....
9. Ekonomik Durum:
1-Geliri giderden az 2-Geliri giderden fazla 3-Geliri gider ile dengeli
10. Sosyal güvence:
1-Var 2-Yok
11. Birlikte yaşadığınız kişi veya kişiler
12. Diyabet tipi:
13. Diyabet süresi:
14. Mevcut diyabet komplikasyonları:
1-Retinopati 2-Nöropati 3-Nefropati 4-Hipertansiyon
5-Koroner Kalp Hastalığı 6- Diyabetik Ayak 7-Diğer
15. Diyabetin tedavi şekli:
1-Oral antidiyabetik 2-Oral antidiyabetik+insülin
3-İnsülin 4-Diyabetik diyet
16. Diğer kronik hastalıklar:
1 -Hipertansiyon 2- Kalp Yetmezliği 3- KOAH
4- Böbrek Yetmezliği 5- Diğer
17. Ailede diyabet öyküsü: 1-Var 2- Yok
18. Diyabet yönetimi için diyabet eğitimi aldınız mı? 1-Evet 2-Hayır
19. Diyabet eğitimi aldıysanız eğitim veren sağlık profesyoneli kim veya kimlerdir?
1-Hemşire 2-Hekim 3-Diyetisyen 4-Diğer.....

Ek 7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Orneğin haftada 5 kez ya da daha fazla)				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Bilge	Soyadı	Tezcan
Doğum Yeri	Çan	Doğum Tarihi	02.01.1991
Uyruğu	T.C.	Tel	05070824713
E-mail	bilgesaracoglu11@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2012
Lise	Çan Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi	2008

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1 Klinik Hemşiresi	Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi	2016-
2 Klinik Hemşiresi	Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2013-2016

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta Seviye	Orta Seviye	Orta Seviye

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	72,353	74,296	69,730

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Office programları	İyi Seviye

Kongre Bildirileri/Sertifikalari/Ödülleri/Diğer:

- 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kongre Katılım Sertifikası, 28-30 Nisan 2011, Gaziantep
- Orak N, Tunç F, Kahraman E, Engin E, Göçer B, Erdoğan HE, **Saraçoğlu B**, Karataş A, Yıldız H. “Üniversite öğrencilerinin düşük bel pantolon kullanımı sağlığı etkiliyor mu?”, 28-30 Nisan 2011, 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep (Poster Bildiri)
- Kahraman E, Tunç F, Orak N, **Saraçoğlu B**, Karataş A, Engin E, Erdoğan HE, Göçer B, Yıldız H. “Halkımız gündüz yaşlı bakım evleri konusunda ne düşünüyor?”, 28-30 Nisan 2011, 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep (Poster Bildiri)
- Dönmez S, Esen B, Tunç F, **Saraçoğlu B**, Orak N, Yıldız H. “Sağlık sorunları nedeniyle göç ve getirdikleri”, 28-30 Nisan 2011, 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep (Poster Bildiri)
- **Saraçoğlu B**, Karataş A, Erdoğan HE, Esen D, Göçer B, Orak N, Kahraman E, Tunç F, Yıldız H. “Yurttan kalan üniversite öğrencilerinin meme kanserinden korunmaya ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi”, 28-30 Nisan 2011, 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep (Poster Bildiri)
- Tunç F, Göçer B, Orak N, **Saraçoğlu B**, Dönmez S, Kahraman E, Esen D, Erdoğan HE, Yıldız H. “Hemşirelik öğrencileri ülkeyi bir hemşirenin yönetmesi konusunda ne düşünüyor?”, 28-30 Nisan 2011, 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep (Poster Bildiri)

- 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kongre Katılım Sertifikası, 26-28 Nisan 2012, Bursa
- **Saraçoğlu B**, Arslan H, Deniz S, Aydınnoğlu N, Kılıç M, Ogur P, Uyar P. “Uludağ Üniversitesi Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin klinik uygulamalarda mobbinge ilişkin algı ve görüşleri”, 26-28 Nisan 2012, 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Bursa (Sözel Bildiri)
- Uludağ’ın Zirvesindekiler Öğrenci Ödülleri ‘Bilim Ödülü’ (2013)
- 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi Katılım Sertifikası, 29 Haziran- Temmuz 2017, Aydın
- **Tezcan B**, Karabacak BG. “Diyabet hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sosyo-demografik ve klinik özellikler ile ilişkisi ”, 29 Haziran- 1 Temmuz 2017, 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın (Sözel Bildiri).