

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

**YAŞLI DİYABETLİ HASTALARDA DİYABET YÜKÜ VE
HASTALIĞI KABUL ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Zyohre MUSTAFOVA

**İç Hastahkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2015**

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

**YAŞLI DİYABETLİ HASTALARDA DİYABET YÜKÜ VE
HASTALIĞI KABUL ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Zyohre MUSTAFOVA

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Leyla ÖZDEMİR**

**ANKARA
2015**

ONAY SAYFASI

Anabilim Dalı :İç Hastalıkları Hemşireliği
 Program :İç Hastalıkları Hemşireliği
 Tez Başlığı :Yaşlı Diyabetli Hastalarda Diyabet Yükü ve Hastalığı Kabul
 Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
 Öğrenci Adı-Soyadı :Zyohre MUSTAFOVA
 Savunma Sınavı Tarihi :29/04/2015

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Doç. Dr. Vesile ÜNVER
 (GATA Hemşirelik Yüksek Okulu)
 Tez danışmanı: Doç. Dr. Leyla ÖZDEMİR
 (Hacettepe Üni. Hemşirelik Fakültesi)
 Üye: Doç. Dr. M. Serpil TALAS
 (Hacettepe Üni. Hemşirelik Fakültesi)
 Üye: Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU
 (Hacettepe Üni. Hemşirelik Fakültesi)
 Üye: Yard. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ
 (Hacettepe Üni. Hemşirelik Fakültesi)

(İmza)

(İmza)

(İmza)

(İmza)

(İmza)

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

(İmza)
 Prof.Dr. Ersin FADILLIOĞLU
 Müdür

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında katkısı ve desteğini esirgemeyen danışmanım Sayın Doç. Dr. Leyla Özdemir'e,

Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ve 75.yıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi çalışanlarına,

Çalışmaya katılan tüm yaşlı diyabetli bireylere,

Bu süreç içerisinde desteğini eksik etmeyen aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Mustafova, Z. Yaşlı diyabetli hastalarda diyabet yükü ve hastalığı kabul arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2015. Araştırma, yaşlı diyabetli hastaların diyabet yükünü ve hastalığı kabul durumlarını belirlemek, hastalığı kabul ile diyabet yükü arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ve 75.yıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde kalan 64 yaşlı diyabetli hasta oluşturmaktadır. Veriler, araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanan “Anket Formu”, “Yaşlılarda Diyabetin Yükü Ölçeği” ve “Hastalığı Kabul Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Araştırma sonucunda; yaşlı diyabetli hastaların çoğunun diyabet yükünün ortalamasının altında, hastalığı kabul seviyesinin de ortalamaya yakın olduğu bulunmuştur. Araştırmada, kadınların, 10 yıl ve daha fazla süredir diyabet hastası olanların, ilaçlarını başkasının desteği ile alanların, diyabete bağlı kronik komplikasyon yaşayanların, ailesinde diyabet görülenlerin, diyabet yükü ortalaması yüksek bulunmuştur. Ayrıca sosyal güvencesi olmayan yaşlı diyabetli bireylerin, 10 yıl ve üzeri diyabet hastası olanların, ilaçlarını başkasının yardımı ile alanların, diyabete bağlı kronik komplikasyon yaşayanların hastalığı kabul ortalaması düşük bulunmuştur. “Yaşlılarda Diyabetin Yükü Ölçeği” ile “Hastalığı Kabul Ölçeği” arasında orta derecede, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda yaşlılık döneminde kadınlar, uzun süredir diyabet hastası olanların, diyabete bağlı kronik komplikasyon yaşayanların değerlendirilmesi ve bu grupların öncelikli olarak ele alınması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, diyabet, diyabetin yükü, hastalığı kabul, huzurevi

ABSTRACT

Mustafova, Z. Evaluation of the relationship between burden of diabetes and acceptance of illness at the elderly patients with diabetes. Hacettepe University Institute of Health Sciences, Internal Medicine Nursing Programme, Master's Thesis, Ankara 2015. The research was conducted to identify elder patients' burden of diabetes and their acceptance of illness, to ascertain the correlation between diabetes burden and acceptance of illness. The sample of the study consisted of 64 elder diabetes patients staying in Seyranbağları Nursing Home and Rehabilitation Center and 75. Yıl Nursing Home and Rehabilitation Center. The data were collected using a "Questionnaire Form" developed by the researcher based on the literature, "Elderly Diabetes Burden Scale" and "Acceptance of Illness Scale". As a result of the study, most of the elder diabetes patients' burden was below the mean, acceptance of illness level was close to the mean. The mean burden of diabetes was high in the patients who were female, diagnosed with diabetes over than 10 years, taking drugs with others assistance, experiencing complications related to diabetes, having family member with diabetes. Additionally; the mean acceptance of illness was low in those who not having social insurance, diagnosed with diabetes over than 10 years, taking drugs with others assistance, experiencing complications related to diabetes. There was a moderate, negative correlation between "Elderly Diabetes Burden Scale" and "Acceptance of Illness Scale". Patients who are female, having diabetes for long time, experiencing complications of diabetes should be evaluated and these patients initially should be taken consideration.

Key Words: Elderly, diabetes, burden of diabetes, acceptance of illness, nursing home

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	ix
TABLolar	x
1. GİRİŞ	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırma Soruları	6
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma Teorileri	8
2.2. Yaşlılarda Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Kronik Hastalıklar	10
2.3. Yaşlılarda Diabetes Mellitus	12
2.3.1. Diyabetin Yüğü	13
2.3.2. Hastalığı Kabul	14
2.3.3. Diyabetin Yüğü ve Hastalığı Kabulün Hemşirelik Mesleği Açısından Önemi	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Şekli	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	18
3.4. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	18
3.4.1. Anket Formu	18
3.4.2. Yaşlılarda Diyabetin Yüğü Ölçeği	19
3.4.3. Hastalığı Kabul Ölçeği	20
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	20
3.6. Araştırmanın Uygulanması	20
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	21

	Sayfa
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	21
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	37
5.1. Hastaların Diyabet Yükünü Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışması	38
5.2. Hastaların Hastalığı Kabul Durumlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışması	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
6.1. Sonuçlar	44
6.1.1. Hastaların Diyabet Yükünü Etkileyen Faktörlere İlişkin Sonuçlar	44
6.1.2. Hastaların Hastalığı Kabul Durumlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Sonuçlar	45
6.2. Öneriler	46
KAYNAKLAR	47
EKLER	
Ek 1. Etik Kurul Kararı	
Ek 2. Anket Formu	
Ek 3. Yaşlılarda Diyabetin Yüğü Ölçeği	
Ek 4. Hastalığı Kabul Ölçeği	
Ek 5. İzin Yazıları	
Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADA	American Diabetes Association
BKİ	Beden Kütle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
4.1.	Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri	24
4.2.	Yaşlıların Diyabete İlişkin Özellikleri	25
4.3.	Yaşlıların Egzersiz Yapmaya İlişkin Özellikleri	26
4.4.	Yaşlı Diyabetli Hastaların Diyabetin Yüküne Göre Dağılımı	26
4.5.	Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Diyabetin Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	27
4.6.	Yaşlıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Diyabetin Yüğü Ölçeği ile İlişkisi	28
4.7.	Yaşlıların Diyabete İlişkin Özelliklerinin Diyabetin Yüğü Ölçeği ile İlişkisi	29
4.8.	Diyabetin Yüğü Ölçeği ile Kronik Hastalık Sayısı ve Diyabete Bağlı Kronik Komplikasyon Sayısı Arasındaki İlişki	30
4.9.	Diyabet Süresi ve Yapılan Egzersiz Süresi ile Diyabetin Yüğü Arasındaki İlişki	31
4.10.	Yaşlı Diyabetli Hastaların Hastalığı Kabul Durumuna Göre Dağılımı	31
4.11.	Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	32
4.12.	Yaşlıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Hastalığı Kabul Ölçeği ile İlişkisi	33
4.13.	Yaşlıların Diyabete İlişkin Özelliklerinin Hastalığı Kabul Ölçeği ile İlişkisi	34
4.14.	Hastalığı Kabul Ölçeği ile Kronik Hastalık Sayısı ve Diyabete Bağlı Kronik Komplikasyon Sayısı Arasındaki İlişki	35
4.15.	Diyabet Süresi ve Yapılan Egzersiz Süresi ile Hastalığı Kabul Arasındaki İlişkisi	35
4.16.	Diyabetin Yüğü ve Hastalığı Kabul Arasındaki İlişki	36

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tıp, bilim ve teknolojideki gelişmeler ve beklenen yaşam süresinin artışı sonucu dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır (1,2). 2013 yılında dünyada yaşlı nüfus oranı 278 milyon iken; bu rakamın 2050 yılında 417 milyon olması beklenmektedir (3). Dünyada en yaşlı nüfusa sahip ülkelere bakıldığında 2012 yılında %24,4 yaşlı nüfus ile Japonya, %21,1 ile Almanya, %20,8 ile İtalya ilk üç sırada yer alırken; Türkiye bu sıralamada 91.dir. (4). Türkiye İstatistik Kurumu 2013 verilerine göre ülkemiz nüfusunun %7,7'sinin 65yaş ve üzerinde olduğu belirtilmektedir. Türkiye nüfus projeksiyonlarına göre bu oranın 2023 yılında %10,2, 2050 yılında ise %20,8'e yükseleceği tahmin edilmektedir. Türkiye'de beklenen ortalama yaşam süresi 76,9'dur (4).

Tüm dünyada yaşlı nüfusun artmasıyla, özellikle gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde, kronik hastalıklarda da artış gözlenmektedir(3). 65 yaş ve üstü bireylerin %90'ında bir, %35'inde iki, % 23'ünde üç, % 15'inde ise dört ve daha fazla kronik hastalık görülmektedir. Yaşlılarda bildirimi yapılmamış hastalık oranları da çok yüksektir (2). Bu nedenle yaşlılarda kronik hastalık oranının çok daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfusta görülen kronik hastalıklar genellikle diyabet, artrit ve hipertansiyon gibi hastanın bağımsız yaşam sürdürmesini tehdit eden ve yaşam kalitesini düşüren sorunlardır (2,5).

Kronik hastalıklar dünyada ölüm nedenleri arasında önemli bir yere sahiptir. Dünyada ölümlerin %60'ı kalp hastalıkları, felç, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet gibi kronik hastalıklar nedeniyle gerçekleşmektedir (6,7). Dünyada her yıl 8 ile 14 milyon insan kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik alt solunum yolu hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmektedir (8). Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin yaklaşık %80 düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (6,7). Dünya çapında 347 milyon diyabet hastası bulunurken; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre 2030 yılında diyabet ölüm nedenleri arasında 7. sırada yer alacaktır (7). Amerika'da ise 2007 yılında sık görülen ölüm nedenleri arasında, kalp hastalıkları, kanser, inme, kronik alt solunum yolu hastalıkları, Alzheimer'den

sonra diyabet altıncı sırada yer almaktadır (9). Günümüzde Avrupa'da 32 milyon kişi diyabet hastasıyken, bu rakamın 2035 yılında 38 milyon olması beklenmektedir (10).

Türkiye'de ölüme neden olan hastalıklar arasında diyabet; kardiyovasküler hastalıklar, kanser, enfeksiyon hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, perinatal nedenler, yaralanmalar ve sindirim sistemi hastalıklarından sonra yer almaktadır (11). Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP) II sonuçlarına göre Türkiye'de diyabet oranı %13,7'dir (12). 2013 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü bir çalışmanın sonuçlarına göre, katılımcıların %28'i ailesinden en az bir kişide diyabet olduğunu belirtmiş, bu oranın kadınlarda %31, erkeklerde ise %26 olduğu bildirilmiştir. Diyabette farkındalık oranı %74 olup, erkeklerde (%69), kadınlara (%78) göre daha düşük bulunmuştur. Diyabet sıklığı yaşla orantılı olarak artmakta, 65-74 yaş grubunda %30 oranında görülmektedir (kadınlarda % 33 erkeklerde % 27) (13,14).

Kronik hastalıkların yükü dünya çapında hızla artmaktadır. 2001 yılında küresel hastalık yükünün %46'sı kronik hastalıklara düşerken; bu oranın 2020 yılında %57'ye ulaşması beklenmektedir (15). Diyabet ekonomik, fiziksel, sosyal ve psikolojik yükü çok büyük olan bir hastalıktır (16). 2007 yılında 174 milyon dolar olan diyabet maliyeti, Amerikan Diyabet Birliği (ADA-American Diabetes Association) tarafından 2012 yılında 245 milyon dolar olarak hesaplanmıştır. Bu tablo diyabet maliyetinde 5 yıl içinde % 41 artışı göstermesi açısından önemlidir (17). Avrupa'da (EU) toplam sağlık bütçesinin % 9,3'ü diyabete harcanırken, bir diyabetli hasta için yıllık maliyet 2450 Avro'dur (10).

Diyabet kronik, maliyetli ve ciddi komplikasyonlara yol açan, birey için riskler taşıyan yaşam kalitesini ve yaşam süresini olumsuz etkileyen metabolik bir hastalıktır (8). Uzayan yaşam süresi, yaşlanan toplum, hareketsiz yaşam ve obezite, tip 2 diyabeti daha sık rastlanan bir hastalık haline getirmiştir (16).

Özellikle yaşlı diyabet hastalarında kronik ve akut diyabet komplikasyonlarının gelişme riski daha fazla; bunlara bağlı mortalite ve morbidite daha sıktır. Diyabet yaşlının hareketlerini kısıtlamakta ve yaşam kalitesini bozmaktadır. Yaşlı diyabetli hastaların hastaneye yatış oranı diyabeti olmayan yaşlılara göre 5 kat daha fazladır (18). Diyabet insanın sadece fiziksel dengesini değil, ruhsal dengesini de etkileyen bir hastalıktır. Diyabet ve birey arasındaki

karşılıklı etkileşim sonucu, bireyin sosyal ve psikolojik durumundaki bozukluklar diyabetin prognozunu olumsuz şekilde etkileyebilir. Depresyon, stres, endişe ve sosyal destek kaybı diyabeti şiddetlendirebilir. Depresyon diyabetli hastalarda en sık görülen psikiyatrik sendromdur. Amerika Birleşik Devletlerinde diyabetli kişilerde depresyon diyabeti olmayan kişilere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Depresyon kişinin diyabete uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye uyumunu, hastalığın prognozunu kötü etkiler ve diyabete bağlı komplikasyon oranını artırır (19). Diyabet ve depresyonu olan kişilerde diyabet belirtilerinin sadece diyabeti olan kişilere göre daha ağır olduğu bildirilmiştir (20). Ayrıca diyabetin süresi ile depresyon sıklığı arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Daha uzun süre diyabet hastası olanlarda depresyon ve anksiyete daha sık görülmektedir (21). Bu nedenle psikolojik sorunların kontrol edilebilmesi diyabete de kontrolü için önemlidir (19).

Diyabetin prevalansı ile birlikte komplikasyonları ve eşlik eden hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır. Diyabet; kardiyovasküler hastalıklar (%50), böbrek yetmezliği (%10-20), diyabetik nöropati (%50) ve görme sorunlarına (%10) neden olabilir (22,23). Yaşlılarda diyabetin hem akut hem de kronik komplikasyonları daha sık görülmektedir (24). Bunlar arasında; cinsel disfonksiyon önemli ancak ihmal edilen bir alandır. Tip 2 diyabette cinsel disfonksiyonlar tip 1'e göre daha fazla görülmektedir. Bunun nedenleri arasında Tip 2 diyabetlilerin yaşlı olması, menopoz, kronik hastalıklar, komplikasyonların daha ciddi olması ve depresyon düzeylerinin yüksek olması yer almaktadır. Diyabetli kadınlarda vajinal enfeksiyonlar ve mantar enfeksiyonları cinsel fonksiyonu olumsuz etkileyebilir (22,23).

Diyabet, diğer kronik hastalıklar gibi hastanın tüm yaşamını etkileyen, sosyal veya psikolojik sorunlara yol açabilen bir hastalıktır. Kronik hastalığı olan bireylerde günlük yaşam aktivitelerinin ve fiziksel aktivitelerinin sınırlanması, hastaları son derece rahatsız eden bir durumdur. Başkurt ve ark.'nın yaptıkları çalışmada diyabetli hastaların hafif ve orta düzeyde günlük yaşam aktivitelerinde (giyim-kuşam, doğrulma, yemek yeme, yürüme, hijyen, uzanma, kavrama ve günlük işler) zorluk yaşadıkları belirtilmiştir. Bu çalışma sonucunda fonksiyonel yetersizlik gösteren yaşlı diyabetli hastalarda engel algısı (diyabetin günlük aktivitelerini, iş, sosyal ve eğlence aktivitelerini etkileme düzeyi) yüksek bulunmuştur. Yaşlı diyabetli bireylerde yaşla birlikte anlamlı düzeyde fonksiyon düzeylerinde azalma

saptanmıştır. Fonksiyonel yetersizlik arttıkça engel algısı da artış göstermektedir (25). Yapılan başka bir çalışma sonucunda; diyabet tanısı olan hastaların diyabeti olmayanlara göre fiziksel fonksiyonlarının daha bozuk olduğu belirtilmiştir. Hastalarda artmış glikoz düzeyi ve bozulmuş fiziksel fonksiyon arasında pozitif ilişki bulunmuştur (26).

Diyabet yaşam boyu süren, yükü fazla olan, öz bakım aktivitelerini etkileyen ve yaşamı kısaltan kronik bir hastalıktır. Diyabeti olan bireylerde öz-bakım gereksinimlerini karşılamak oldukça önemlidir. Diyabet bakımının %98'ini öz-bakım oluşturmaktadır. Diyabeti kontrol altında tutabilmek için hastalar öz-bakım aktivitelerini benimsemeleri gerekmektedir. Karakurt ve ark.'ının yaptıkları çalışmada emekli hastaların öz-bakım gücü ve sosyal destek puanlarının diğer gruplara göre yüksek olduğu görülmüştür (27). Düzöz ve ark.'ının yaptıkları çalışmada ailesiyle yaşayan hastaların öz-bakım gücü, yalnız yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu nedenle yaşlı diyabetli hastaların, ailelerinden aldıkları destek öz-bakım gücünü pozitif yönde etkilemektedir (28). Yapılan çalışmalar sonucunda diyabetli hastada sosyal destek ile anksiyete ve depresyon arasında ters yönde bir ilişki saptanmıştır. Bahar'ın (2006) çalışmasında destekleri olmayan hastalarda depresyon ve anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların % 63,2'si hastalığı ile ilgili endişe yaşadığını belirtmektedir. Bu çalışmada kadınların depresyon ve anksiyete puanları, erkeklere göre daha yüksek olarak belirlenmiştir (29).

Diyabetli hastaların sağlık ve hastalıklarını algılamaları ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, hastaların sağlıklarını orta düzeyde algıladıkları belirtilmektedir. Tip 2 diyabeti olan hastaların, tip 1 diyabeti olanlara göre sağlıklarını daha olumlu algıladıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada önerileri yararlı bulma ve uygulama puanları, tip 1 diyabetli hastalarda daha yüksek bulunmuştur (30). Diyabetin komplikasyonlarının gelişmesi, hastalığı algılamak açısından önemlidir. Diyabetlilerin çoğu hastalığın komplikasyonları ortaya çıkmadığı sürece hastalığın ciddiyetini algılayamamaktadır. Buna bağlı olarak çalışmada, hastalar mevcut sağlıklarını orta derecede yorumladıklarını ve diyabeti ciddi olarak algıladıklarını, önerileri yararlı bulmalarına rağmen; daha az

uyguladıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada yaşlılar, gençlere göre diyabeti daha ciddi algıladıkları saptanmıştır (30).

Hastalıkla ilgili algılamalara dayalı olan hastalık yükü kadar diyabetle baş etmede önemli bir diğer unsur ise bireyin hastalığı kabulüdür. Kabul etme kavramı; bir insanı, bir olayı, bir olguyu, bütün özelliklerini ayırmadan, reddetmeden ve sıkıntı yaratmadan, memnuniyetle veya gönüllü olarak kabul etmek olarak tanımlanabilir. Kabul etmek, bireyin sağlığını sınırlılıklara, engellere ve bozukluklara rağmen üst düzeyde tutabilmesini ve karşılaştığı durumla baş edebilmesini ve dolayısıyla yaşam kalitesinin iyileşmesini sağlamaktadır (31). Bireyin hastalığı kabul etmesi hastalığın getirdiği negatif duyguların azalmasına ve koruyucu davranışların artmasına neden olmaktadır (31,32). Kronik hastalığı kabullenmek zor bir durumdur, çünkü ömür boyu devam etmekle kalmayıp tam olarak tedavi edilemez, bireyin fonksiyonlarını yerine getirmesini tehdit ederek bireyi kısıtlamaktadır (31,33).

Hastalığı kabul etmek, yaşam tarzını değiştirerek hastalığı üzerinde kontrolü sağlamada oldukça önemlidir. Diyabet gibi kronik bir hastalık hastanın hayatında yaşam tarzı değişikliklerine neden olduğundan, hastanın hastalığı kabulünü ve uyumunu zorlaştırmaktadır (34). Kronik hastalığı olan bireylerin aileleri tarafından desteklenmeleri hastalığı kabul ve uyumu arttırmaktadır (34,35). Hastalık anlayışı zamanla değişebilir ve bireyin sosyal çevresinden, etnik köken, kültür, cinsiyet ve geçmiş deneyimlerden etkilenebilmektedir (33). Kübler-Ross'a göre terminal dönemdeki hastalarda hastalığı kabullenmede 5 aşamadan geçmektedir, bunlar inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamalarıdır (36). Demirtaş ve ark.'nın yaptıkları çalışmada diyabetli bireylerin de bu aşamalardan geçtikleri saptanmıştır (35). Ailesinde diyabetli olmayanlara göre ailesinde diyabet hastası olan bireyler süreci bildiklerinden tanıyı aldıklarında, daha sakin karşılamaktadırlar. Demirtaş ve ark yaptıkları çalışmada hastalara ilk duyguları sorulduğunda şok olduklarını ve ölüm korkusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir (35). Sağlık çalışanlarının hastalara yeterince bilgi vermemeleri sonucunda, hastaların kendilerini yetersiz hissettikleri saptanmıştır (37). Yapılan başka bir çalışmada hastalıkları ile ilgili kapsamlı bilgi ve olası sonuçlar için bilgi alan hastalarda endişe ve kaygı düzeyleri yüksek olarak saptanmıştır (35). Bu nedenle diyabet tanısının ve hastalıkla ilgili

bilginin hastaya iletilmesinde, bireysel faktörler, hastanın kabul düzeyi ve destek faktörleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Kronik hastalığı olan bireyler, olumsuz düşünceler sonucunda umutsuzluk yaşayabilmekte ve hastalıkla mücadele etme gücünü yitirebilmektedirler. Yapılan çalışmalar sonucunda diyabetik kadınların, diyabetik erkeklere göre daha yüksek umutsuzluk düzeylerine sahip oldukları görülmektedir. Aynı çalışmada okur-yazar olan hastaların umutsuzluk düzeyleri yükseköğrenim düzeyine göre daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi düşük olanlar diyabetle nasıl yaşayacaklarını anlayamadıkları için umutsuzluğa daha yatkın olabilecekleri düşünülmektedir (37,38).

Yaşlı diyabetli hastalar, yaşlılığa bağlı psikolojik ve sosyal sorunlar, kronik hastalık sayısı ve diyabetik komplikasyonlar nedeniyle diyabete ilişkin yük yaşamaktadırlar. Diyabetli yaşlıda sosyal desteğin az olması, eşlik eden hastalıklar ve komplikasyonlar, diyabet yükünün artmasına neden olabilmektedir. Sağlık çalışanlarının diyabetli bireye kaliteli bakım verebilmesi için hastaların hastalığı kabul durumunu ve diyabet yükünü belirlemesi gerekmektedir. Böylece sağlık çalışanları kabulün ve yükün derecesine göre bakımı planlayabilecek, verilen bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti artacaktır. Yaşlı nüfusunun ve diyabet prevalansının giderek arttığı günümüzde, sağlık bakımının etkili biçimde planlanması ve yürütülmesinde diyabet yükünün ve hastalığı kabulünün belirlenmesi gerekmektedir. Literatüre bakıldığında yaşlılarda diyabet yükü ile hastalığı kabul arasında ilişkiyi değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, huzurevinde kalan yaşlı diyabetli hastaların diyabet yükünü ve hastalığı kabul durumlarını belirlemek, diyabet yükü ve hastalığı kabul arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

- Yaşlı diyabetli bireylerde diyabet yükü nasıldır?
- Yaşlı diyabetli bireylerde hastalığı kabul durumu nasıldır?

-Yaşlı diyabetli bireylerin sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre diyabet yükü ve hastalığı kabul puanları arasında fark bulunmakta mıdır?

-Yaşlı diyabetli bireylerde diyabet yükü ile hastalığı kabul arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma Teorileri

Yaşlanma, intrauterin hayatta başlayıp, ölüme kadar devam eden, geri dönüşümü olmayan ve bütün sistemleri etkileyen, kaçınılmaz bir süreç olarak kabul edilmektedir (39,40). Yaşlanma, strese uyum cevabında azalmaya yol açan ve yaşla ilişkili hastalıkların riskinin arttığı, fonksiyonlarda ilerleyici ve yaygın bir bozukluk olarak tanımlanabilir (41, 42). Yaşlanma, organizmada, molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanla ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan, yapısal ve işlevsel değişikliklerin tümüdür. Yaşlılık rezerv biyolojik kapasitelerin azalması ile karakterize; fizyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal yönleri olan bir süreçtir.

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır (1, 2, 39, 40). 2013 yılında dünyada yaşlı nüfus 278 milyon iken; bu rakamın 2050 yılında 417 milyon olması beklenmektedir (3). Türkiye İstatistik Kurumu 2013 verilerine göre ülkemiz nüfusunun %7,7'sinin 65yaş ve üzeri olduğu belirtilmektedir. Türkiye nüfus projeksiyonuna göre bu oranın 2023 yılında %10,2, 2050 yılında ise %20,8'e yükseleceği tahmin edilmektedir (4).

Yaşlanma pek çok disiplinin incelediği ve henüz tek bir teori ile açıklanamayan bir süreçtir. Günümüzde yaşlanma ile ilgili 300'den fazla teori bulunmaktadır. Yaşlanma karmaşık bir olaydır ve birden çok nedene bağlı olduğundan tek bir teoriyle açıklanması mümkün olmamaktadır (41, 42). Hücreler arasındaki fiziksel ve kimyasal reaksiyonlarla oluşan değişimler yaşlanmaya ilişkin kuramların temel yapı taşını oluşturmaktadır (42).

Yaşlanma; psikososyal, kültürel, yaşam biçimi gibi birçok etken sonucunda gerçekleşen bir olaydır. Biyolojik teorilere göre yaşlanma fizyolojik ve fonksiyonel değişikliklere bağlıdır. Psikososyal teoriler yaşlanmanın davranışlar ve sosyal etkileşimlere bağlı olduğunu vurgulamaktadır (43).

Biyolojik teoriler arasında yer alan ve metabolizma hızına temellenen yaşam hızı/enerjisi teorisi; her canlının yaşama belirli bir enerji rezervi ile başladığını ve yaşam boyunca bu rezervi kullandığını ileri sürülmektedir. Bu teoriye göre; yaşam biçimi enerji tüketimini belirlemekte; metabolizma hızı yüksek olanlarda tükenme daha çabuk gerçekleşmektedir. Yaşam boyunca kullanılacak enerji vücudun

fizyolojik işlevlerine bağlı olmaktadır ve vücudun fizyolojik işlevlerindeki artış yaşam süresini kısaltmaktadır. Stres, uykusuzluk, yanlış beslenme ve aşırı spor ile adrenalin salınımı, tiroid bezinin fazla çalışması ve kronik enfeksiyonlar metabolizmayı hızlandırır (42).

Diğer bir teori olan serbest radikaller teorisine göre yaşlılık; aerobik metabolizma sırasında oluşan serbest radikallerin dokularda birikmesi sonucu oluşan hasarlara dayanmaktadır. Serbest radikaller hücre proteinlerine ya da genetik materyale kolayca bağlanabilmektedir ve bu durum yapılarda oksidasyona neden olarak bozulmalar meydana gelmektedir. Bu teoriye göre yaşlanma, hücre proteinlerinde ve genetik yapılarda meydana gelen bu bozulmalar sonucunda oluşmaktadır. Stres, sigara, ultraviyole ışınlar, röntgen, çevre kirliliği serbest radikallerin üretimini hızlandırmakta ve kolaylaştırmaktadır (42, 44). Yaşlanma ile oksidatif etkiler birikerek hasarlı hücresel yapılar artmakta ve savunma sistemlerindeki azalma ortaya çıkmaktadır. Bu teoriye göre yaşam boyu sürekli maruz kalma sonucunda oluşan hücre hasarı ile birlikte vücudumuzdaki oksidanlar ve antioksidanlar arasındaki dengenin bozulması sonucu gelişen fonksiyon bozukluğu ile kanser, ateroskleroz, Parkinson, Alzheimer ve immün yetersizlik gibi hastalıkların oluşumuna zemin hazırlamaktadır (42, 44).

Telomer-telomeraz teorisine göre; hücre bölünmesi sonucunda telomerler kısalır ve kritik bir kısalığa ulaştığında yaşlanma ile ilgili mekanizmalar tetiklenir. Normal hücrelerin belirli sayıda bölündükten sonra çoğalmalarının durması "Hayflick sınırı" olarak adlandırılmaktadır. Telomeraz, ters-transkriptaz özelliği olan ve telomer sentezleyerek onu koruyan bir enzimdir (41, 42). Bu teoriye göre telomer uzunluğu belli bir sınırın altına düştüğünde hücre daha fazla bölünemez ve ölür. Bu değişim doğumla birlikte başlar ve yaşam boyu bu yaşam ipleri kısalır. Yoğun stres telomerazı baskılamaktadır, böylece onarım yavaşlayarak yaşlanma hızlanır. Ayrıca serbest radikallerin etkisi ne kadar fazla olursa telomer kısalması da o kadar hızlı olur (41, 42).

İmmünite teorisine göre, yaşlanmayla birlikte immün sistemin hücreleri tanıma ve yok etme özelliği azalır. Vücut kendi dokusu ile yabancı dokular arasındaki farkı tanıma özelliğini yitirir. Stres, beslenmede yapılan yanlışlar, uykusuzluk gibi birçok faktör bağışıklık sisteminin hassas dengesini bozarak

hastalıkların oluşumu ortaya çıkarmaktadır. Yaşlandıkça döngü kendi içinde birbirini tetikleyerek hastalıkların, tümörlerin oluşumu kolaylaşır ve yaşlanma hızlanır (42, 44).

Hormon teorisine göre; endokrin bezlerin hormon salgılamalarındaki düzensizlik yaşlanmayı başlatmaktadır. Yaşlanma nedeni olarak ise uyku düzeninin sağlanmasında etkili olan melatonin hormonunun azalması gösterilmiştir. Vücuttaki hormon yapımının azalarak kandaki düzeylerinin düşmesi sonucu yaşlanmanın olduğu görüşü kabul görmektedir (42). Somatik mutasyon teorisinde, DNA hasarına hücrel cevap kapasitesinin, yaşlanma olayında önemli bir belirleyici olduğu belirtilmiştir (41). Biyolojik teoriler arasında son sırada yer alan stres teorisine göre, stres yaşam boyu organizmada yapısal ve kimyasal değişikliklere neden olarak, yavaş ve geri dönüşümü olmayan doku hasarlarına neden olmaktadır (43).

2.2. Yaşlılarda Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Kronik Hastalıklar

Normal yaşlanma sürecinde bireyin genetik yapısı ile ilgili ve dış etkenlere bağlı bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Hastalıklar, hava kirliliği, güneş ışığı, yaşlanma sürecini etkileyen ve kaçınılması mümkün olan dış etkenlerdir. Hücrel ve hücre dışı değişiklikler, fizik görünümde değişikliğe neden olarak hücrenin işlevini bozmaktadır; vücut yapısı ve görünümünde değişiklikler meydana gelmektedir (43, 45). Bu değişikliklerin en önemlilerinden biri endokrin sistemde olmaktadır. Bu süreçte glikoz toleransı bozulur, insülin direnci artar, vücut kütlesi azalır ve kaslarda yağ oranı artar (45).

Dünyada yaşlı nüfusun giderek artması ile birlikte, yaşlılık kişisel bir sorun olmaktan çıkıp toplumsal bir sorun haline gelmektedir. Yaşlı nüfusun artması ile yaşa bağlı gelişen fizyolojik değişiklikler bu yaş gurubunda kronik hastalıkları da yanında getirmektedir. Yaşlı insanlarda birden çok hastalık bulunmaktadır. Yaşlı nüfusun giderek artış göstermesi, toplumun öncelikli sağlık sorunlarının yaşlılarda daha sık görülen kronik hastalıklar olduğu görülmektedir (40, 46).

Kronik hastalıklar uzun süreli hastalıklardır ve zaman içerisinde hastalarda çeşitli fonksiyonların kaybedilmesine neden olurlar (47). Kalp-damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet günümüzde tüm toplumları etkileyen ve en sık rastlanan kronik hastalıklardır. Türkiye’de 2004 yılında ölüm

nedenlerinin %79'unun kronik hastalıklara bağı olduğu görülmektedir. Ölüm nedenleri arasında ilk sırada kalp-damar hastalıkları, ikinci serebro-vasküler hastalıklar, üçüncü sırada akciğer hastalıkları yer almaktadır (11). Kronik hastalıklar tüm ülkelerde demografik ve epidemiyolojik dönüşümün sonucu olarak artmaktadır. Ayrıca kronik hastalıklar erken ölümlere de yol açmaktadır. Kronik hastalıklar kişiye ve topluma, ekonomik ve sosyal yükü fazla olan hastalıklardır (13).

Türkiye'de farklı bölgelerde en sık rastlanan kronik hastalıklarla ilgili çalışmalar yapılmıştır. Yapılan bir çalışma sonucunda kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların %47,5'inde hipertansiyon, %27,8 ise diyabet olduğu belirlenmiştir (48). Yapılan başka bir çalışma sonucunda ise en sık rastlanan hastalıklar kardiyovasküler hastalıklar (%74,3), endokrin sistem hastalıklar (%34,5), gastroinrestinal sistem hastalıklar (% 33,7) ile solunum sistemi hastalıkları (%23,9) olduğu saptanmıştır (49).

Altmış beş yaş ve üstü bireylerin %90'ında bir, %35'inde iki, % 23'ünde üç, % 15'inde ise dört ve daha fazla kronik hastalık görülmektedir. Yaşlılarda bildiri yapılmamış hastalık oranları da çok yüksektir (2). Bu nedenle yaşlılarda kronik hastalık oranının çok daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfusta görülen kronik hastalıklar genellikle diyabet, artrit ve hipertansiyon gibi hastanın bağımsız yaşam sürdürmesini tehdit eden ve yaşam kalitesini düşüren sorunlardır (2, 5). Kronik hastalıklar dünyada ölüm nedenleri arasında önemli bir yere sahiptir. Dünyada ölümlerin %60 kalp hastalıkları, felç, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet gibi kronik hastalıklar nedeniyle gerçekleşmektedir. Kronik hastalıklara bağı ölümlerin yaklaşık %80 düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (6, 7).

Yaşlılarda endokrin sistem değişiklikleri sonucunda en sık karşılaşılan hastalıklardan biri diabetes mellitus olmaktadır. Yaşlanmayla birlikte, kan glikozunun düzenlenmesinde insülinin etkinliği azalmakta ve bu durum tip 2 diyabete neden olmaktadır. Fiziksel aktivitedeki azalma ve yağ dokusundaki artış, özellikle de abdominal bölgenin yağlanması insülin direnci gelişmesinde rol oynamaktadır (45).

2.3. Yaşlılarda Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus, insülin salınımı, insülin etkisi veya bu faktörlerin her ikisinde de bozukluk olması sonucunda ortaya çıkan hiperglisemi ile karakterize kronik metabolik bir hastalıktır (50, 51). Diyabet, insülin salgılanması, insülin etkisinin ya da her ikisinin hasardan kaynaklanan hiperglisemi ile karakterize olan metabolik bir hastalıktır (52).

İnsülin pankreas tarafından üretilen bir hormondur ve glikozun hücre içine girerek, kaslar ve dokular tarafından enerji için kullanılmasını sağlamaktadır (50). Tip 2 diyabette iki temel sorun ortaya çıkmaktadır; birincisi bozulmuş insülin salgılanması, ikincisi insülin direncidir (53). Diyabetli bir kişide glikoz hücre içine giremez ve kandaki glikoz düzeyi artarak hiperglisemi gelişir. Bunun sonucunda zamanla dokularda harabiyet meydana gelmektedir (50). Yaşlıların %10 ile %30'u hiperglisemik durumlar yaşamaktadır, bu yaşla birlikte fiziksel hareketlerin azalması, vücudun yağ dokularında artışa bağlı olarak gelişmektedir (53).

Yaşlı diyabetli hastaların %90'ında tip 2 diyabet görülmektedir. Pankreas beta hücrelerinde otoimmüniteye bağlı olamayan hafif bir azalma görülmektedir. Yaşlıların diyabete daha yatkın olmaları fiziksel aktivitelerde azalma, vücudun yağ dokusunda artış, insülin salgısında azalma, insülin direnci gelişmesi ve genetik yatkınlık olarak gösterilmektedir. Yaşlanmayla birlikte glikoz toleransında bozulmalar meydana gelmektedir. Bu durum daha çok obez yaşlılarda görülmektedir. Kas kütleindeki azalmalar ve yağ dokusundaki artış insülin direnci gelişmesinde önemli rol almaktadır. Özellikle abdominal obezite insülin direnci gelişmesinde çok önemli bir faktör olmaktadır. Zayıf yaşlılarda insülin salgısında azalma olurken, obez yaşlılarda insülin salgısı korunmuştur (18).

Uluslararası Diyabet Federasyonunun 2013 verilerine göre dünya nüfusunun %46'sı, 382 milyon kişi diyabet hastası, bu oranın 2035 yılında 592 milyona ulaşması beklenmektedir (50). ABD'de 65 yaş ve üstü bireylerde diyabet görülme sıklığı %25,9 olarak hesaplanmaktadır (54). TURDEP II sonuçlarına göre Türkiye'de diyabet oranı % 13,7 olarak saptanmıştır. Bilinen diyabetli oranı %54, yeni diyabetli sayısı % 45, prediyabetik ise % 28 olarak bulunmuştur (12). Diyabetli hastaların %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadırlar (50). Yaşlı diyabet hastalarında kronik ve akut diyabet komplikasyonlarının gelişme riski daha fazla; bunlara bağlı

mortalite ve morbidite daha sıktır. Diyabet yaşlının hareketlerini kısıtlamakta ve yaşam kalitesini bozmaktadır (18).

Yaşlılarda diyabet belirtileri genç erişkinlere göre farklılık gösterebilmektedir. Yaşlanma ile birlikte glikozun renal eşik değerinin artması, susama duyusunda azalma gibi fizyolojik değişiklikler yaşlılarda diyabet tablosunda değişiklik göstermektedir. Geriatrik bireylerde, diyabetin klasik semptomları olan poliüri, polidipsi ve polifaji görülmeyebilir. Yaşlılarda diyabet belirtisi olarak konfüzyon, halsizlik, sık idrara çıkma daha sık görülmektedir. Diyabetli yaşlı bireylerin hastaneye ilk başvurma sebepleri ise diyabetin komplikasyonları olabilmektedir (55, 56, 57).

Yaşlı ve yetişkinler için diyabet tanı kriterleri aynıdır (55). Amerikan Diyabet Birliği'ne (ADA) göre diyabet kriterleri:

- Açlık kan şekeri değeri ≥ 126 mg/dL veya daha yüksek olması
- Rastgele ölçülen glikoz değeri ≥ 200 mg/dL artı diyabete ait bir semptom
- İki saatlik glikoz tolerans testi ≥ 200 mg/dL olması (52, 55).

2.3.1. Diyabetin Yüğü

Düşük ve orta gelirli ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalık yüğü; küreselleşme, hızlı ve plansız şehirleşme ve hareketsiz yaşamın etkisiyle daha da artmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, 4 temel davranışsal faktörün azaltılmasıyla önlenbilir. Bunlar; tütün kullanımı, hareketsizlik, alkol kullanımı ve sağlıksız beslenmedir. Yeterince hareketli olmayan insanlar %20 ile %30 mortaliteye bağlı risk altındadırlar. Düzensiz fiziksel aktivite hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi hastalıklara yol açmaktadır (58). Sağlıksız beslenme yüzünden beden kitle indeksinin (BKİ) artmasına bağlı olarak kalp hastalıkları, felç ve diyabet riski giderek artmaktadır (58, 59).

Tip 2 diyabet yaygın bir hastalık ve ciddi bir küresel sağlık sorunudur. Çoğu ülkede diyabet hızla artmaktadır ve bunun nedeni olarak yaşlanan toplum, artan kentleşme, beslenme şekli, yetersiz fiziksel aktivite ve sağlıksız davranışlar gösterilmektedir. Diyabet komplikasyonları, yaşam kalitesini düşürür, sakatlıklara ve ölüme yol açar. Diyabet hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde böbrek yetmezliğinin başlıca sebeplerinden biridir. Gelişmiş ülkelerde diyabetli kişilerde alt

ekstremitte amputasyonlarının, diyabetik olmayanlara göre 10 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca travmatik olmayan bütün alt ekstremitte amputasyonlarının yarısından fazlasının nedeninin diyabet olduğu belirtilmiştir. Gelişmiş ülkelerde görme bozukluklarının ve körlüğün başlıca sebebi diyabet olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca tüberküloz riskinin diyabetli kişilerde üç kat daha fazla olduğu saptanmıştır (58). Diyabet ve diyabete bağlı komplikasyonlar hastalık yükünü artıran temel faktörlerdendir.

Yaşlı diyabetli hastalarda diyabetin komplikasyonlarına daha sık rastlanmaktadır. Bu hastaların hastaneye yatış oranı, diyabeti olmayanlara göre 5 kat daha fazladır (18). Yaşlı diyabetli hastaların günlük yaşam aktivitelerinde zorlandıkları ve artan glikoz düzeyi ile bozulmuş fiziksel fonksiyon arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır (25, 26). Ayrıca yaşlı diyabetli hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyleri de yüksek bulunmuştur. Depresyonu olan diyabetli hastalarda, diyabetin belirtilerinin diyabeti olmayanlara göre daha ağır olduğu belirtilmiştir Bu durum; hastalığa uyumu, yaşam kalitesini, tedaviye uyumu ve hastalığın prognozunu olumsuz etkileyerek, hastalık yükünü artırmaktadır. (19, 20, 29).

Bireyler üzerinde neden olduğu hastalık yükü ile birlikte diyabet; aileler, ülkeler ve sağlık sistemi üzerine de önemli oranda ekonomik yük getirmektedir. Diyabetli kişiler, diyabeti olmayanlara göre sağlık bakımına üç kat daha fazla ihtiyaç duymakta ve diyabet tedavisi sağlık bütçelerinin %15'ini kapsamaktadır (58). 2013 yılında dünya çapında diyabet için yapılan sağlık harcamaları bütün sağlık harcamaların %10,8 oluşturmuştur. Diyabet tedavisi ve komplikasyonlarını yönetmek için küresel sağlık harcamaları, 2013 yılında 548 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. Bu rakamın 2035 yılında 627 milyar olması öngörülmektedir. Diyabetli bireyler için yapılan sağlık harcamalarının en büyük kısmı 60-69 yaş arası bireyler için yapıldığı belirtilmiştir (50). Bu nedenle özellikle yaşlı nüfusta diyabetin ekonomik yükünü azaltmak için, hastalığın komplikasyonlarının ve hastalık yükünün kontrol altına alınması gerekmektedir.

2.3.2. Hastalığı Kabul

Kronik hastalığı olanların, hastalığa daha iyi uyum sağlayabilmek ve hastalıkla baş edebilmek için hastalığı kabullenmeleri gerekmektedir (31, 60). Kronik

hastalıklara iyi uyum ve yüksek kabul durumu, komplikasyonları önlemek ve stresi azaltmak için son derece önemlidir (60). Kabul etmek, bireyin sağlığını sınırlılıklara, engellere ve bozukluklara rağmen üst düzeyde tutabilmesini, karşılaştığı durumla baş edebilmesini ve dolayısıyla yaşam kalitesinin iyileşmesini sağlamaktadır (31). Kronik hastalıklar normal günlük yaşamı sınırladığı için hastalar uyum güçlükleri gösterebilir. Ömür boyu devam ettiği, tam olarak tedavi edilemediği ve bireyin fonksiyonlarını kısıtladığı için, kronik hastalığı kabullenmek zor bir süreçtir (31,33). Kronik hastalık bireyin hayatını ve günlük yaşam aktivitelerini etkilemekte, hastalığı kabullenmek daha iyi uyum ve hastalıkla baş etmeyi sağlamaktadır (61). Bireyin hastalığı kabul etmesi, hastalığın getirdiği olumsuzlukların azalmasına neden olmaktadır (31, 32).

Bireyin hastalığı kabullenme aşamasında aile desteği çok önemlidir. Ailesi tarafından desteklenenler hastalığı daha çabuk kabullenip, daha iyi uyum sağlayabilmektedir (33, 34, 35). Diyabet uyum sağlanması ve kabul edilmesi zor bir hastalıktır; çünkü hastanın yaşam tarzını değiştirmesi gerekmektedir (34). Yapılan bir çalışmada, diyabetin olası komplikasyonları ve hastalık hakkında alınan detaylı bilgi sonucunda, hastaların endişe ve kaygı düzeylerinin arttığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarının fazla bilgi vermeleri sonucunda hastaların kendilerini yetersiz hissettikleri saptanmıştır (35, 37).

Kronik hastalığa sahip olan kişiler, olumsuz düşünceler ve umutsuzluk sonucunda hastalıkla savaşıma güçlerini yitirebilirler. Bu durum, hastalığı kabulü olumsuz etkilemektedir. Diyabetli hastalarla yapılan çalışmalar sonucunda, kadınların erkeklere göre daha yüksek umutsuzluk düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir (37, 38). Hastalığı kabul etmemek psikiyatrik sorunlara neden olabilmektedir. Sedef hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışma sonucunda, hastalığı kabul durumu yüksek olan bireylerin, somatizasyon, obsesif- kompulsif bozukluk, anksiyete gibi psikopatolojik semptomları daha az yaşadıkları saptanmıştır (60).

2.3.3.Diyabetin Yükü ve Hastalığı Kabulün Hemşirelik Mesleği Açısından Önemi

Kronik bir hastalık olan diyabet, bireyin yaşamını etkileyen, küresel bir sağlık sorunudur (40). Diyabet sıklığı yaşla orantılı olarak artmaktadır ve yaşlı nüfusta tip 2

diyabet görölme sıklığı daha fazladır (13,14).Yaşlı hastalar, adaptasyon kapasitelerinin azalması nedeniyle hastalığın getirdiği değişikliklere uyum sağlamakta zorlanmaktadırlar, bu nedenle hemşirelerin yaşlıların bu özelliklerini dikkate alması gerekmektedir (40). Yaşlı diyabetli hastaların diyabeti olmayanlara göre hastaneye yatış oranları 5 kat daha fazladır, bu da hastalığın yükünü daha fazla hissetmelerine neden olmaktadır (18).Diyabetin komplikasyonları diğer kronik hastalıklar ile birlikte, yaşlıların diyabetin yükünü arttırmaktadır (40,62). Yükün belirlenmesi hastalar ve hemşireler açısından önem taşımaktadır. Yaşlı diyabetli bireylerin yükünü belirlemek, sağlık çalışanlarının daha etkili ve kaliteli bir bakım planlamasını ve hasta memnuniyetinin artmasını sağlayabilir (62). Yaşlı diyabetli bireylere doğru ve etkili bir bakım uygulanabilmesi için diyabetin yükünü belirlemek gerekmektedir.

Kronik hastalığı olanların, hastalığa daha iyi uyum sağlayabilmek ve hastalıkla baş edebilmek için hastalığı kabullenmeleri gerekmektedir (31, 60). Hastalığı kabul etmek, hastalığa karşı pozitif bir tutum oluşturmakta ve bireyin bu durumla baş etmesini kolaylaştırmaktadır (63). Hemşire, bireye hastalığını kabul etmesinde ve hastalığını yönetmesinde yardımcı olmaktadır (63). Hemşire hastanın bireysel gereksinimlerini göz önünde bulundurarak; hasta ile birlikte bakımını planlamaktadır (40). Kronik hastalığının varlığını kabul edenler, tedaviye daha iyi uyum sağlayarak, gerekli yaşam tarzı değişikliklerini yaparak, hastalığını daha iyi yönetebilmektedir.

Sağlık çalışanlarının diyabetli bireye kaliteli bakım verebilmesi için hastaların hastalığı kabul durumunu ve diyabet yükünü belirlemesi gerekmektedir. Böylece sağlık çalışanları kabulün ve yükün derecesine göre bakımı planlayabilecek, verilen bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti artacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, huzurevinde kalan yaşlı diyabetli hastalarda diyabet yükünü ve hastalığı kabul durumlarını belirleyip, diyabet yükü ve hastalığı kabul arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ve 75.yıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde kalan yaşlı diyabetli hastalarla yapılmıştır.

Seyranbağları Huzurevi 3 blok ve 4 kattan oluşmaktadır. Kurum, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı olarak tüm gün kesintisiz hizmet vermektedir. Huzurevinde 12 hemşire çalışmaktadır, kurumda gündüz 2, gece 1 hemşire bulunmaktadır. Hemşirelerin hastaların ilaçlarını verme, gerektiğinde kan şekeri ve kan basıncı kontrollerini yapma, ayrıca bakım verici personeli denetleme görevleri bulunmaktadır. Kurumda sürekli doktor bulunmamaktadır. Salı ve Perşembe günleri gelen doktor gereksinimi olan yaşlıları muayene etmektedir. Kurumda ayrıca 1 dış hekimi, 1 fizyoterapist, 2 diyetisyen, 1 kuaför, 1 berber, 1 el işi öğretmeni (kış döneminde sadece), yaklaşık 100 bakım verici personel bulunmaktadır. Huzurevinin kapasitesi 220 yaşlıdır. Huzurevinin tamamında merdivenler kaydırmaz döşemelerle kaplı olup, merdiven kenarlarında, odalarda ve lavabolarda korkuluklar bulunmaktadır. Ayrıca görme engelli yaşlılar için zeminin bir kısmı yön gösterici kabartmalı döşemelerle kaplanmıştır. Diyabetli hastaların kan glikozu 15 günde 1, üç günlük arka arkaya izlem ile hemşire tarafından değerlendirilmektedir. Bunun dışında hastaların talebi olduğu kan glikoz takibi yapılmaktadır. Diyabetli hastalara diyetisyen kontrolünde özel diyet çıkmaktadır. İnsülin kullanan yaşlıların enjeksiyonları hemşireler tarafından uygulanmaktadır.

75.yıl huzurevi 7 bloktan oluşmaktadır, A- blok çok amaçlı salon, restoran ve pastanenin bulunduğu blok, B-blok idari işlerin yürütüldüğü blok, C-blok özel bakım ünitesi (Alzheimer, demansı ve bakıma ihtiyacı olan hastalar bulunmaktadır), D, E, F-bloklar mobilize huzurevi sakinlerinin odalarının bulunduğu alan, G-blok 10 kattan

oluşan ve süit odaları bulunan bloktur. Ayrıca kurumda spor salonu, havuz, hobi odası, kütüphane, resim odaları ve pastane bulunmaktadır. Kurum, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı tüm gün kesintisiz hizmet vermektedir. Huzurevinde toplam 11 hemşire bulunmaktadır. Gündüzleri 4, gece ise 2 hemşire çalışmaktadır. Yaşlılar kendi ilaçlarını kendileri almaktadır fakat kendi ilacını alamayacak durumda olanlara ilaçlarını hemşireler vermektedir. Kurumun doktoru bulunmamaktadır. Salı günleri aile hekimi kuruma gelerek, gereksinimi olan yaşlıları muayene etmekte; ilaçlarını reçetelendirmektedir. Çarşamba ve Cuma günleri kontrolleri olan hastalar Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesine nakil aracı ile gönderilmektedir. Huzurevinin kapasitesi toplam 300 yaşlıdır. Huzurevinde hemşireler dışında 13 bakım verici personel, 3 fizyoterapist, 2 diyetisyen, 1 kuaför ve 1 berber bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma tanımlayıcı tipte olup, Ankara'da Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı iki huzurevinde bulunan tüm diyabetli yaşlılar evreni oluşturmuştur. Araştırmaya, en az altı aydır tip 2 diyabet tanısı ile izlenen, orta ve ileri evre demansı olmayan, sözel iletişim kurabilen, 65 yaş ve üzeri hastalar alınmıştır.

Çalışmanın örnekleminin hesaplanmasında güç analizi kullanılmıştır. Buna göre; %85 güçte ve $\alpha = 0.05$ düzeyinde örneklem genişliği 64 yaşlı olarak belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırmanın verileri "Anket Formu" (Ek 2), "Yaşlılarda Diyabetin Yükü Ölçeği" (Ek 3) ve "Hastalığı Kabul Ölçeği" (Ek 4) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Anket Formu(Ek 2)

Anket Formu araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır (25, 29, 30, 31, 62, 64, 65). Form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm diyabetli hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bilgiler içermektedir. Bu bölüm, diyabetli hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvencesi, başka

kronik hastalık durumu ve huzurevine ilişkin sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölümde hastaların diyabete ilişkin özellikleri yer almaktadır. Bu kapsamda diyabetin süresi, tedavi şekli, egzersiz yapma durumu, ilaç kullanma durumunu, ailede diyabet hastası olma durumu, diyabet eğitimi alma durumu ve diyabete bağlı kronik komplikasyon gelişme durumu içeren sorular bulunmaktadır.

3.4.2. Yaşlılarda Diyabetin Yüğü Ölçeği (Ek 3)

Yaşlılarda Diyabetin Yüğü Ölçeği, 2003 yılında, Japonya'da Araki ve Ito tarafından yaşlı diyabetli bireylerin diyabet yükünü ölçmek amacıyla geliştirilen bir araçtır. Yaşlılarda Diyabetin Yüğü Ölçeği, 23 maddelik likert tipi bir ölçektir. Ölçek 6 alt faktörden oluşmaktadır: semptom yüğü (4 madde), sosyal yük (5 madde), diyet kısıtlamalarından kaynaklanan yük (4 madde), diyabet hakkında endişeden kaynaklanan yük (4 madde), tedavi memnuniyetsizliğine ilişkin yük (3 madde), oral antidiyabetik veya insülden kaynaklanan yük (3 madde) (66).

Ölçeğin Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Usta ve Esen (2012) tarafından yapılmıştır. "Yaşlılarda Diyabetin Yüğü Ölçeği" 23 maddelik bir ölçektir, Türk toplumuna uyarlanması aşamasında ön uygulama sonrası yaşlı diyabetli bireylerin ölçekte yer alan iki maddeyi (madde 19-"Şeker kontrolü de dahil olmak üzere diyabet tedavinizin labarotuar sonuçlarından ne kadar memnunsunuz?" ve madde 20-"Kan şekeri düzeylerinizden ne kadar memnunsunuz?") aynı olarak algılaması üzerine, iki maddenin birleştirilmesine karar verilmiş; "Diyabet tedavinizin kan şekeri ve laboratuar sonuçlarından ne kadar memnunsunuz?" şeklinde uyarlanarak; 22 maddelik ölçeğin Türkçe formu oluşturulmuştur. Ölçeğin tamamının Cronbach Alpha katsayısı 0.92 bulunmuştur. Ölçeğin faktör analizi Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı 0.89 bulunmuştur. Yaşlılarda Diyabetin Yüğü Ölçeğinin toplam puanı, altı alt ölçeğin puanlarının toplanmasıyla hesaplanır. Ölçeğin alt boyutlarının puan aralıkları şöyledir: Semptom Yüğü (puan aralığı 0-16), Sosyal Yüğü (puan aralığı 5-20), Diyet Kısıtlamasından Kaynaklanan Yüğü (puan aralığı 4-16), Diyabet Hakkındaki Endişeden Kaynaklanan Yüğü (puan aralığı 4-16), Tedavi Memnuniyetsizliğine İlişkin Yüğü (puan aralığı 2-8), Oral Antidiyabetik veya İnsülden Kaynaklanan Yüğü (puan aralığı 3-12). Ölçeğin toplam puan aralığı 18-88'dir. Ölçek puanlarındaki artış o alandaki yükün artışına; puanlardaki azalma ise o

alandaki yükün azlığına işaret etmektedir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır (67).

3.4.3. Hastalığı Kabul Ölçeği (Ek 4)

Hastalığı Kabul Ölçeği 1984 yılında Amerika’da Felton ve ark. tarafından geliştirilmiştir (68). Hastalığı Kabul Ölçeği sekiz maddeden oluşan, likert tipte bir ölçektir. Ölçeğe verilen cevaplar: 1 “Tamamen Katılıyorum” ile 5 “Hiç Katılmıyorum” arasında değişmektedir, ölçeğin 6. maddesi ters puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkiye için geçerlik-güvenirlik çalışması Besen ve Esen (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.79 olarak saptanmıştır. Ölçeğin faktör analizinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı 0.75 bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 8 en yüksek puan ise 40’tır. Ölçekte kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçek puanının azalması kabulün eksikliği anlamına gelmekte, kötü uyum ve ciddi fiziksel rahatsızlığı göstermektedir. Ölçek puanının artması hastalık durumunun kabulü anlamına gelmektedir, hastalıkla ilgili negatif duyguların olmadığını göstermektedir (31).

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması Seyranbağları Huzurevi’nde kalan ve kriterlere uyan 6 diyabetli hasta ile 1-3 Aralık 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra veri toplama formunda değişiklik yapılmadığı için, ön uygulamaya katılan 6 yaşlı örnekleme dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ve 75.yıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi’nde kalan yaşlı diyabetli hastalar ile 4 Aralık 2014 – 31 Aralık 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlı bireyler ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplanmıştır. Araştırma öncesinde hastalara araştırma konusunda bilgi verilerek araştırmaya katılma konusunda sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması ortalama 30-45 dakika sürmüştür.

Seyranbağları Huzurevi'nde kriterlere uyan yaşlı diyabetli sayısı 20'dir, bu kişilerden 4'ü araştırmaya katılmayı reddetmiş ve görüşme 16 kişi ile gerçekleştirilmiştir. 75. Yıl Huzurevi'nde kriterlere uyan yaşlı diyabetli sayısı 55'tir, bu huzurevinde 7 kişi araştırmaya katılmayı reddettiği için veri toplama görüşmeleri 48 kişi ile yapılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 20 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır.

Diyabetin Yüğü Ölçeği ve Hastalığı Kabul Ölçeği puanları Kolmogorov-Smirnov testine göre normal dağılım göstermemiştir (0,115, $p=0,034$; 0,186, $p=0,001$). Bu sonuçlara göre analizler parametrik olmayan yöntemler kullanılarak yapılmıştır.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden frekans tabloları, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Parametrik olmayan testlerden, bağımsız 2 grubun ölçek puanları ile karşılaştırması için Mann-Whitney U Testi, bağımsız 3 veya daha fazla grubun ölçek puanları ile karşılaştırması için Kruskal-Wallis H Testi kullanılmıştır. 3 veya daha fazla grubun karşılaştırması sonucu istatistiksel olarak anlamlı sonuca ulaşanların, farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Bonferroni düzeltmeli 2 grup karşılaştırmaları yapılmıştır. Ölçek puanlarının birbirleriyle olan ilişkisinin yönü, derecesi ve anlamlılığı Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada kullanılan "Yaşlılarda Diyabetin Yüğü Ölçeği"(Bkz. Ek 5.5) ve "Hastalığı Kabul Ölçeği"(Bkz. Ek 5.6) için yazardan yazılı izin elektronik posta yolu ile alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır (Bkz. Ek 5.1, 5.2, 5.3, 5.4). Araştırmanın yürütülebilmesi için Turgut Özal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 17.10.2014 tarihli 99950669/333 sayılı numaralı izin alınmıştır (Bkz. Ek 1). Araştırma öncesinde hastalara araştırma konusunda bilgi verilerek araştırmaya katılma konusunda sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Bkz. Ek 6).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Ankara'da, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı iki huzurevinde bulunan yaşlı diyabetli hastalarla yapılmıştır. Araştırmanın örneklem grubu, bu huzurevlerinde kalan ve kriterlere uyan 64 hasta ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde hastaların sosyo-demografik özellikleri, diyabete ilişkin özellikleri, diyabet yükünü ve hastalığı kabul durumlarını etkileyen faktörlere ilişkin bulgular yer almaktadır

Tablo 4.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikleri	Sayı (n=64)	%
Cinsiyet		
Kadın	34	53,1
Erkek	30	46,9
Yaş ($\bar{X} \pm SD \rightarrow 79,2 \pm 6,2$)		
65-74 Yaş	14	21,9
75-84 Yaş	34	53,1
85 Yaş ve Üzeri	16	25,0
Medeni Durumu		
Evli	9	14,0
Bekar	9	14,0
Dul	46	72,0
Eğitim Durumu		
İlkokul ve ↓*	18	28,1
Ortaokul ve Lise	26	40,6
Üniversite	20	31,3
Sosyal Güvence		
Var	59	92,2
Yok	5	7,8
Huzur Evinde Kalma Süresi		
5 Yıl ve ↓	41	64,1
6 Yıl ve ↑	23	35,9
Huzur Evinde Kalmaktan Memnuniyet		
Memnunum	55	85,9
Kısmen Memnunum/Memnun Değilim	9	14,1
Tanı Konulan Başka Kronik Hastalık		
Yok	3	4,7
Var	61	95,3

*6 kişi okur-yazar değil

Yaşlıların tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1’de bulunmaktadır. Araştırmaya katılan yaşlıların cinsiyetinin %53,1’inin kadın, yaş ortalamasının $79,2 \pm 6,2$, en sık rastlanılan yaş grubunun 75-84 yaş grubu olduğu (%53,1) tespit edilmiştir. Yaşlıların %72,0’sinin dul, % 40,6’sının ortaokul ve lise mezunu, %92,2’sinin sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir. Yaşlıların %64,1’inin 5 yıl ve daha az süredir huzur evinde kaldığı, %85,9’unun huzur evinde kalmaktan memnun olduğu saptanmıştır. Yaşlıların %95,3’ünün doktor tarafından tanı konulan başka bir kronik hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Tanısı konulan başka kronik hastalığı olanların %70,5’lik bir kısmında kalp-damar hastalıkları, %9,8’lik bir kısmında nörolojik sistem hastalıkları, %8,2’sinde ise onkolojik hastalıkların olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Yaşlıların Diyabete İlişkin Özellikleri

Diyabete İlişkin Özellikler	Sayı (n=64)	%
Ailede Diyabet Varlığı		
Evet	26	40,6
Hayır	38	59,4
Diyabetli Kişinin Yakınlığı		
Anne	7	27,0
Baba	2	7,7
Kardeş	7	27,0
Çocuk	1	3,8
Anne ve Baba	1	3,8
Anne ve Kardeş	6	23,1
Baba ve Kardeş	1	3,8
Hepsi*	1	3,8
Diyabet Süresi		
3 Yıl ve ↓	19	29,7
4 ile 9 Yıl Arası	14	21,9
10 Yıl ve ↑	31	48,4
Diyabet Tedavi Şekli		
Diyet ve Oral Antidiyabetik	42	65,6
Diyet ve İnsülin	11	17,2
Diyet, Oral Antidiyabetik ve İnsülin	11	17,2
İlaçlarını Kendisi Kullanma Durumu		
Evet	47	73,4
Hayır	17	26,6
Komplikasyon Gelişme Durumu		
Evet	33	51,6
Hayır	31	48,4
Oluşan Komplikasyonun Türü		
Retinopati	21	63,7
Nöropati	3	9,1
Retinopati ve Nefropati	2	6,1
Retinopati ve Nöropati	2	6,1
Retinopati ve Ayak Yarası	1	3,0
Retinopati ve Amputasyon	1	3,0
Retinopati, Nefropati ve Amputasyon	1	3,0
Retinopati, Nöropati ve Ayak Yarası	1	3,0
Hepsi**	1	3,0
Diyabet Eğitimi Alma Durumu		
Evet-Aldım	27	42,2
Hayır-Almadım	37	57,8
Diyabet Eğitiminin Etkisi		
Hiç	7	26,0
Kısmen	10	37,0
Çok	10	37,0

*Hepsi; Anne, Baba, Çocuk, Kardeş

**Hepsi; Retinopati, Nöropati, Nefropati, Ayak Yarası, Amputasyon

Yaşlıların diyabete ilişkin özellikleri Tablo 4.2’de yer almaktadır. Hastaların %40,6’sının ailesinde diyabet hastalığı görüldüğü, ailesinde diyabet görülen hastaların, annesi (%27,0) ve kardeşlerinde (%27,0) diyabet olduğu tespit edilmiştir. Örneklemin %48,4’ü 10 yıl ve üzeri süredir diyabet hastası olup; %65,6’sı diyet ve oral antidiyabetik ile tedavi edilmektedir. Yaşlıların %26,6’sının ilaçlarını kendilerinin kullanamadıkları tespit edilmiştir. İlaçlarını kendileri kullanamayan yaşlıların %82,4’ünün hemşireden yardım aldığı, %17,6’sının bakıcılarından destek aldığı tespit edilmiştir. Yaşlıların %51,6’sının diyabete bağlı kronik komplikasyon yaşadığı ve en sık rastlanan komplikasyon %63,7 ile retinopati olduğu saptanmıştır. Yaşlıların %42,2’sinin diyabet eğitimi aldığı; eğitim alan yaşlıların %37’sinin eğitimin kısmen etkili olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Yaşlıların Egzersiz Yapmaya İlişkin Özellikleri

Egzersiz Yapma Durumu	Sayı (n=64)	%	
Evet	37	57,8	
Hayır	27	42,2	
Haftalık Yapılan Egzersiz	$\bar{X} \pm SD$ (Hafta/Gün)	Min	Max
Yürüyüş (n=20)	5,95±1,90	2	7
Aerobik (n=15)	4,47±2,20	2	7
Fitness (n=2)	7,00±0,00	7	7

Yaşlıların yapmış oldukları haftalık egzersizlere ilişki bilgileri Tablo 4.3’te yer almaktadır. Yaşlıların %57,8’inin egzersiz yaptığı saptanmıştır. Yaşlıların yapmış oldukları egzersiz ortalamalarına göre, yürüyüş yapan yaşlıların yaklaşık olarak haftanın 6 günü yürüyüş yaptığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Yaşlı Diyabetli Hastaların Diyabetin Yüküne Göre Dağılımı

Diyabetin Yükü Ölçeği ($\bar{X} \pm SD \rightarrow 36,02 \pm 13,35$)	Sayı (n=64)	%	
Ortalamanın ↓	39	60,9	
Ortalamanın ↑	25	39,1	
Diyabetin Yükü Ölçeği	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max
TOTAL	36,02±13,35	18	83

Yaşlı diyabetli hastaların diyabetin yüküne göre dağılımları ve diyabet yükü ortalamaları Tablo 4.4'te yer almaktadır. Diyabet yükü ölçeğinden hastaların %60,9'u ortalamanın altında, %39,1'i ise ortalamanın üstünde puan almıştır. Diyabetin yükü ölçeğine ait ortalamanın $36,02 \pm 13,35$ olduğu ve diyabetin yükü ölçeğinden alınan en düşük puan 18, en yüksek puanın ise 83 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.5. Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Diyabetin Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n=64)	$\bar{X} \pm SD$	İstatistik*	p
Cinsiyet				
Kadın	34	$38,41 \pm 12,09$	Z=-2,162	0,031
Erkek	30	$33,30 \pm 14,37$		
Yaş ($\bar{X} \pm SD \rightarrow 79,17 \pm 6,25$)	14	$40,29 \pm 17,09$	$X^2=1,689$	0,430
65-74 Yaş	34	$34,24 \pm 12,81$		
75-84 Yaş 85 Yaş ve ↑	16	$36,06 \pm 10,50$		
Medeni Durumu				
Evli	9	$27,00 \pm 5,94$	$X^2=5,933$	0,051
Bekar	9	$38,22 \pm 10,58$		
Dul	46	$37,34 \pm 14,29$		
Eğitim Durumu				
İlkokul ve ↓**	18	$34,89 \pm 10,0$	$X^2=0,853$	0,653
Ortaokul ve Lise	26	$37,54 \pm 14,16$		
Üniversite	20	$35,05 \pm 15,23$		

*İki bağımsız gruba ait ölçüm değerlerinin karşılaştırması için Mann-Whitney U testi istatistikleri, üç veya daha fazla bağımsız gruba ait ölçüm değerleri için Kruskal-Wallis H istatistikleri kullanılmıştır.

**6 kişi okur-yazar değil

Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre diyabetin yükü ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.5'te yer almaktadır. Yaşlıların cinsiyetlerine göre diyabetin yükünden aldıkları puan açısından karşılaştırıldıklarında, kadın ve erkekler arasında diyabetin yükü ölçeğinden aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Kadınların erkeklerden daha yüksek diyabet yükü ortalamasına sahip olduğu ve diyabetin yükünü daha fazla hissettikleri belirlenmiştir. Yaş, medeni durum ve eğitim durumu açısından diyabet yükü ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.6. Yaşlıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Diyabetin Yükü Ölçeği ile İlişkisi

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n=64)	$\bar{X} \pm SD$	İstatistik*	p
Huzur Evinde Kalma Süresi 5 Yıl ve ↓ 6 Yıl ve ↑	41 23	35,93±13,19 36,17±13,93	Z=-0,014	0,989
Huzur Evinde Kalmaktan Memnuniyet Memnunum Kısmen Memnunum/Memnun Değilim	55 9	34,80±12,64 43,44±15,91	Z=-1,721	0,085
Tanı Konulan Başka Kronik Hastalık Evet-Var Hayır-Yok	61 3	35,75±13,35 41,33±14,74	Z=-0,575	0,565

*İki bağımsız gruba ait ölçüm değerlerinin karşılaştırması için Mann-Whitney U testi istatistikleri, üç veya daha fazla bağımsız gruba ait ölçüm değerleri için Kruskal-Wallis H istatistikleri kullanılmıştır.

Yaşlıların tanımlayıcı özelliklerinin diyabetin yükü ölçeği ile ilişkisi Tablo 4.6'da yer almaktadır. Yaşlıların tanımlayıcı özelliklerinden, huzurevinde kalma süreleri, huzurevinde kalmaktan memnuniyet ve tanı konulan başka kronik hastalık açısından diyabetin yükü ölçeğinden aldıkları puan açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Yaşlıların Diyabete İlişkin Özelliklerinin Diyabetin Yükü Ölçeği ile İlişkisi

Diyabete İlişkin Özellikler	Sayı (n=64)	$\bar{X} \pm SD$	İstatistik*	p
Diyabet Süresi 3 Yıl ve ↓ ^A 4-9 Yıl ^B 10 Yıl ve ↑ ^{AB}	19 14 31	31,53±10,11 30,21±9,79 41,39±14,59	X²=9,534	0,009
Diyabet Tedavi Şekli Diyet ve Oral Antidiyabetik Diyet ve İnsülin Diyet, Oral Antidiyabetik ve İnsülin	42 11 11	34,21±13,10 39,63±15,09 39,27±12,31	X ² =3,153	0,207
İlaçları Kendinin Kullanması Evet Hayır	47 17	34,34±13,18 40,65±13,07	Z=-1,986	0,047
Diyabete Bağlı Kronik Komplikasyon Durumu Evet Hayır	33 31	40,73±14,50 31,00±9,97	Z=-2,885	0,004
Ailede Diyabet Evet Hayır	26 38	41,00±15,89 32,60±10,16	Z=-2,087	0,037

*İki bağımsız gruba ait ölçüm değerlerinin karşılaştırması için Mann-Whitney U testi istatistikleri, üç veya daha fazla bağımsız gruba ait ölçüm değerleri için Kruskal-Wallis H istatistikleri kullanılmıştır.

A, B, AB: Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar yapılarak, aralarında anlamlı farklılık olan gruplar aynı harf ile gösterilmiştir.

Yaşlıların diyabete ilişkin özelliklerinin diyabetin yükü ölçeği ile ilişkisi Tablo 4.7’de yer almaktadır. Yaşlıların diyabet süreleri ile hastalık yükü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını incelemek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucu, “3 yıl ve daha az” süredir diyabet olanlar ile “10 yıl ve üzeri” süredir diyabet olanlar arasında ($Z = -2,411$; $p = 0,015$) ve “4 ve 9 yıl arası” diyabet olanlar ile “10 yıl ve üzeri” süredir diyabet olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($Z = -2,637$; $p = 0,008$). “10 yıl ve üzeri” süredir diyabet olanların, diğer gruba göre diyabet yükü puanı ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yaşlıların ilaçlarını kendinin kullanması durumuna göre diyabetin yükü ölçeğinden aldıkları puan açısından karşılaştırıldıklarında, ilaçlarını kendileri alanlar ile ilaçlarını birinin desteği ile alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p>0.05$). İlaçlarını kendileri kullananların, ilaçlarını birinin desteği ile alanlara göre diyabetin yükü ölçeği açısından daha düşük ortalamaya sahip olduğu saptanmıştır.

Yaşlıların diyabete bağlı kronik komplikasyon yaşama durumlarına göre diyabetin yükü ölçeğinden aldıkları puan açısından karşılaştırıldıklarında, diyabete bağlı kronik komplikasyon yaşayanlar ile diyabete bağlı kronik komplikasyon yaşamayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Diyabete bağlı komplikasyon yaşayanların, diyabete bağlı komplikasyon yaşamayanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu saptanmıştır.

Yaşlıların ailelerinde diyabet hastası olma durumlarına göre diyabetin yükü ölçeğinden aldıkları puan açısından karşılaştırıldıklarında, ailesinde diyabet hastalığı görülen ile ailesinde diyabet hastalığı görülmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığa rastlanmamıştır ($p<0.05$). Ailesinde diyabet görülen yaşlıların, ailesinde diyabet görülmeyen yaşlılara göre diyabet yükü ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.8. Diyabetin Yükü Ölçeği ile Kronik Hastalık Sayısı ve Diyabete Bağlı Kronik Komplikasyon Sayısı Arasındaki İlişki

r*	Diyabetin Yükü Ölçeği	
Kronik Hastalık Sayısı	r=0,194	p=0,135
Kronik Komplikasyon Sayısı	r=0,216	p=0,228

*Spearman's Korelasyon testi kullanılmıştır

Diyabetin yükü ölçeği ile kronik hastalık sayısı ve diyabete bağlı kronik komplikasyon sayısı arasındaki ilişki Tablo 4.8'de yer almaktadır. Diyabetin yükü ölçeğinden alınan puanlar ile kronik hastalık sayısı ve kronik komplikasyon sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Diyabet Süresi ve Yapılan Egzersiz Süresi ile Diyabetin Yükü Arasındaki İlişki

Diyabetin Yükü Ölçeği	r*	p
Diyabet Süresi	0,345	0,005
Yapılan Toplam Egzersiz Süresi (hafta/gün)	-0,383	0,019

*Spearman's Korelasyon testi kullanılmıştır.

Diyabet süresi ve yapılan egzersiz süresi ile diyabetin yükü arasındaki ilişki Tablo 4.9'da yer almaktadır. Diyabetin yükü ölçeği ile diyabet süresi arasında düşük derecede, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,345$; $p=0,005$). Diyabet yükü ile yapılan toplam egzersiz arasında düşük derecede, ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,383$; $p=0,019$).

Tablo 4.10. Yaşlı Diyabetli Hastaların Hastalığı Kabul Durumuna Göre Dağılımı

Hastalığı Kabul Ölçeği ($\bar{X} \pm SD \rightarrow 27,52 \pm 7,20$)	Sayı (n=64)	%	
Ortalamanın ↓	30	46,9	
Ortalamanın ↑	34	53,1	
Hastalığı Kabul Ölçeği	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max
TOTAL	27,52±7,20	9	37

Yaşlı diyabetli hastaların hastalığı kabul durumuna göre dağılımları ve hastalığı kabul ortalamaları Tablo 4.10'da yer almaktadır. Hastalığı Kabul Ölçeğinden yaşlıların %53,1'i ölçeğin ortalamasından yüksek, %46,9'u ise ortalamanın altında puan almıştır. Hastalığı kabul ölçeğine ait ortalamanın $27,52 \pm 7,20$ olduğu ve hastalığı kabul ölçeğinden alınan en düşük puanın 9, en yüksek puanın ise 37 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.11. Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n=64)	$\bar{X} \pm SD$	İstatistik*	p
Cinsiyet				
Kadın	34	26,97±7,10	Z=-0,527	0,598
Erkek	30	28,13±7,39		
Yaş ($\bar{X} \pm SD \rightarrow 79,17 \pm 6,25$)	14	27,50±6,86	X ² =0,073	0,964
65-74 Yaş	34	28,03±6,74		
75-84 Yaş	16	26,44±8,70		
85 Yaş ve Üzeri				
Medeni Durumu				
Evli	9	27,22±7,53	X ² =0,146	0,930
Bekar	9	27,56±6,13		
Dul	46	27,56±7,48		
Eğitim Durumu				
İlkokul ve ↓**	18	26,22±8,19	X ² =0,439	0,803
Ortaokul ve Lise	26	28,15±6,62		
Üniversite	20	27,85±7,23		
Sosyal Güvence				
Var	59	28,15±6,81	Z=-2,100	0,036
Yok	5	20,00±8,30		

*İki bağımsız gruba ait ölçüm değerlerinin karşılaştırması için Mann-Whitney U testi istatistikleri, üç veya daha fazla bağımsız gruba ait ölçüm değerleri için Kruskal-Wallis H istatistikleri kullanılmıştır.

**6 kişi okur-yazar değil

Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre hastalığı kabul ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.11’de yer almaktadır. Sosyal güvencesi olanlar ile olmayanların hastalığı kabul ölçeğinden aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Sosyal güvencesi olanların hastalığı kabul ölçeğinden aldığı puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu açısından hastalığı kabul ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.12. Yaşlıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Hastalığı Kabul Ölçeği ile İlişkisi

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n=64)	$\bar{X} \pm SD$	İstatistik*	p
Huzur Evinde Kalma Süresi 5 Yıl ve ↓ 6 Yıl ve ↑	41 23	26,44±7,54 29,43±6,27	Z=-1,379	0,168
Huzur Evinde Kalmaktan Memnuniyet Memnunum Kısmen Memnunum/Memnun Değilim	55 9	27,36±7,50 28,44±5,34	Z=-0,243	0,808
Tanı Konulan Başka Kronik Hastalık Evet-Var Hayır-Yok	61 3	27,37±7,31 30,33±4,73	Z=-0,827	0,408

*İki bağımsız gruba ait ölçüm değerlerinin karşılaştırması için Mann-Whitney U testi istatistikleri, üç veya daha fazla bağımsız gruba ait ölçüm değerleri için Kruskal-Wallis H istatistikleri kullanılmıştır

Yaşlıların tanımlayıcı özelliklerinin hastalığı kabul ölçeği ile ilişkisi Tablo 4.12'de yer almaktadır. Huzur evinde kalma süresi, huzur evinde kalmaktan memnuniyet durumu ve tanı konulan başka kronik hastalık durumlarına göre hastalığı kabul ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.13. Yaşlıların Diyabete İlişkin Özelliklerinin Hastalığı Kabul Ölçeği ile İlişkisi

Diyabete İlişkin Özellikler	Sayı (n=64)	$\bar{X} \pm SD$	İstatistik*	p
Diyabet Süresi				
3 Yıl ve ↓ ^A	19	30,11±6,72	X²=7,121	0,028
4-9 Yıl ^B	14	29,86±5,96		
10 Yıl ve ↑ ^{AB}	31	24,87±7,25		
Diyabet Tedavi Şekli				
Diyet ve Oral Antidiyabetik	42	28,26±6,92	X ² =1,316	0,518
Diyet ve İnsülin	11	24,82±7,90		
Diyet, Oral Antidiyabetik ve İnsülin	11	27,36±7,63		
İlaçları Kendinin Kullanması				
Evet	47	29,04±6,84	Z=-2,629	0,009
Hayır	17	23,29±6,65		
Diyabete Bağlı Kronik Komplikasyon Durumu				
Evet	33	25,45±7,48	Z=-2,080	0,038
Hayır	31	29,71±6,30		
Ailede Diyabet				
Evet	26	26,77± 7,28	Z=-0,694	0,488
Hayır	38	28,03±7,21		

* İki bağımsız gruba ait ölçüm değerlerinin karşılaştırması için Mann-Whitney U testi istatistikleri, üç veya daha fazla bağımsız gruba ait ölçüm değerleri için Kruskal-Wallis H istatistikleri kullanılmıştır.

A, B, AB: Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar yapılarak, aralarında anlamlı farklılık olan gruplar aynı harf ile gösterilmiştir.

Yaşlıların diyabete ilişkin özelliklerinin hastalığı kabul ölçeği ile ilişkisi Tablo 4.13'te yer almaktadır. Yaşlıların diyabet süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını incelemek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucu, “3 yıl ve daha az” süredir diyabeti olanlar ile “10 yıl ve üzeri” süredir diyabeti olanlar arasında ($Z = -2,492$; $p = 0,006$) ve “4 ve 9 yıl arası” süredir diyabeti olanlar ile “10 yıl ve üzeri” süredir diyabeti olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($Z = -2,361$; $p = 0,008$). “10 yıl ve üzeri” süredir diyabet olanların, diğer gruba göre hastalığı kabul ölçeğinden aldıkları puan daha düşük ortalamaya sahip olduğu ve bu grubun hastalığı daha az kabul ettiği belirlenmiştir.

Yaşlıların ilaçlarını kendilerinin kullanması durumuna göre hastalığı kabul ölçeğinden aldıkları puan açısından karşılaştırıldıklarında, ilaçlarını kendileri alanlar ile ilaçlarını birinin desteği ile alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). İlaçlarını kendileri kullananların kabul puanı, ilaçlarını birinin desteği ile alanlara göre daha yüksektir.

Yaşlıların diyabete bağlı kronik komplikasyon yaşama durumlarına göre hastalığı kabul ölçeğinden aldıkları puan açısından karşılaştırıldıklarında, diyabete bağlı kronik komplikasyon yaşayanlar ile diyabete bağlı kronik komplikasyon yaşamayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Diyabete bağlı komplikasyon yaşamayanların, diyabete bağlı komplikasyon yaşayanlara göre hastalığı kabul ölçeğinden aldıkları puan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 4.14. Hastalığı Kabul Ölçeği ile Kronik Hastalık Sayısı ve Diyabete Bağlı Kronik Komplikasyon Sayısı Arasındaki İlişki

r*	Hastalığı Kabul Ölçeği	
	Kronik Hastalık Sayısı	r=0,004
Kronik Komplikasyon Sayısı	r=-0,260	p=0,144

*Spearman's Korelasyon testi kullanılmıştır.

Hastalığı kabul ölçeği ile kronik hastalık sayısı ve diyabete bağlı kronik komplikasyon sayısı arasındaki ilişki Tablo 4.14'te yer almaktadır. Hastalığı kabul ölçeği ile kronik hastalık sayısı ve kronik komplikasyon sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Diyabet Süresi ve Yapılan Egzersiz Süresi ile Hastalığı Kabul Arasındaki İlişkisi

Hastalığı Kabul Ölçeği	r*	p
Diyabet Süresi	-0,290	0,020
Yapılan Toplam Egzersiz (hafta/gün)	0,457	0,005

*Spearman's Korelasyon testi kullanılmıştır.

Diyabet süresi ve yapılan egzersiz süresi ile hastalığı kabul arasındaki ilişki Tablo 4.15'te yer almaktadır. Hastalığı kabul ile diyabet süresi arasında düşük derecede, ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Hastalığı kabul ölçeği ile yapılan toplam egzersiz süresi açısından orta derecede, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.16. Diyabetin Yükü ve Hastalığı Kabul Arasındaki İlişki

r*	Hastalığı Kabul
Diyabetin Yükü	r=-0,537 p=0,000

* Spearman's Korelasyon testi kullanılmıştır.

Diyabetin yükü ve hastalığı kabul arasındaki ilişki Tablo 4.16'da yer almaktadır. Yaşlılarda diyabetin yükü ölçeği ile hastalığı kabul ölçeği arasında orta derece, negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular iki başlık altında incelenmiştir.

-Hastaların Diyabet Yükünü Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

-Hastaların Hastalığı Kabul Durumlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

5.1. Hastaların Diyabet Yükünü Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışması

Diyabet, bireylerin üzerinde ciddi yükü olan küresel bir sağlık sorunudur (58). Yaşlı diyabetli bireylerin diyabet yükünü ve hastalığı kabul durumlarını incelediğimiz bu çalışmada, hastaların %60,9'u diyabetin yükü ölçeğinden ortalamanın altında puan almıştır. (Tablo 4.4). Çalışmamızda diyabetin yükü ölçeğinden alınan total ortalama $36,02 \pm 13,35$ iken, Yıldırım'ın (2007) çalışmasında $41,19 \pm 16,85$ olarak bulunmuştur (62). Yıldırım'ın çalışmasında diyabet yükü ortalamasının yüksek çıkma nedeni olarak, örneklemin huzurevi ile birlikte hastaneye başvuran yaşlı bireylerden oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yaşlılar muhtemelen diyabete ilişkin bir sağlık sorunu nedeniyle hastaneye başvurdukları için Yıldırım'ın çalışmasında yaşlıların yükü algılaması daha yüksek olabilir.

Çalışmamızda yaşlıların cinsiyetlerine göre diyabetin yüküne bakıldığında, kadınların erkeklerden daha yüksek diyabet yükü ortalamasına sahip olduğu ve diyabetin yükünü daha fazla hissettikleri belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.5). Diyabet yükü ölçeğinde yaş, medeni durum, eğitim durumu ve sosyal güvence açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p > 0,05$). Benzer şekilde Yıldırım'ın (2007) çalışmasında da kadınların erkeklere göre daha yüksek yük ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır (62). Gafvels ve Wandell (2006) ise çalışmasında, kadınların erkeklere göre diyabetle daha zor baş ettikleri saptanmıştır (69). Ayrıca diyabeti bulunan kadınların erkeklere göre yaşam kalitesinin düşük; anksiyete ve depresyon oranlarının yüksek olduğu bilinmektedir (21, 70, 71). Bu durum kadınların hastalıkla baş etmelerinin daha zayıf olması ile ilişkilendirilebilir. Bu nedenle, çalışmamızda yaşlı diyabetli kadınların hastalıkla baş etmede zorlandıkları ve yükü daha fazla hissettikleri düşünülebilir.

Çalışmamızda yaşlıların diyabet süreleri ile hastalık yükü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). "10 yıl ve üzeri" süredir diyabet olanların, daha az süredir hastalığa sahip olan gruba göre diyabet yükü puanı ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Kasteleyn (2015) çalışmasında diyabet süresi arttıkça diyabete bağlı sıkıntıların arttığını, bu sıkıntıların da mikrovasküler komplikasyonlar ve insülin tedavisinden

kaynaklandığını belirtilmiştir (72). Altunoğlu ve ark. (2012) çalışmasında diyabet süresi arttıkça ve ek hastalıklar oldukça depresyon ve anksiyete düzeylerinin de arttığını saptamıştır (21).

Çalışmamızda tedavi şekli ile diyabet yükü arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte insülin kullanan yaşlıların yükü daha yüksektir (Tablo 4.7). Benzer şekilde Yıldırım'ın (2007) çalışmasında insülin ile tedavi olanların yük ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (62). Çalışmamızda insülin kullanımının istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmaması örnek sayısının kısıtlılığı ile açıklanabilir. Çalışmamızda ilaçlarını birinin yardımı ile kullananların diyabetin yükü, kendileri kullananlara göre yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Bu durum; ilaçlarını kendisi kullanan yaşlıların hastalığı bağımsız olarak yönetmesi sonucu diyabetin yükünü daha az hissetmesi ile açıklanabilir. Çalışmamızda diyabete bağlı komplikasyon yaşayanların, yaşamayanlara göre daha yüksek yük ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Eren ve ark. (2004) yaptıkları çalışmada diyabete bağlı komplikasyon gelişmiş hastaların yaşam kalitesi düşük; depresyon ve anksiyete seviyeleri de yüksek bulunmuştur (70). Altunoğlu ve ark. (2012) yaptıkları araştırma sonucunda diyabete bağlı komplikasyonlar arttıkça depresyon ve anksiyete oranlarının arttığı saptanmıştır (21). Gafvels ve Wandell (2006) çalışmasında diyabetin komplikasyonları arttıkça, diyabetle başetmenin zorlaştığını saptamıştır (69). Çalışmamıza benzer şekilde literatürde de ortaya konduğu gibi, diyabete bağlı komplikasyon gelişen hastalar, komplikasyonların getirdiği ek yük nedeniyle diyabet yükünü daha yüksek algılamaktadır.

Çalışmamızda ailesinde diyabet görülen yaşlıların, görülmeyenlere göre diyabet yükü ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Demirtaş ve Akbayrak (2009) yaptıkları çalışmada, ailesinde diyabet görülen bireyler, diyabete ilişkin daha yüksek düzeyde endişe yaşamaktadır (35). Ailelerinde diyabet olan bireyler, aile fertlerinin diyabete ilişkin yaşadıkları sıkıntılara tanıklık ettiği için daha yüksek düzeyde endişe yaşıyor olabilirler.

Çalışmamızda diyabetin yükü ölçeği ile diyabet süresi arasında düşük derecede, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,345$; $p=0,005$). Diyabetin süresi arttıkça, diyabetin yükünün de düşük derecede artacağını; aynı şekilde diyabet süresinin azalması durumunda ise diyabet yükünün de düşük

derecede azalacağı saptanmıştır (Tablo 4.9). Diyabetin yükü ölçeği ile yapılan toplam egzersiz arasında düşük derecede, ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,383$; $p=0,019$). Çalışmamız bulgularına göre diyabet süresi ile birlikte komplikasyon sayısının da artması, hastaların yüksek düzeyde yük algılamasına neden olabilir.

Çalışmamızda yapılan toplam egzersiz süresi düşük derecede arttıkça, diyabetin yükünün düşük derecede azalacağı; aynı şekilde yapılan toplam egzersiz süresinin düşük derece azalması durumunda, diyabetin yükünün de düşük derecede artacağı tespit edilmiştir (Tablo 4.9). Literatürde diyabetin yükü egzersizin ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak egzersiz yapan diyabetli hastaların diyabetin kontrolünde egzersizin rolünü bildiği ve bunu hayata geçirdiği; hastalığı kabul ederek, duruma uyum sağladığı bu nedenle de algıladıkları yükün az olduğu düşünülebilir.

5.2. Hastaların Hastalığı Kabul Durumlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışması

Kronik hastalıklara uyum sağlamak ve hastalığı kabullenmek, stresi azaltmak ve hastalığın komplikasyonları önlemek için önemlidir (60). Çalışmamızda tip 2 diyabetli yaşlı bireylerin yarıdan fazlasının (%53,1) hastalığı kabul düzeyleri ortalamasının üzerindedir ve ölçek puan ortalaması $27,52\pm 7,20$ 'dir (Tablo 4.10). Çalışmamıza benzer şekilde Besen (2009) diyabet hastalarının hastalığı kabul düzeyleri ortalamasını $28,63\pm 5,62$ bulmuştur (63). Aynı çalışmada diyabetli bireylerin %53,7'si yüksek kabul durumuna sahip olduğu belirlenmiştir (63).

Çalışmamızda hastalığı kabul ölçeğinden alınan puanlar; cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumuna göre değişmemiştir (Tablo 4.11) ($p>0,05$). Çalışmamızın bulgularından farklı olarak; Besen (2009) çalışmasında eğitim durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılığa rastlanmıştır, ortaöğretim mezunlarının ortalaması en yüksek bulunmuştur (63). Literatüre baktığımızda kronik solunum yolu hastalarının, hastalığı kabulün yaş, medeni durum arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır; yaşlı hastaların kabul düzeyleri, gençlere göre daha düşük bulunmuştur, boşanmış hastaların da kabul seviyeleri düşük bulunmuştur (73). Kurpas ve ark. (2013) çalışmasında düşük eğitim seviyesine sahip olan hastaların

hastalığı kabul seviyeleri düşük bulunmuştur (74). Kartal ve ark. (2008) çalışmasında erkeklerin diyabet tutum puanları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (75). Çalışmamızda hastalığı kabul açısından belirtilen değişkenlere göre anlamlı fark bulunmamasının örneklem sayısının kısıtlılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda sosyal güvencesi olanların hastalığı kabul ölçeği puan ortalamasının olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.11). Besen (2009) çalışmasında gelir durumu kötü olanların hastalığı kabul seviyelerinin düşük olduğunu belirtmiştir (63). Diyabet kronik, tedavisi uzun süren ve ekonomik açıdan ciddi yükü olan bir hastalıktır (8). Sosyal güvencesi bulunmayan hastaların, diyabetin getirdiği ekonomik yükü karşılayamaması ya da bireysel çabalarıyla karşılaması sonucu, kabul düzeylerinin azaldığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastalığı kabul ölçeği puanları, huzurevinde kalma süresi, huzur evinde kalmaktan memnuniyet durumu ve tanı konulan başka kronik hastalık durumlarına göre değişmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.12). Çalışmamızdan farklı olarak, Besen (2009) çalışmasında başka bir kronik hastalığı olan bireylerin, olmayanlara göre hastalığı daha düşük düzeyde kabul ettiğini bulmuştur (63). Kurpas ve ark. (2013) çalışmasında, çok sayıda kronik hastalığı olanların kabul durumlarının düşük olduğunu belirtmiştir (74).

Çalışmamızda “10 yıl ve üzeri” süredir diyabet olanlar, hastalığı daha düşük düzeyde kabul etmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.13). Çalışmamızın aksine Besen (2009) çalışmasında yeni tanı alan bireylerin hastalığı kabul düzeyleri daha düşük bulunmuştur (63). Demirtaş ve Akbayrak (2009) çalışmasında da, 10 yıl ve üzeridir hasta olanlar hastalığı daha iyi kabullendikleri görülmüştür (35). Bu durum; Besen (2009) ve Demirtaş ve Akbayrak’ın (2009) çalışmalarında örnekleme sadece yaşlıların değil, yetişkin ve yaşlı diyabetlilerin oluşturması ile açıklanabilir. Bu nedenle yaşlılarda diyabeti kabulün diğer yaş gruplarından farklı olduğu; hastalık süresinin artması ile yaşlılarda diyabete çoğunlukla kronik komplikasyonların eşlik ettiği; bu durumun da hastalığı kabulü olumsuz etkilediği düşünülebilir.

Çalışmamızda ilaçlarını kendileri kullananların kabul puanı, ilaçlarını birinin desteği ile alanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13). İlaçlarını kendisi kullanan yaşlıların kendi hastalığının sorumluluğunu alarak; hastalıkla baş edebildiği; bu durumun hastalığa uyumu ve hastalığı kabulü artırdığı düşünülebilir.

Çalışmamızda diyabete bağlı kronik komplikasyon yaşamayanlar, diyabete bağlı komplikasyon yaşayanlara göre hastalığı daha yüksek düzeyde kabul etmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.13). Benzer şekilde Lewko ve ark.nın (2007) çalışmasında periferik diyabetik nöropatisi olan diyabetli hastaların, nöropatisi olmayanlara göre hastalığı kabul seviyeleri daha düşük bulunmuştur (76). Başka bir çalışmada, diyabetin komplikasyonları arttıkça diyabetle başetmenin daha zor olduğu saptanmıştır (69). Diyabete bağlı komplikasyonların gelişmesi hastalık yönetiminin ve hastalıkla baş etmenin düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca komplikasyonların gelişmesi, hastalık yükünü artırarak, kabul düzeyini düşürmektedir. Bu karşılıklı etkileşim, hastalığı kabulün üzerinde etkili olabilir.

Çalışmamızda hastalığı kabul ile diyabet süresi arasında zayıf derecede, ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.15). Diyabet süresi arttıkça, hastalığı kabulün de düşük derecede azalacağı; aynı şekilde diyabet süresinin azalması durumunda ise hastalığı kabulün de düşük derecede artacağı tespit edilmiştir. Bu durum hastalık süresi arttıkça kronik komplikasyon oranının artması ve hastalığı kabulün olumsuz etkilenmesi ile açıklanmıştır.

Hastalığı kabul ölçeği ile yapılan toplam egzersiz süresi açısından orta derecede, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Yapılan toplam egzersiz süresi orta derecede arttıkça, hastalığı kabul de orta derecede artacağı; aynı şekilde yapılan toplam egzersiz süresi orta derecede azaldıkça, hastalığı kabulün de orta derecede azalacağı saptanmıştır (Tablo 4.15). Arısoy (2013) çalışmasında egzersiz yapan yaşlı diyabetli hastaların sağlık inançlarının, egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (65). Egzersiz yapan yaşlı diyabetli hastalar, hastalıklarını daha iyi kabul etmekte, sağlıklarını daha olumlu algılamakta ve sonuç olarak diyabeti daha yüksek düzeyde kabul etmektedir.

Çalışmamızda yaşlılarda diyabetin yükü ölçeği ile hastalığı kabul ölçeği arasında orta derece, negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Diyabetin yükü arttıkça, hastalığı kabulün orta derecede azaldığı; aynı şekilde diyabetin yükü azaldıkça, hastalığı kabul orta derecede arttığı saptanmıştır (Tablo 4.16). Literatürde hastalığı kabul ile diyabet yükü arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak diyabetin, hastanın yaşantısı

üzerindeki tıbbi, sosyal, ekonomik ve diyet yükü düşünöldüğünde; bu faktörlerin hastalığı kabuldeki olumsuz etkisi kaçınılmaz bir durumdur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu bölümde yer almaktadır.

6.1.1. Hastaların Diyabet Yükünü Etkileyen Faktörlere İlişkin Sonuçlar

- Hastaların yarısından fazlası (%60,9) diyabetin yükü ölçeğinden, ortalamanın altında puan almıştır (Tablo 4.4).
- Yaşlı diyabetli kadınların ($38,41 \pm 12,09$), erkeklere ($33,30 \pm 14,37$) göre diyabetin yükünü daha fazla hissettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.5).
- Diyabetin yükü ölçeğinde yaş, medeni durum, eğitim durumu ve sosyal güvence açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.5).
- On yıl ve üzeri süredir diyabeti olanların ($41,39 \pm 14,59$), daha az süredir diyabet olanlara göre (3 yıl ve $\downarrow 31,53 \pm 10,11$; 4-9 yıl $30,21 \pm 9,79$) diyabetin yükünü daha fazla hissettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.7).
- Diyabet tedavi şekli ile diyabet yükü arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte insülin kullanan yaşlıların yükü daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7).
- Hastaların yarısından fazlası ilaçlarını kendisi kullanmakta ($n=47$) olup, ilaçlarını kendileri kullananların ($34,34 \pm 13,18$), ilaçlarını başkasının yardımı ile alanlardan ($40,65 \pm 13,07$) daha az yük hissettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.7).
- Diyabete bağlı kronik komplikasyon yaşayanların ($40,73 \pm 14,50$), yaşamayanlara göre ($31,00 \pm 9,97$) yükü daha fazla hissettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.7).
- Ailelerinde diyabet görülen bireylerin ($41,00 \pm 15,89$), görülmeyenlere göre ($32,60 \pm 10,16$) diyabetin yükünü daha fazla hissettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.7)
- Diyabetin yükü ölçeği ile diyabet süresi arasında düşük derecede, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,345$; $p=0,005$) (Tablo 4.9).

- Diyabetin yükü ölçeği ile yapılan toplam egzersiz arasında düşük derecede, ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,383$; $p=0,019$) (Tablo 4.9).

6.1.2. Hastaların Hastalığı Kabul Durumlarını Etkileyen Faktörlere

İlişkin Sonuçlar

- Hastalığı kabul ölçeğinin ortalamasının $27,52\pm7,20$ olduğu ve hastaların yarısından fazlasının (%53,1) hastalığı kabul ölçeğinden, ortalamanın üstünde puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.10).
- Yaşlıların cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumuna göre, hastalığı kabul ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.11).
- Sosyal güvencesi olan hastaların ($28,15\pm6,81$), olmayanlara göre ($20,00\pm8,30$) hastalığı daha fazla kabul ettikleri saptanmıştır (Tablo 4.11).
- Hastalığı kabul ölçeği puanları, huzurevinde kalma süresi, huzur evinde kalmaktan memnuniyet durumu ve tanı konulan başka kronik hastalık durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.12).
- 10 yıl ve üzeri süredir diyabet hastası olanların ($24,87\pm7,25$), diğer gruplara göre (3 yıl ve $\downarrow 30,11\pm6,72$; 4-9 yıl $29,86\pm5,96$) hastalığı daha az kabul ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.13)
- İlaçlarını kendileri kullanan yaşlılar ($29,04\pm6,84$), başka birinin desteğiyle alanlara ($23,29\pm6,65$) göre hastalığı daha yüksek oranda kabul etmektedir (Tablo 4.13)
- Diyabete bağlı kronik komplikasyon yaşayanlar ($25,45\pm7,48$), yaşamayanlara göre ($29,71\pm6,30$) hastalığı daha düşük düzeyde kabul etmektedir (Tablo 4.13)
- Hastalığı kabul ile diyabet süresi arasında düşük derecede, ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.15).
- Hastalığı kabul ile yapılan toplam egzersiz süresi arasında orta derecede, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.15).

- Yaşlılarda diyabetin yükü ve hastalığı kabul arasında orta derece, negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.16).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Yaşlı diyabetli hastaların hastalık yükünün ve hastalığı kabulünün hemşireler tarafından ele alınması,
- Yaşlı diyabetli kadınların diyabet yükü, erkeklere göre daha fazla olduğundan, diyabetin yükünü hafifletmek için öncelikle kadınların ele alınması,
- Uzun süredir diyabet hastası olanların ve diyabete bağlı kronik komplikasyon yaşayanların yükünün fazla ve hastalığı kabulün düşük olması nedeniyle; özellikle bu grubun daha fazla desteklenmesi,
- Yaşlı diyabetli bireylerin yaptığı toplam egzersiz süresi arttıkça diyabet yükü azaldığı ve hastalığı kabul arttığı için, diyabetli bireylerin egzersiz yapmaları için desteklenmeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kinsella, K. and Wan, H. (2009). U.S. Census Bureau: International Population Reports. An Aging World: 2008. Washington: U.S. Government Printing Office, DC.
2. Kutsal, Y.G. (2002). Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları, Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, Bölüm 1, Kutsal, Y.G. (Ed.). Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi
3. United Nations, New York (2013), Department of Economic and Social Affairs, World Population Ageing 2013 United Nations Publication ST/SEA/SER.A/348
4. Türkiye İstatistik Kurumu. (2014). İstatistiklerle yaşlılar 2013, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara
5. National Council on Aging, Center for Healthy Aging, Chronic Disease, (Erişim tarihi 23.07.2014), <http://www.ncoa.org/improve-health/center-for-healthy-aging/chronic-disease>
6. World Health Organization, Chronic Diseases and Health Promotion, (Erişim tarihi 23.07.2014), <http://www.who.int/chp/en/>
7. World Health Organization. (2013). Diabetes, (Erişim tarihi 05.08.2014), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
8. International Diabetes Federation. (2009). Diabetes Atlas, 4th Edition (Erişim tarihi 23.07.2014), <http://www.idf.org/sites/default/files/IDF-Diabetes-Atlas-4th-edition.pdf>
9. Centers for Disease Control and Prevention, Helping People To Live Long and Productive Lives and Enjoy a Good Quality of Life, At A Glance 2011, (Erişim tarihi 23.07.2014), <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/aging.htm>

10. European Diabetes Leadership Forum. (2014). The Burden of Diabetes in the EU, Brussels
11. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (2006). Türkiye’de Hastalık Yükü Çalışması 2004, Ankara
12. Satman, İ. ve TURDEP II Çalışma Grubu. (2011). TURDEP II Sonuçları, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
13. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara
14. Diabetes Prevention and Control Program Bureau of Chronic Disease Evaluation and Research New York State Department of Health, Adult Diabetes Prevalence in New York State, (Erişim tarihi 23.07.2014), https://www.health.ny.gov/diseases/conditions/diabetes/docs/adult_diabetes_prevalence.pdf
15. WHO Technical Report Series 916. (2003). Diet, Nutrition and The Prevention of Chronic Diseases, Report of a Joint WHO/ FAO Expert Consultation, World Health Organization, Geneva
16. Van Dieren, S., Beulens, J.W., van der Schouw, Y.T., Grobbee, D.E., Neal, B. (2010). The Global Burden of Diabetes and its Complications: An Emerging Pandemic, *European Journal of Preventive Cardiology*, 17(1): 3-8
17. American Diabetes Association. (2014). The Cost of Diabetes, (Erişim tarihi 04.08.2014), <http://www.diabetes.org/advocacy/news-events/cost-of-diabetes.html>
18. Beğer, T., Erdinçler, D.S., Çurgunlu A. (2009). Yaşlıda Diabetes Mellitus, *Akad Geriatri* 1: 20-30
19. Buzlu, S., Diyabetin Psikososyal Yönü, Diyabet Hemşireliği Derneği Kitabı, Bölüm 17, 195-203, (Erişim tarihi 23.07.2014), http://www.tdhd.org/dhd_kitap/17blm.pdf

20. U.S. Department of Health and Human Services.(2011). National Institute of Mental Health, Depression and Diabetes, NIH Publication No. 11-5003
21. Altunoğlu, E.G., Sarı , Z., Erdenen , F., Müderrisoğlu, C., Ülgen, E., Sarı, M. (2012). Tip 2 Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Diyabet Süresi ve Hb A1C Düzeyleri ile Depresyon, Anksiyete ve Yeti Yitimi Arasındaki İlişki, *İstanbul Tıp Dergisi*, 13(3):115-119
22. Çorapçıoğlu, D. (2013). Diyabetik Kadınlarda Seksüel Sorunlar, 49. Diyabet Kongresi, Antalya
23. Arslan,H., Diyabet ve Cinsel Sağlık, Diyabet Hemşireliği Derneği Kitabı, Bölüm 14, 157-162, (Erişim tarihi 06.08.2014), http://www.tdhd.org/dhd_kitap/14blm.pdf
24. Kirkman, M.S. et al. (2012). Diabetes in Older Adults: A Consensus Report, *Journal of The American Geriatrics Society*, 60(12), 2342-2356.
25. Günal, A., Başkurt, F., Başkurt, Z., Parpucu T.İ., Yücekaya B.(2012). Tip II Diyabetli Yaşlı Hastalarda Engel Algısı ve Fonksiyonel Yetersizlik ilişkisinin İncelenmesi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Enstitü Dergisi*, 3(1): 31-35
26. Sayer, A.A., Dennison, E.M., Syddall, H.E., Gilbody, H.J., Phillips, D.İ.W., Cooper, C. (2005). Type 2 Diabetes, Muscle Strength, and Impaired Physical Function, *Diabetes Care*, 28(10): 2541-2542
27. Karakurt, P., Aşilar, R.H., Yıldırım, A. (2013). Diyabetli Hastaların Öz-Bakım Gücü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(1): 1-9
28. Düzöz, G.T., Çatalkaya, D., Uysal, D.D. (2009). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, *Yeni Tıp Dergisi*, 26: 210-213
29. Bahar, A. (2006). Diabetes Mellituslu Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1)

30. Gökdoğan, F., Akıncı, F. (2001). Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1): 10-17
31. Besen, D.B., Esen, A. (2011). Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2): 155-164
32. Linveh, H., Antonak, R.F. (2005). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors, *Journal of Counseling & Development*, 83: 12-20
33. Hornsten, A., Sandstrom, H., Lundman, B. (2004). Personal Understandings of Illness Among People with Type 2 Diabetes, *Journal of Advanced Nursing*, 47(2): 174-182
34. Madhu, K., Sridhar, G.R. (2001). Coping with Diabetes: A Paradigm for Coping with Chronic Illness, *Int. J. Diab. Dev. Countries*, 21: 103-111
35. Demirtaş, A., Akbayrak, N. (2009). Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastaların, Hastalıklarına Uyum ve Kabullenme Kriterlerinin Belirlenmesi, *Anatol J Clin Investig*, 3(1): 10-18
36. Bahar, A. (2007). Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6): 147-158
37. Franciosi, M. et al. (2004). Correlates of Satisfaction for the Relationship with Their Physician in Type 2 Diabetic Patients, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 66: 277-286
38. Kumcağız, H., Ersanlı, K. (2008). Diyabet Hastalarının Umutsuzluk Düzeylerinin Cinsiyet ve Eğitim Durumlarına Göre İncelenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23: 123-128
39. Bahar, G., Bahar, A., Savaş, H.A. (2009). Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler", *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12): 87-98

40. Akdemir, N., Birol, L. (2011). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, Sistem Ofser, Genişletilmiş 3.Baskı, Ankara
41. Karan, M.A., Tufan, F. (2010). Yaşlanma Mekanizmaları, *Ege Tıp Dergisi*, 49(3): 11-17
42. Bulut, Ü., Özçakar, N. (2012). Nasıl Yaşlanıyoruz?, *Turkish Family Physician*, 3(1): 1-5
43. Karadakovan, A., Aslan, F.E. (2010). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Özyurt Matbaacılık, Nobel Kitabevi, Adana
44. Demirel, A., Bozdağ, G., Kart, C., Gürkan, T. (2006). Yaşlanma Fizyolojisi ve Olası Teoriler, *Türk Geriatri Dergisi*, 9(4): 250-255
45. Tiftik, S., Kayış, A., İnanır, İ. (2012). Yaşlı Bireylerde Sistemsel Değişiklikler, Hastalıklar ve Hemşirenin Rolü, *Akad Geriatri*, 4: 1-11
46. Büken, N.Ö. ve Büken, E. (2003). Yaşlanma Olgusu ve Tıp Etiği, *Türk Geriatri Dergisi*, 6 (2): 75-79
47. Bilir, N. (2006). Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları, *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25 (3): 1-6
48. Sevinç, S., Akyol, A.D. (2010). Cardiac Risk Faktors and Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease, *Journal of Clinical Nursing*, 19(9-10): 1315-1325
49. Karaoğlu, N., Karaoğlu, M.A. (2009). A Study on the Diseases of the Elderly in the Internal Medicine Outpatient Clinic of a Private Hospital, *Türk Geriatri Dergisi*, 12(3): 130-137
50. International Diabetes Federation. (2013). Diabetes Atlas, Sixth Edition (Erişim tarihi 20.01.2015), http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf
51. Ulusal Diyabet Kongresi Konsensus Grubu. (2013). Diyabet Yanı ve Tedavi Rehberi, Türkiye Diyabet Vakfı, Armoni Nüans Baskı Sanatları, Güncellenmiş 3. Baskı
52. American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, *Diabetes Care*, 37(1): S81- S90

53. Maschak-Carey, B.J. (2010). Assessment and Management of Patients With Diabetes Mellitus. In: Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H. (Ed). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Twelfth ed. Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins, 1196-1244
54. National Diabetes Statistics Report, 2014, (Erişim tarihi 20.01.2015), <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/statsreport14/national-diabetes-report-web.pdf>
55. Chau, D., Edelman, S.V. (2001). Clinical Management of Diabetes in the Elderly, *Clinical Diabetes*, 19(4): 172-175
56. Soe, K., Sacerdote, A., Karam, J., Bahtiyar, G. (2011). Management of Type 2 Diabetes Mellitus in The Elderly, *Maturitas* 70: 151-159
57. Rakıcıoğlu, N. (2006). Diyabetik Yaşlılarda Tıbbi Beslenme Tedavisi Yaklaşımları, *Türk Geriatri Dergisi* 9(1): 51-58
58. Dünya Sağlık Örgütü. (2010). Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu, (Erişim tarihi 20.01.2015), http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu.pdf
59. Mascie-Taylor, N., Karim, E. (2003). The Burden of Chronic Disease, *Science*, 302
60. Kostyta, M., Tabata, K., Kocur, J. (2013). İllness Acceptance Degree Versus Intensity of Psychopathological Symptoms in Patients whit Psoriasis, *Postepy Dermatologii i Alergologii* 30(3): 134-139
61. Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., Jedynek, T. (2013). Health-Related Behavior, Profile of Health Locus of Control and Acceptance of Illness in Patients Suffering from Chronic Somatic Diseases, *Plos One* 8(5)
62. Yıldırım, Y. (2007). **Yaşlılarda Diyabetin Yükü Ölçeğinin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi**, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir
63. Besen, D.B. (2009). **Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir

64. Ünsal, A., Demir, G., Özkan, A.Ç., Arslan, G.G. (2011). Huzurevindeki Yaşlılarda Kronik Hastalık Sıklığı ve İlaç Kullanımları, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(3) : 5-10
65. Arısoy, H. (2013). *Yaşlı Diyabetli Hastaların Hastalık ve Sağlığa İlişkin Tutumları*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara
66. Araki, A., İto, H. (2003). Development of Elderly Diabetes Burden Scale for Elderly Patients With Diabetes Mellitus, *Geriatrics and Gerontology International*, 3: 212-224
67. Usta, Y.Y., Esen, A. (2012). A Study of The Validity and Reliability of The “Eldery Diabetes Burden Scale” for The Turkish Society, *Türk Geriatri Dergisi*, 15(1): 61-67
68. Felton, B.J., Revenson, T.A., Hinrichsen, G.A. (1984). Stress And Coping In The Explanation Of Psychological Adjustment Among Chronically Ill Adults, *Social Science & Medicine* 18: 889-898.
69. Gafvels, C., Wandell, P.E. (2006). Coping Strategies in Men and Women with Type 2 Diabetes in Swedish Primary Care, *Diabetes Research and Clinical Practice* 71: 280–289
70. Eren, İ., Erdi, Ö., Çivi, İ. (2004). Tip II Diabetes Mellitus Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Komplikasyonların Yaşam Kalitesine Etkisi, *Klinik Psikiyatri* 7: 85-94
71. Lewko, J., Zarzycki, W., Krajewska-Kulak, E. (2012). Relationship between the Occurrence of Symptoms of Anxiety and Depression, Quality of Life, and Level of Acceptance of İllness in Patients with Type 2 Diabetes, *Saudi Med J* 33(8): 887-894
72. Kasteleyn, M.J. et al.(2015). Diabetes-Related Distress Over the Course of İllness: Results from the Diacourse Study, (Erişim tarihi 17.03.2015), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Diabetes->

**related+distress+over+the+course+of+illness%3A+results+from+the+Diaco
urse+study**

73. Kurpas, D. et al.(2013). Quality of Life and Acceptance of İllness Among Patients with Chronic Respiratory Diseases, *Respiratory Physiology & Neurobiology* 187: 114– 117
74. Kurpas, D., Mroczek, B., Bielska, D. (2013). The Correlation Between Quality of Life, Acceptance of İllness and Health Behaviors of Advanced Age Patients, *Archives of Gerontology and Geriatrics* 56: 448–456
75. Kartal. A. ve ark. (2008). Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutumları ve Tutumu Etkileyen Faktörler, *TAF Preventive Medicine Bulletin* 7(3): 223-230
76. Lewko, J. et al.(2007). Quality of Life And its Relationship to the Degree of İllness Acceptance in Patients with Diabetes and Peripheral Diabetic Neuropathy, (Erişim tarihi 17.03.2015), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18229653>

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Kararı



TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR ÖRNEĞİ

SAYI : 99950669/333

KONU : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

17.10.2014

SAYIN ZYOHRE MUSTAFAOVA

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 17 Ekim 2014 Tarih ve 43 Sayılı toplantısında sunulan **“Yaşlı Diyabetli Hastalarda Hastalığı Kabul ile Diyabet Yükü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi”** başlıklı araştırma projesi öneriniz incelenmiş, etik ve bilimsel ilkelere uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof.Dr. Osman ÖZCAN
Başkan

Prof. Dr. Ali AKÇAY

Doç. Dr. Esra GÜNDÜZ

Doç. Dr. Bülent BOZKURT
Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. Murat ULAŞ

Doç. Dr. Ayşe Esra YILMAZ

Doç. Dr. Özlem EVLİYAĞLU

Doç. Dr. Nurhayat BAYAZIT

Doç. Dr. Bünyamin MUŞLU

Yrd.Doç.Dr.Mehmet NAMUSLU

Doç. Dr. Mehmet KAYA

Farm.Yrd.Doç. Dr. Ayşe GÜREL
Raportör

Avukat Meltem BAĞCI

Yasin GÜRSOY

Ek 2. Anket Formu

Tanıtcı Özellikler:

1.Cinsiyet

- a) Kadın b) Erkek

2.Yaş:

3.Medeni durum

- a) Evli b) Bekar c) Dul

4.Eğitim durumu

- a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) İlkokul
d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite ve üzeri

5.Sosyal güvence

- a) Var b) Yok

6.Kaç yıldır/ay huzurevindediniz yaşıyorsunuz?

7.Huzurevinde yaşamaktan memnun musunuz?

- a)Memnunum b)Kısmen memnunum c)Memnun değilim

8. Doktor tarafından tanı konulan başka kronik hastalığınız var mı?

- a)Hayır
b)Evet (tanı ve süre)

Diyabete İlişkin Bilgiler

1. Ailenizde diyabet hastası var mı?

- a) Evet (yakınlık derecesi).....
b) Hayır

2. Kaç yıldır diyabet hastasıınız?

3.Diyabet tedavi şekli? Birden çok işaretlenebilir.

- Diyet Oral Antidiyabetik İnsülin

4.Egzersiz yapıyor musunuz?

- a)Hayır
b)Evet (Tipi ve Sıklığı)

5.İlaçlarınızı kendiniz mi alıyorsunuz?

- a)Hayır (kim tarafından veriliyor)
b)Evet

6. Diyabet eğitimi aldınız mı?

a) Evet (ne kadar etkili: Hiç Kısmen Çok)

b) Hayır

7. Diyabete bağlı kronik komplikasyonlar gelişti mi?

a) Retinopati

b) Nefropati

c) Nöropati

d) Ayak yarası e)

Diğer

(belirtiniz:.....)

Ek 3. Yaşlılarda Diyabetin Yükü Ölçeği

A. SEMPTOM YÜKÜ (4 MADDE) puan (puan aralığı: 0-16)

Aşağıdaki sorular yakınmalarınızla ilgilidir. Eğer bu yakınmalar sizde varsa lütfen son birkaç ay içinde bu yakınmaların sizi ne kadar rahatsız ettiğini belirtiniz.

A-1a. Bacaklarınızda şişlik var mı?

(1. Hayır 2. Evet) (Yanıt “hayır” ise puan “0”dır.)

Yanıtınız *evet* ise aşağıdaki soruyu yanıtlayınız ⇒

A-1b. Bacaklarındaki şişlik sizi ne kadar rahatsız ediyor?

(1. Hiç, 2. Çok az, 3. Biraz, 4. Çok fazla)

A-2a. Sık idrara çıkıyor musunuz?

(1. Hayır 2. Evet) (Yanıt “hayır” ise puan “0”dır.)

Yanıtınız *evet* ise aşağıdaki soruyu yanıtlayınız ⇒

A-2b. Sık idrara çıkmak sizi ne kadar rahatsız ediyor?

(1. Hiç, 2. Çok az, 3. Biraz, 4. Çok fazla)

A-3a. Bacak-ellerinizde uyuşma var mı?

(1. Hayır 2. Evet) (Yanıt “hayır” ise puan “0”dır.)

Yanıtınız *evet* ise aşağıdaki soruyu yanıtlayınız ⇒

A-3b. Uyuşma sizi ne kadar rahatsız ediyor?

(1. Hiç, 2. Çok az, 3. Biraz, 4. Çok fazla)

A-4a. Bulanık görme yakınmanız var mı?

(1. Hayır 2. Evet) (Yanıt “hayır” ise puan “0”dır.)

Yanıtınız *evet* ise aşağıdaki soruyu yanıtlayınız ⇒

A-4b. Bulanık görme sizi ne kadar rahatsız ediyor?

(1. Hiç, 2. Çok az, 3. Biraz, 4. Çok fazla)

B. SOSYAL YÜK (5 MADDE) puan (puan aralığı: 5-20)

Aşağıdaki sorular diyabetin neden olduğu sosyal sıkıntılarınız ile ilgili sorulardır. Diyabetin sosyal yaşantınızı ne kadar bozduğunu hissediyorsunuz? Aşağıda belirtiniz.

B-1.Diyabetin aileniz ile olan ilişkinizi ne kadar etkilediğini düşünöyorsunuz?

(1. Hiç, 2. Çok az, 3. Biraz, 4. Çok fazla)

B-2.Diyabetin arkadaşlarınız ile olan ilişkinizi ne kadar etkilediğini düşünöyorsunuz?

(1. Hiç, 2. Çok az, 3. Biraz, 4. Çok fazla)

B-3.Diyabetin işinizi veya ev işlerinizi ne kadar etkilediğini düşünöyorsunuz?

(1. Hiç, 2. Çok az, 3. Biraz, 4. Çok fazla)

B-4.Diyabetin boş zamanlarınızda yapmaktan hoşlandığınız aktivitelerinizi ne kadar etkilediğini düşünöyorsunuz?

(1. Hiç, 2. Çok az, 3. Biraz, 4. Çok fazla)

B-5.Diyabetin genel olarak yaşantınızı ne kadar etkilediğini düşünöyorsunuz?

(1. Hiç, 2. Çok az, 3. Biraz, 4. Çok fazla)

**C. DİYET KISITLAMASINDAN KAYNAKLANAN YÜK (4 MADDE) puan
(puan aralığı:4-16)**

Aşağıdaki sorular diyabetin neden olduğu diyet kısıtlaması ile ilgilidir.

C-1. Diyet yapmak size ne sıklıkta zorluk veriyor?

(1. Hiç, 2. Nadiren, 3. Sık sık, 4. Her zaman)

C-2. Sevdiğiniz yiyeceklerin kısıtlanması size ne sıklıkta zorluk veriyor?

(1. Hiç, 2. Nadiren, 3. Sık sık, 4. Her zaman)

C-3. Diyeti sürdürmek size ne sıklıkta zorluk veriyor?

(1. Hiç, 2. Nadiren, 3. Sık sık, 4. Her zaman)

C-4. Diyetle beraber dengeli beslenmek zorunda olmanız size ne sıklıkta zorluk veriyor?

(1. Hiç, 2. Nadiren, 3. Sık sık, 4. Her zaman)

**D. DİYABET HAKKINDAKİ ENDİŞEDEN KAYNAKLANAN YÜK (4
MADDE) puan (puan aralığı: 4-16)**

Aşağıdaki sorular diyabet ile ilgili hissettiklerinizle ilgilidir.

D-1. Diyabetle yaşamaktan ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?

(1. Hiç, 2. Nadiren, 3. Sık sık, 4. Her zaman)

D-2. Gelecekte diyabetin daha ağır sorunlarını yaşama riski konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?

(1. Hiç, 2. Nadiren, 3. Sık sık, 4. Her zaman)

D-3. Gelecekte diyabet yüzünden yetersizlik yaşama konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?

(1. Hiç, 2. Nadiren, 3. Sık sık, 4. Her zaman)

D-4. Gelecekte diyabet tedavisinin daha çok sıkıntı vermesi konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?

(1. Hiç, 2. Nadiren, 3. Sık sık, 4. Her zaman)

E. TEDAVİ MEMNUNİYETSİZLİĞİNE İLİŞKİN YÜK (2 MADDE) puan (puan aralığı: 2-8)

Aşağıdaki sorular diyabet tedaviniz ile ilgilidir.

E-1. Her yönüyle diyabet tedavinizden ne kadar memnunsunuz?

(1. Çok fazla, 2. Biraz, 3. Çok az, 4. Hiç)

E-2. Diyabet tedavinizin kan şekeri ve laboratuvar sonuçlarından ne kadar memnunsunuz?

(1. Çok fazla, 2. Biraz, 3. Çok az, 4. Hiç)

F. ORAL ANTİDİYABETİK VEYA İNSÜLİNDEN KAYNAKLANAN YÜK (3 MADDE) puan (puan aralığı: 3-12)

Aşağıdaki sorular ağız yolu ile alınan diyabet ilaçları veya insülin tedavisi ile ilgilidir.

F-1. Ağız yolu ile ilaç almak veya insülin uygulamak size ne kadar zorluk veriyor?

(1. Hiç, 2. Çok az, 3. Biraz, 4. Çok fazla)

F-2. Ağız yolu ile alınan ilaç veya insülin nedeni ile gelişebilecek koma (hipoglisemi) konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?

(1. Hiç, 2. Çok az, 3. Biraz, 4. Çok fazla)

F-3. Kendinizi kötü hissettiğiniz zamanlarda, ağız yolu ile aldığınız ilaç veya insülin miktarının değiştirilmesi konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?

(1. Hiç, 2. Çok az, 3. Biraz, 4. Çok fazla)

Diyabetli Yaşlılar İçin Yük Ölçeğinin toplam puanı altı alt ölçeğin (semptom yükü, sosyal yük, diyet kısıtlamasından kaynaklanan yük, diyabet hakkındaki endişeden kaynaklanan yük, tedavi memnuniyetsizliğine ilişkin yük, oral antidiyabetik veya insülininden kaynaklanan yük) puanlarının toplanması yoluyla hesaplanır.

Total puan: 18-88

Ek 4. Hastalığı Kabul Ölçeği

Aşağıda hastalığınıza ilişkin kabullenme düzeyinizi belirleyen bir dizi cümle bulunmaktadır. Her cümle “**Tamamen Katılıyorum**” (1) ile “**Hiç Katılmıyorum**” (5) arasında değerlendirilmektedir. Her bir cümle için sizi en iyi tanımladığını hissettiğiniz puanı daire içine alınız. Cümlelerin sizi iyi tanımladığını düşünüyorsanız **1 ya da yakın** puan, cümlelerin size uymadığını düşünüyorsanız **5 ya da yakın puan** veriniz. Bu cümlelerin kesinlikle doğru ya da yanlışı yoktur.

1. Hastalığının getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum.	Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
	Katılıyorum						Katılmıyorum
2. Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum.	Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
	Katılıyorum						Katılmıyorum
3. Hastalığım zaman zaman kendimi işe yaramaz hissetmeme sebep oluyor.	Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
	Katılıyorum						Katılmıyorum
4. Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı/muhtaç yapıyor.	Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
	Katılıyorum						Katılmıyorum
5. Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.	Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
	Katılıyorum						Katılmıyorum
6. Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.	Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
	Katılıyorum						Katılmıyorum
7. Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.	Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
	Katılıyorum						Katılmıyorum
8. Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum.	Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
	Katılıyorum						Katılmıyorum

Bir puan, kabulün eksikliği anlamına gelmekte, kötü uyum ve ciddi fiziksel rahatsızlığı ifade etmektedir. Beş puan, hastalık durumunun kabulü anlamına gelmektedir, hastalıkla ilgili negatif duyguların olmadığını göstermektedir. Ölçeği 6. maddesi ters olarak puanlanmaktadır. **Total puan: 8 - 40**

Ek 5. İzin Yazıları

EK 5.1. Ankara Valiliği, Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi İzin Yazısı



T.C.
ANKARAVALİLİĞİ
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü

Sayı: 65097260-605.01-174795
Konu: Veri Toplama (Zyohre MUSTAFOVA)

27/11/2014

SEYRANBAĞLARI HUZUREVİ YAŞLI BAKIM VE REHABİLİTASYON MERKEZİ
MÜDÜRLÜĞÜNE

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Zyohre MUSTAFOVA' nın “ Yaşlı Diyabetli Hastalarda, Hastalığı Kabul İle Diyabet Yükü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi ” konulu çalışmasını İl Müdürlüğümüze bağlı 75. Yıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü ve Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğünde yapabilmesine ilişkin olarak alınan 19/11/2014 tarih ve 73595336-605.01-170140 sayılı Makam Onayı ile uygun görüldüğü bildirilmiştir.

Söz konusu araştırmanın Müdürlüğünüz denetiminde, meslek elemanları refakatinde, gönüllülük esaslı çerçevesinde, özel hayatın gizliliğine riayet edilerek, Müdürlüğümüzce uygun görülecek bir mekan da ve ses-görüntü kaydı alınmaksızın, onları psikolojik olarak olumsuz etkileyebilecek, şahsi deneyimlerine ilişkin bilgi talebi içeren sorulara yer verilmemesi, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce kurum izni alınması ve bir örneğinin İl Müdürlüğümüze gönderilmesi koşulları hususunda gereğini rica ederim.

Fatih KOCUR
İl Müdürü a.
İl Müdür Yardımcısı

EKLER :
Müşteşarlık Onayı

DAĞITIM :
Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğüne
75. Yıl Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğüne
Hacettepe Üniversitesine - Hemşirelik Fakültesi

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır.

Adres : Anafartalar Caddesi No : 70 Ulus/ANKARA
Telefon : 0312 418 66 62 / 1209
e-posta : selma.yazgac@bile.gov.tr



Ayrıntılı Bilgi : S. YAZKAÇ Psikolog
Fax :
Elektronik Ağ: http:// ANKARA.aile.gov.tr

EK 5.2. Ankara Valiliği, Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, 75. Yıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi İzin Yazısı



T.C.
ANKARAVALLİĞİ
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü

Sayı: 65097260-605.01-174795
Konu: Veri Toplama (Zyohre MUSTAFOVA)

27/11/2014

75. YIL HUZUREVİ YAŞLI BAKIM VE REHABİLİTASYON MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Zyohre MUSTAFOVA'nın " Yaşlı Diyabetli Hastalarda, Hastalığı Kabul İle Diyabet Yükü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi " konulu çalışmasını İl Müdürlüğümüze bağlı 75. Yıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü ve Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğünde yapabilmesine ilişkin olarak alınan 19/11/2014 tarih ve 73595336-605.01-170140 sayılı Makam Onayı ile uygun görüldüğü bildirilmiştir.

Söz konusu araştırmanın Müdürlüğünüz denetiminde, meslek elemanları refakatinde, gönüllülük esası çerçevesinde, özel hayatın gizliliğine riayet edilerek, Müdürlüğümüzce uygun görülecek bir mekan da ve ses-görüntü kaydı alınmaksızın, onları psikolojik olarak olumsuz etkileyebilecek, şahsi deneyimlerine ilişkin bilgi talebi içeren sorulara yer verilmemesi, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce kurum izni alınması ve bir örneğinin İl Müdürlüğümüze gönderilmesi koşulları hususunda gereğini rica ederim.

Fatih KOCUR
İl Müdürü a.
İl Müdür Yardımcısı

EKLER :
Müşteşarlık Onayı

DAĞITIM :
Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğüne
75. Yıl Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğüne
Hacettepe Üniversitesine - Hemşirelik Fakültesi

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır.

Adres : Anafartalar Caddesi No : 70 Ulus/ANKARA

Telefon : 0312 418 66 62 / 1209
e-posta : selma.yazgac@bile.gov.t



Ayrıntılı Bilgi : S. YAZKAÇ Psikolog

Fax :
Elektronik Ağ: http:// ANKARA.aile.gov.tr

EK 5.3. Ankara Valiliği, Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
ANKARAVALİLİĞİ
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü

Sayı: 65097260-605.01-174795
Konu: Veri Toplama (Zyohre MUSTAFOVA)

27/11/2014

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİNE
(Hemşirelik Fakültesi)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Zyohre MUSTAFOVA'nın " Yaşlı Diyabetli Hastalarda, Hastalığı Kabul İle Diyabet Yüğü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi " konulu çalışmasını İl Müdürlüğümüze bağılı 75. Yıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü ve Seyranbağıları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğünde yapabilmesine ilişkin olarak alınan 19/11/2014 tarih ve 73595336-605.01-170140 sayılı Makam Onayı ile uygun görüldüğü bildirilmiştir.

Söz konusu araştırmanın Müdürlüğünüz denetiminde, meslek elemanları refakatinde, gönüllülük esasını çerçevesinde, özel hayatın gizliliğine riayet edilerek, Müdürlüğümüze uygun görülecek bir mekan da ve ses-görüntü kaydı alınmaksızın, onları psikolojik olarak olumsuz etkileyebilecek, şahsi deneyimlerine ilişkin bilgi talebi içeren sorulara yer verilmemesi, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce kurum izni alınması ve bir örneğinin İl Müdürlüğümüze gönderilmesi koşulları hususunda gereğini rica ederim.

Fatih KOCUR
İl Müdürü a.
İl Müdür Yardımcısı

EKLER :
Müşteşarlık Onayı

DAĞITIM :
Seyranbağıları Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğüne
75. Yıl Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğüne
Hacettepe Üniversitesine - Hemşirelik Fakültesi

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır.

Adres : Anafartalar Caddesi No : 70 Ulus/ANKARA

Telefon : 0312 418 66 62 / 1209
e-posta : sclma.yazgac@aile.gov.tr



Ayrıntılı Bilgi : S. YAZKAÇ Psikolog

Fax :
Elektronik Ağ: <http://ANKARA.aile.gov.tr>

**EK 5.4. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı,
Müsteşarlık Oluru**



**T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı**

Sayı : 73595336-605.01- 168212
Konu : Veri Toplama (Zyohre MUSTAFOVA)

14/11/2014

MÜSTEŞARLIK MAKAMINA

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Zyohre MUSTAFOVA'nın 25/09/2014 tarihli dilekçesi ile "Yaşlı Diyabetli Hastalarda, Hastalığı Kabul ile Diyabet Yükü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu araştırması kapsamında Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ile 75.Yıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde kalan yaşlı diyabetli hastalarla çalışabilme talebi bildirilmiştir.

Uygun görüldüğü takdirde Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından da olumlu değerlendirilen söz konusu araştırmanın Onay tarihinden itibaren 5(beş)ay süre ile İl Müdürlüğü koordinesinde, kuruluş müdürlükleri denetiminde, ses-görüntü kaydı alınmaksızın, iş akışını aksatmayacak şekilde gönüllülük esası çerçevesinde araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce Kurum izni alınması ve araştırma bitiminde bir örneğinin Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığına gönderilmesi koşulları ile uygulanabilmesi hususunda;

Olurlarınızı arz ederim.

Doç. Dr. Mustafa DURMUŞ
Daire Başkanı

OLUR
14/11/2014

İmambey ERTEM
Müsteşar Yardımcısı V.

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır.

Adres : Eskişehir Yolu Söğütözü Mahallesi 2177 Sokak No:10/A
Çankaya/ANKARA
Telefon : 5722
e-posta : sçetin@aiile.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi : S. ÖZKURT ÇETİN Sosyal Çalışmacı

Faks :
Elektronik Ağ : www.aiile.gov.tr

EK 5.5. Ölçek İzin Yazısı



Zyohre Mustafafova <zyohremustafova1988@gmail.com>

(konu yok)

2 ileti

Zyohre Mustafafova <zyohremustafova1988@gmail.com>
Alıcı: yasemenyildirim@yahoo.com

6 Ağustos 2014 11:35

Sayın Yasemin YILDIRIM USTA,

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesinde Yüksek Lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezimin konusu "Yaşlı Diyabetli Hastalarda Diyabet Yükünün Belirlenmesi". Tezimde geçerlik güvenirliğini yapmış olduğunuz "A study of the validity and reliability of the Elderly Diabetes Burden Scale for the Turkish society" çalışmasında yayınladığınız Yaşlılarda Diyabetin Yükü ölçeğini kullanmayı planlıyorum. Ölçeği kullanabilmem konusunda izninizi istiyorum.

Saygılarımla

Zyohre Mustafafova
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

yasemin yildirim <yasemenyildirim@yahoo.com>

8 Ağustos 2014 11:58

Yanıtlatma Adresi: yasemin yildirim <yasemenyildirim@yahoo.com>

Alıcı: yasemin yildirim <yasemenyildirim@yahoo.com>, Zyohre Mustafafova <zyohremustafova1988@gmail.com>

Sayın Zyohre Mustafafova,

Planladığınız çalışmanızda geliştirmiş olduğumuz "Yaşlılarda Diyabetin Yükü Ölçeği"ni kullanabilirsiniz. Takıldığınız bir nokta olursa her zaman bana yazabilirsiniz. Daha sonra çalışma sonuçlarınızı bizimle de paylaşırsanız memnun olurum.

İyi çalışmalar dilerim.

Doç.Dr. Yasemin YILDIRIM USTA
AİBÜ Bolu Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü
İç Hastalıkları Hemşireliği AD
Gölköy Kampüsü BOLU

[Alıntılanan metin gizlendi]

EK 5.6. Ölçek İzin Yazısı



Zyohre Mustafafova <zyohremustafova1988@gmail.com>

Ölçek izin

2 ileti

Zyohre Mustafafova <zyohremustafova1988@gmail.com>
Alıcı: buyukkayabesen@gmail.com

15 Eylül 2014 14:10

Sayın Dilek BÜYÜKKAYA BESEN,

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesinde Yüksek Lisans öğrencisiyim. Danışman hocam Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Leyla Özdemir'dir. Yüksek lisans tezimde sizin geçerlik güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması " çalışmasında yayınladığınız Hastalığı Kabul ölçeğini kullanmayı planlıyorum. Ölçeği kullanabilmem konusunda izninizi istiyorum. Ölçeği ve ölçeğin nasıl değerlendirildiğini bana gönderebilir misiniz. Teşekkürler

Saygılarımla

Zyohre Mustafafova
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

Dilek Büyükkaya Besen <buyukkayabesen@gmail.com>
Alıcı: Zyohre Mustafafova <zyohremustafova1988@gmail.com>

15 Eylül 2014 16:21

Sayın Zyohre Mustafafova, Hastalığı Kabul Ölçeğini Yüksek lisans tezinizde kullanabilirsiniz.
İyi Çalışmalar

15 Eylül 2014 14:10 tarihinde Zyohre Mustafafova <zyohremustafova1988@gmail.com> yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

Yard. Doç. Dr. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Mithatpaşa Cad. İnciraltı
Balçova İzmir
Tel: 0232 4126963

Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmacının açıklaması

Sayın Katılımcı,

“Yaşlı Diyabetli Hastalarda Hastalığı Kabul ile Diyabet Yükü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” adlı bu çalışma bir yüksek lisans tezidir. Bu araştırmanın amacı, yaşlı diyabetli hastaların diyabet yükünü ve hastalığı kabul durumlarını belirlemek, hastalığı kabul ile diyabet yükü arasındaki ilişkiyi saptamaktır. Bu araştırma ile yaşlı diyabetli hastaların diyabet yükünü ve hastalığı kabul durumlarını belirleyerek hastalığın iyi yönetimi sağlanmasında etkili faktörlerin tanınmasında hemşirelere yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Sağlık profesyonellerinin yaşlı diyabetli bireylere destek sağlayabilmesi, uygun girişimleri planlayabilmesi ve girişimlerin sonuçlarını değerlendirebilmesi için öncelikle hastalığa ilişkin yükü ve hastalığı kabul durumunu belirleyebilmeleri gerekmektedir.

Sizi araştırmaya dahil etmeyi planlıyorum. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu formu okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız.

Çalışma için sizden, araştırmacı tarafından yüz yüze doldurulacak olan Anket Formu, Diyabetin Yükü Ölçeği ve Hastalığı Kabul Ölçeğini eksiksiz olarak cevap vermeniz beklenmektedir. Formlara cevap verirken gerçeği yansıtan cevaplar vermeniz rica olunur.

Bu araştırma sizin için herhangi bir risk oluşturmamaktadır.

Araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırma başladıktan sonra, herhangi bir mazeret belirtmeden araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Araştırmada elde edilen veriler bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılması dışında başka bir yerde kullanılmayacaktır ve başkalarına verilmeyecektir, ancak

izleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir.

Araştırma ile ilgili sormak istediğiniz bir şey olursa 0544 544 70 99 numaralı telefondan Zyohre Mustafafova'ya başvurabilirsiniz.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacı Zyohre Mustafafova tarafından yapılacak olan “Yaşlı Diyabetli Hastalarda Hastalığı Kabul ile Diyabet Yükü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” adlı çalışma hakkında yeterli bilgi bana yazılı ve sözel olarak aktarıldı. Formdaki tüm açıklamaları okudum. Bana yapılan yazılı ve sözel açıklamaların hepsini anlamış bulunmaktayım. Yapılan bilgilendirme sonrasında araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Araştırmaya katılıp katılmamama karar vermek için bana yeterli zaman verildi. Araştırmaya gönüllü olarak, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmadan katılmayı kabul ediyorum. Bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi ve kullanılması için araştırmacıya yetki veriyorum. Araştırmadan istediğim zaman hiçbir gerekçe göstermek zorunda olmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı: Ad-Soyad: Adres: Telefon: Tarih ve İmza:	Araştırmacı: Ad- Soyad: Zyohre MUSTAFOVA Adres: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Sıhhiye/Ankara Telefon: 0544 544 70 99 Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının: Ad- Soyad: Adres: Telefon: Tarih ve İmza:
--	---	---

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1988 yılında Sliven, Bulgaristan'da doğmuştur. 2012 yılında Trakiyski Üniversiteler Tıp Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden mezun olmuştur. 2012 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrencisi olarak başlamıştır.