



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DİABETES MELLİTUSLU HASTALARIN
TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIM
DURUMLARININ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

SÜLEYMAN TOPUZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ESRA KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

İSTANBUL-2018

TEŞEKKÜR

Tez alıŐma sűresince yardım ve desteęini esirgemeyen, deęerli bilgileriyle beni yűnlendiren deęerli tez danıŐmanım Sayın Dr. Őęr. Őyesi ESRA KÖROęLU ÇAMDEVİREN'e,

ÇalıŐmamda bana sabırla yardımcı olan tűm çalıŐma arkadaŐlarıma, çalıŐmaya gűnűllű olarak katılıp, deęerli vakitlerini bana ayıran, verilerin toplanmasına katkı saęlayan tűm hastalara,

Hayatımın her alanında olduęu gibi, eęitimimi sűrdűrmem konusunda da benden maddi ve manevi desteklerini ve gűvenlerini esirgemeyen annem Selma TOPUZ'a, babam Ali TOPUZ'a ve kardeŐlerim Serap BALTA, Tuęba KARAMANLI'ya teŐekkűrlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ONAY FORMU.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
1.ÖZET.....	1
2.ABSTRACT.....	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4.GENEL BİLGİLER.....	6
4.1.Diabetes Mellitus.....	6
4.1.1. Diabetes Mellitus(DM) ve Tanımı.....	6
4.1.2. Diyabet Hastalığı Tanı Kriterleri	6
4.1.3. Diyabetin Belirtileri ve Türleri.....	8
4.1.3.1. TİP1 Diyabet.....	9
4.1.3.2. TİP2 Diyabet.....	10

4.1.4. Diabetes Mellitusun Komplikasyonları.....	11
4.1.4.1. Diabetes Mellitusun Akut Komplikasyonları.....	11
4.1.4.1. Diabetes Mellitusun Kronik Komplikasyonları.....	13
4.1.4.2.1 Mikrovasküler komplikasyonları.....	13
4.1.4.2.2 Makrovasküler komplikasyonları.....	14
4.2. Alternatif Tıp Yöntemi Ve Tedavisi.....	15
4.2.1. Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları.....	15
4.2.1.1.1. Alternatif Tedavi.....	16
4.1.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi.....	19
4.1.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı.....	19
4.1.3.1.1. Sağlık Sorumluluğu.....	21
4.1.3.1.2. Egzersiz.....	21
4.1.3.1.3. Beslenme.....	21
4.1.3.1.4. Kendini gerçekleştirme.....	22
4.1.3.1.5. Kişilerarası destek.....	22
4.1.3.1.6. Stres Yönetimi.....	22
5. MATERYAL VE METOT.....	23
5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	23

5.2. Araştırma Soruları.....	23
5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	23
5.4. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	23
5.5. Veri Toplama Araçları.....	24
5.5.1.Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu (Ek 1).....	24
5.5.2. DM İle İlgili Özellikler Veri Toplama Formu (Ek 2).....	25
5.5.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerine İlişkin Özellikler Veri Toplama Formu (Ek 3).....	25
5.5.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Ek 4).....	25
5.6. Uygulama.....	26
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	27
6. BULGULAR.....	28
7. TARTIŞMA.....	56
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	80
9. KAYNAKLAR.....	83
10. EKLER.....	103
11. ETİK KURUL ONAYI.....	112

12. ÖZGEÇMİŞ.....115



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ADA: American Diabetes Association

AKŞ: Açlık Kan Şekeri

DM: Diabetes Mellitus

EASD: European Association for the Study of Diabetes

IDF: International Diabetes Federation

IFG: Bozulmuş Ve Açlık Kan Şekeri

IGT: Bozulmuş Şeker Tolerans

NCCAM: The US National Institutes of Health Center for Complementary and Alternati ve Medicine

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

TAT: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TKŞ: Tokluk Kan Şekeri

OGTT: Şeker Yükleme Testi

WHO: World Healt Organization

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablolar

	Sayfa No.
Tablo 6.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin ait bulgular.....	29
Tablo 6.2. Hastaların hastalık özelliklerine ait bulgular.....	30
Tablo 6.3. Hastaların metabolik değişkenlikleri.....	31
Tablo 6.4. Hastaların TAT kullanım özelliklerine ait bulgular.....	32
Tablo 6.5. Sosyodemografik ve hastalık özelliklerin TAT kullanım özelliklerine göre dağılımı.....	33
Tablo 6.6. TAT özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları.....	42
Tablo 6.7. Sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları.....	50
Tablo 6.8. TAT özelliklerine göre metabolik değişkenlikler.....	53
Tablo 6.9. Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları.....	55
Tablo 6.10. TAT kullanım durumları ile SYBD arasındaki ilişki.....	56
Tablo 6.11. TAT kullanım durumlarının SYBD üzerine etkisi.....	56

Şekiller

Sayfa No.

Şekil 4.1.2: Diyabet Tanısı	7
Şekil 4.1.3: Glisemi Bozukluklarının Sınıflaması	9
Şekil 5.4: Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine Yönelik Formül.....	24
Şekil 5.7: Korelasyon kat sayısı (r) değerleri	27



1.ÖZET

DIABETES MELLİTUSLU HASTALARIN TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIM DURUMLARI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Bu araştırma, Diabetes Mellituslu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini İstanbulda yer alan kamuya ait bir eğitim ve araştırma hastanesinin dahiliye kliniği, diyabet eğitim birimi ve polikliniğine başvuran 18 yaş ve üstü DM hastaları oluşturmaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü 6 aylık sürede kriterlere uygun toplam 1007 hastaya ulaşıldı. Çalışmanın verileri, Birinci bölümde sosyodemografik özellikler, ikinci bölümde DM ile ilgili özellikler, üçüncü bölümde tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine ilişkin özellikler, dördüncü bölümde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Araştırma verilerinin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p>0,05$). Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların TAT kullandığını ifade edenlerin çoğunluğunun (%71,6) şifalı bitkiler kullandığı saptanmıştır. Araştırma sonucunda; araştırmaya katılan hastaların, yaş ortalaması $54,441\pm 12,680$ olup, yarısından fazlası kadındı. Öğrenim durumu, yaş, medeni durum, meslek, DM tipi, DM süresi, DM tedavisi, DM tedavi süresi, DM hakkında bilgi alma durumu ve aldığı bu bilgiyi yeterli bulma durumu nedenleri ile TAT kullanma puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasının TAT kullanmaya başvurduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

2.ABSTRACT

EFFECTIVENESS OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE TREATMENT USE SITUATIONS AND HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIORS OF DIABETES MELLITUS PATIENTS

This research was conducted as a descriptive, relationship seeking, and cross sectional study to determine the effect of complementary and alternative treatment situations on healthy lifestyle behaviors of patients with diabetes mellitus.

The sample of the study consists of a public education and research hospital in İstanbul, 18 years old and over with DM patients who refer to the internal medicine clinic, diabetes education unit and polyclinic. A total of 1007 patients were reached in the 6 month period during which the study was conducted. Data of the study, sociodemographic characteristics in the first part, features related to the DM in the second part, features related to complementary and alternative treatment methods in the third part, and healthy lifestyle behaviors in the fourth part were collected. The data obtained in the study were analyzed using the IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 program. Number, percentage, mean, standard deviation and Kolmogorov Smirnov test were applied as descriptive statistical methods in the evaluation of the data. It was determined that the research data were normal distribution ($p > 0,05$). The findings were evaluated at the 95% confidence interval and at the 5% significance level. It has been determined that those who stated that they use TAT use the herbaceous plants in percent survival (71.6%). As a result of the research; The average age of the patients participating in the survey was $54,441 \pm 12,680$, with more than half of them female. The difference between the CAT use scores and the reasons for the finding of the information obtained about the education, age, marital status, occupation, DM type, DM duration, DM treatment, DM treatment duration, DM and statistical significance was found statistically significant. It was found that more than half of the patients who participated in the study were using CAT.

Key Words : Diabetes, Complementary and Alternative Treatment, Healthy lifestyle behaviors

3.GİRİŞ VE AMAÇ

3.1.Problemin Tanımı Ve Önemi

Diyabetes mellitus (DM) insülin salgısının eksikliği ya da insülin direnciyle oluşan, hiperglisemi ile kendini gösteren, karbonhidrat, yağ ve protein metabolizması bozuklukları ile karakterize kronik bir hastalıktır (1,2). Diyabetli hastalarda kan şekerinin normal sınırlarda olmaması sinir ve dolaşım sistemi başta olmak üzere birçok sistemi ve organı etkileyen sağlık sorunlarının ortaya çıkarmasına neden olmaktadır (3,4). Bu nedenle hastalığın yönetimi için hastaların yaşam tarzı ve alışkanlıklarında değişiklik yapması, tedaviye uyum sağlaması, tıbbi bakımının sürekliliği, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi gerekmektedir (1,2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 yılında yayınladığı diyabetle ilgili küresel raporda, dünya genelinde 400 milyonun üzerinde bireyin diyabet tanısı aldığı bildirilmiştir (5). Uluslararası Diyabet Federasyonu'na (IDF) göre ise 2015 yılı itibariyle 415 milyon diyabet hastası olduğu belirtilmekte, bu sayının 2040 yılında 642 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (6). Aynı raporda, dünyada 11 yetiştikten birinin diyabet tanısı olduğuna da dikkat çekilmektedir (6).

DSÖ verilerinde, Türkiye'de 2000 yılında yaklaşık 3 milyon olan diyabetli sayısının 2030 yılında 6,5 milyona ulaşacağı tahmin edilmiş ancak 2030 için tahmin edilen bu değer 2014 yılında aşılmış ve ülkemizdeki diyabetli sayısının 7 milyonun üstüne çıktığı bildirilmiştir (5). IDF'in tahminlerine göre ise, Türkiye'de günümüzde 3.679.000 olan diyabetli sayısının 20 yıl sonra 6 milyonu aşması beklenmektedir (6). Ayrıca Türkiye, 2013-2035 yılları arasında 20-79 yaş aralığındaki diyabetli nüfusun en fazla olduğu on ülke arasında yer almakta olup 2035 yılında 11.8 milyon diyabetli nüfus olacağı ön görülmektedir (6). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2017 yılındaki raporda ise 65 yaş ve üstü grupta DM prevalansının %34.8 olduğuna, 65 yaş üstü ve diyabet hastası olan toplam 2.4 milyon bireyin bulunduğu dikkat çekilmektedir (7). Ülkemize ilişkin bir başka veri olarak Türkiye diyabet epidemiyoloji 2 (TURDEP-II) çalışmasının sonuçları, Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının %13.7'ye ulaştığını, bunun %45 oranı ile bilinen diyabet, %55 oranı ile yeni diyabet hastasından oluştuğunu göstermektedir(8).Tamamlayıcı ve

alternatif tıp (TAT), modern ve bilimsel tedaviler dışındaki tedavileri ifade etmektedir (9).TAT yöntemleri, çeşitli hastalıkları tedavi etmek ya da önlemek amacıyla dünya genelinde yaygın olarak kullanılmakta ve bu yöntemleri kullanan hasta sayısında artış gözlenmektedir (10).Diyabetli hastaların diğer hasta gruplarına göre tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma oranları daha yüksek olduğu bildirilmiştir (11).

DM hastalığı, beraberinde gelen komplikasyonlar, tedavi ve uyumdaki güçlükler, reçete edilmeden kolay erişebilir olması, hastaların teknolojiden yeterince faydalanabilecek maddi güce yetersizlikler, güncel tedavi yöntemlerine karşı duyulan kuşku ve olası yan etkilerinden korkma gibi nedenlerden dolayı TAT yöntemlerine olan ilgiyi büyük ölçüde arttırmaktadır (12,13,14).

Literatürde dünya genelinde son 10 yılda diyabetli hastaların TAT uygulamalarını kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, TAT kullanım oranının %17-%73 arasında değiştiği bildirilmektedir (15). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise diyabetli hastalar arasında TAT kullanım oranının %25-85 oranlarında olduğu belirtilmektedir (15).

Son yıllarda modern tedaviler kan şekeri kontrolünde büyük ilerlemeler sağlamış olsa da hastalar için geleneksel tıbbın kullanımı hala kilit nokta olarak görülmektedir. Pagan ve ark. Amerika'da yaptıkları çalışmada diyabetli hastaların %70,48'inin geçmişte en az bir kez TAT kullandığını saptamış ve en yüksek oran olan %61,34 ile bitkisel tedavilerin bu yöntemler arasında yer aldığını belirtmektedir (16). İran'da diyabetli hastalarla yapılan TAT kullanımına ilişkin bir çalışmada, hastaların %75,3'ünün en az bir çeşit TAT kullandığını, bu hastaların %97,7 bitkisel karışımları tercih ettiği bildirilmektedir (17). Bir çalışmada 302 tip 2 dm hastasının TAT kullanım uygulamaları değerlendirilmiş, TAT kullanan 92 hastanın %30,39'unun bitkisel yöntemler, %20,58'inin hacamat ve %17,64'nin beslenme takviyeleri tercih ettiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada hastaların TAT kullanımı hakkında bilgisi olduğu, %86,1'inin TAT kullanımını etkili, %83,1'inin güvenilir bulunduğu ortaya konulmuştur (18). Gania ve ark nın çalışmasında hastaların diyabetin yönetimi için TAT türlerinden akapunktur, tai masajı, gerdirme egzersizi, bitki karışımlarını

kullandığı saptanmıştır (19). Başka bir çalışmada ise diyabetli hastalarının TAT olarak bitkisel ilaçları, vitaminleri, manevi yöntemleri ve egzersizi yaygın olarak kullandığı bildirilmektedir (20).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (21). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişilerarası destek ve stres yönetimine yönelik yapılan değerlendirmelerin birleşimidir (22). Dünya Sağlık Örgütü sağlık kalitelerinin %60'ının bireylerin davranış ve yaşam alışkanlıklarından kaynaklandığına işaret etmektedir (23). Kişilerin sağlık davranışlarını en üst düzeye çıkarabilmeleri için sağlığı geliştirme çabaları göstermeleri önem arz etmektedir (24). Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarını almalı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmelidir (24).

Bireyin sağlığına ilişkin davranışlarını kontrol etmesiyle erişilebileceği sağlıklı yaşam biçimi, bireyin iyilik halini koruyan, sürdüren ve geliştiren davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (21,25,26). TAT kullanımının bireylerin kendi sağlık yönetim davranışları doğrultusunda hastalıklarını tedavi etmeye yönelik bireysel ve davranışsal faktörlere bağlı olduğu belirtilmektedir (15,27). Günümüzde kronik hastalığı olan bireylerin TAT kullanım oranlarının artması nedeniyle sağlık profesyonellerinden özellikle hemşirelerin hastaları doğru yönlendirebilmeleri gerekmektedir (28). Hasta bakımında bütüncül yaklaşımı benimseyen hemşirelerin, TAT kullanımının etkinliğini, güvenilirliğini, hasta üzerindeki etkilerini değerlendirebilmeleri sorumlulukları dahilindedir (12).

Diyabetli bireylerde TAT kullanımını değerlendiren araştırmalar bulunmasına rağmen, bu hastalarda TAT kullanımının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini inceleyen çalışmalara rastlanılmamıştır. Bu çalışma, Diabetes Mellituslu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Diabetes Mellitus

4.1.1. Diabetes Mellitus (DM) ve Tanımı

Diabetes Mellitus, şeker (glukoz) oranının kandaki şeker oranının yüksek seviyede çıkması, kan şekerinin kontrolünün sağlanamaması sonucu oluşan ve akut ve kronik komplikasyonlarla ömür boyu devam eden bir hastalıktır (29).

Glukoz, tüm organların en önemli besin kaynağı olarak bilinmektedir. Hücre glukoz ihtiyacını pankreas bezinin sağladığı insülin hormonu sayesinde kullanmaktadır. Diyabet pankreasın yeterli miktarda insülin üretememesi ya da üretilen insülinin yeterli şekilde kullanılamaması durumunda ortaya çıkmaktadır. İnsülin glukozun hücre içine girmesini aynı zamanda da insülinin hücre içinde glikojen olarak depolanmasını sağlamaktadır. Diyabette glukoz kullanılmadığından dolayı kan şekeri yükselir, hiperglisemi gelişir ve bu durum dokularda ve organlarda uzun dönemli hasarlara yol açmaktadır (30). Bu hastalık genel olarak çok su içme, fazla yeme, kaşıntı, kilo kaybı gibi belirtilerle tanınır. Dolayısıyla diyabet hastlığında hedef diyabeti önlemenin yanı sıra erken tanı, oluşacak komplikasyonları önlemek veya geciktirmektir.

Günümüzde her 12 kişiden 1'inin diyabet hastası olduğu bilinmektedir (31). Her iki diyabet hastasından biri hastalığından habersizdir çünkü hastaların yarıya yakınına tanı konulmamıştır (31). 2014 verilerine göre ise Türkiye'deki diyabet hastalarının sayısı 7 milyondan fazladır ve bu hastaların 2 milyondan fazlasına tanı konulmamıştır (31).

4.1.2. Diyabet Hastalığı Tanı Kriterleri

Amerika Diyabet Birliği (ADA) 1997 yılında yeni tanı ve kriterleri belirlemiş ve 1999 yılında da Dünya Sağlık Örgütü (WHO), bu kriterleri kabul etmiş ve yayınlamıştır. WHO ve Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 2006'da yayınladıkları bir belgede 1999 yılındaki kriterlerin korunmasını kabul etmiştir. Ancak 2007'de ADA ve Avrupa Diyabet Çalışma Birliği (EASD) 2007'de 2003 yılındaki düzenlenmenin değişmemesi gerektiği konusunda görüş birliğine varmışlardır. Bazı uluslararası dernekler arasında diyabet hastalığının tanımlanması

konusunda anlaşmazlıklar olsa da bu hastalığın tanımlanmasında çok sorun bulunmamaktadır (32).

Diyabetin tanısı ve kriterleri aşağıdaki şekilde güncel olarak tanımlanmıştır (33).

Diyabetes mellitus tanısı için şu anda kabul görmekte olan ada tarafından öngörülen diyabet tanı kriterlerinde, açlık plazma glikozu ≥ 126 mg/dl, semptomlar + rastgele plazma glikozu ≥ 200 mg/dl, oral glikoz tolerans testi (OGTT) 2.saat değeri ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) (75 gr glikoz ile yapılan ogtt sırasında 2.saat glikoz değerinin ≥ 200 mg/dl (11.1mmol/l) ve HbA1c \geq %6,5 olarak belirtilmektedir (34).

		Aşikâr diyabet hastalığı	IFG	IGT	IFG+IGT	Yüksek diyabet hastalığı riski
1	AKŞ (En az 8 saatlik açlık)	>125	100-125	>100	100-125	-
2	OGTT (2.saat kan şekeri)	>200	>140	140-199	140-199	-
3	Rastgele kan şekeri	>200+şeker hastalığı bulguları	-	-	-	-
4	HA1C	>%6,5	-	-	-	%5,7-6,4

Şekil 4.1. Diyabet Tanısı

AKŞ: Açlık kan şekeri

OGTT: Şeker yüklemesi testi

IFG: Bozulmuş ve açlık kan şekeri

IGT: Bozulmuş şeker tolerans

Tanı kriterlerinden dördünün olması Aşikâr Hastalığı tanımı yapabilmek için yeterlidir. Tablodaki iki kriterin karşılanmış olması ise IGT veya IFG+IGT tanısı için yeterlidir. Yukarıdaki dört yöntemden herhangi birisi ile diyabet tanısı koyulabilir. Tanı için diyabet hastalığı semptomlarının ağır olarak bulunmadığı durumlar dışında tanının sonraki gün aynı yöntem veya farklı yöntemler tercih edilerek konulması gerekmektedir. Başlangıç durumunda farklı iki test yapılmışsa ya da test sonuçları uyumsuz görünüyorsa ve test eşik değerinin üstünyse test tekrarlanmalı tekrar

anamlı sonuç çıkıyorsa diyabet tanısı koyulabilir. Tanı için aynı zamanda standart OGTT ile 75 g glukoz yapılması AKŞ'ye göre daha duyarlıdır. Bu test kişiden kişiyeye değişiklik gösterebildiği gibi vakit almaktadır. Testin aynı zamanda maliyetli de olması günlük yaşımda kullanımını zorlaştırmaktadır. Ancak günlük yaşımda AKŞ sıklıkla kullanılmaktadır nedeni de ucuz ve kullanımının da kolay olmasıdır. Hastalık belirgin klinik başılangıları gösterdiğinden T1P1 diyabet tanısı için OGTT'ye pek ihtiyaç duyulmamaktadır.

Glikozillenmiş hemoglobin A (Hb1Ac)'nin diyabet tanısında kullanılması hangi seviyeden sonrasının anlamlı olduğuna dair belirsizlikler nedeniyle uzun süre kabul görmemiştir. Hastalığın gidişatına yönelik kanıtların artması sonucu da HbA1c'nin diyabet tanı testi olarak kullanılabilereği kabul edilmiştir. 2008'de Uluslararası Diyabet Uzmanlar Komitesi'nin yaptığı toplantıda diyabet tanısı için HbA1c kesim noktası yüzde 65 (48 mmol/mol) olarak bildirilmiştir (35). Dünya sağlık rgt (DSÖ)'nin 28-29 Mart 2009'da Uzmanlar Komitesi Toplantısı'ndaki kararlarına dayanarak 2011 yılında yayınlamış olduğu raporda, HbA1c'nin düzenli olarak standardize edilmesi şartıyla tanı testi olarak kullanılabilereği belirtilmiştir (35).

4.1.3. Diyabetin Belirtileri ve Türleri

Diyabetin klasik belirtileri:

- Poliüri (sık idrara ıkma)
- Polidipsi (aşırı su içme)
- Polifaji (aşırı iştah artması) veya iştahsızlık
- Halsizlik abuk yorulma
- Nokturi
- Ağzın kuruması

Daha az görülen belirtiler:

- Bulanık görme
- Açıklanamayan kilo kaybı
- Yaraların geç iyileşmesi
- Mantar enfeksiyonu
- Ciltte aşırı kaşıntı

Diyabet genellikle de Tip 1 ve Tip 2 diyabet olmak üzere sınıflandırılmaktadır. Tip 1 Diyabet; insüline bağımlı, Tip 2 Diyabet ise insüline bağımlı olmayan türdür. “Bozulmuş Açlık Glikozu” tanımı glikoz seviyesinin normalin üzerinde ama diyabet tanı sınırının altında bulunan durumlar için kullanılmamaktadır (36). Glisemi bozukluklarının Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1998 yılında etyolojik ve klinik açıdan sınıflaması aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (37).

1. TİP1 Diyabet <ul style="list-style-type: none">• İmmün nedenli• Nedeni Bilinmeyen
2. TİP2 Diyabet <ul style="list-style-type: none">• Periferik insülin direnci ön planda• İnsülin sekresyon yetmezliği ön planda
3. Diğer Tipler <ul style="list-style-type: none">• Beta hücre fonksiyonunda genetik bozukluklar• İnsülin fonksiyonunda genetik bozukluklar• Pankreas hastalıkları• Endokrin hastalıkları• İlaç ve kimyasal maddeler• İnfeksiyonlar
4. Gebelik Diyabeti

Şekil 4.2. Glisemi Bozukluklarının Sınıflaması

4.1.3.1. Tip 1 Diyabet

Tip 1 Diyabet insüline bağlı diyabet türünün ortaya çıktığı bir diyabettir. Pankreasta ilerler ve beta-hücre yıkımına yol açan olaylar sonucu ortaya çıkmaktadır ve genellikle otoimmün kaynaklı olarak gelişmektedir. Ortaya çıktığı yaşlar genellikle çocukluk ve gençlik yaşlarıdır (38). Bu tip hastalığa ait epidemiyolojik araştırma verisinin dünya nüfusunun %5’inin oluşturduğu belirtilmekle beraber dünya genelinde her yıl 50 bin Tip 1 tanısı konulmaktadır (39). Tip 1 diyabetliler tüm diyabetlilerin yaklaşık %5-10’unu oluşturmaktadır (38).

Tip 1 Diyabeti erken yaşlarda ortaya çıkarmak önemlidir (40). Tip 1 diyabet sürecini otoantikör ölçümü ile metabolik anormallikler henüz başlamadan erken dönemde ortaya çıkarmak mümkündür (41). Polidipsi, poliüri, kilo kaybı gibi diyabet belirtileri şiddetli olup ketoasidoz koması, hipoglisemi gibi akut komplikasyonlarla çok sık karşılaşılabilir. Hastalığın ortaya çıkışını hızlandıran faktörler olarak bazı virüs enfeksiyonları (kabakulak, konjenital rubella gibi), beslenme özellikleri (bebekleri inek sütü ile besleme), toksinler ve stres gösterilmektedir (32).

Bu tip hastalığa ait epidemiyolojik araştırma verisinin dünya nüfusunun %5'inin oluşturduğu belirtilmekle beraber dünya genelinde her yıl 50 bin Tip 1 tanısı konulmaktadır (39). Tip 1 diyabetliler tüm diyabetlilerin yaklaşık %5-10'unu oluşturmaktadır (42).

4.1.3.2. Tip 2 Diyabet

Dünyada en yaygın diyabet tipi olan Tip 2 diyabet, tüm diyabetlilerin yaklaşık %90'ını oluşturmaktadır. Genellikle 40 yaşından sonra ortaya çıkan bu hastalığın görülme sıklığı da yaş ilerledikçe artar. Uzun yıllar klinik belirti vermeyebilen bu tip hastalarda belirtilen ilerleyen yıllarda stres, ameliyat, gebelik, fazla kilo gibi nedenlerle belirti vermeye başlayabilir. Bununla birlikte kronik komplikasyonların sık görüldüğü diyabet tipidir. Pankreasın yeteri kadar insülin salgılayamaması ya da salgılanan insülinin yeterli derecede kullanılmaması durumunda kan şekerinin yükselmektedir. Tip 2 diyabetli kişilerin pankreası insülin üretse de insülini fazla etkili olarak kullanamamaktadır. Dokularda insülin kullanılmaması ve insülin direnci bozukluğu ile karakterize edilen Tip 2 diyabet, doymuş yağdan zengin beslenme, hareketsiz yaşam tarzı ve obezite ile yakın ilişkilidir.

Hipergliseminin yavaş yavaş gelişmesi sonucu henüz tanı konulamamış olsa bile bu hastalar mikro ve makrovasküler komplikasyon gelişimi açısından risk altındadır. Bu tip hastalarda insülin seviyesi normal hatta yüksek gibi görünse bile insülin kan glukozunu yeterli seviyeye düşürecek etkinlikte değildir. Tip 2 diyabetli hastalarda genellikle tanı konulduktan sonraki yıllarda insülin ihtiyacı pek görülmez. Hatta pek çok hastanın yeterli fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme sayesinde hipergliseminin

etkisinden korunması mümkündür. Kan glukoz düzeyleri kontrol edilemezse hastanın ilerleyen dönemlerde insülin kullanması gerekebilmektedir (33).

4.1.4. Diabetes Mellitusun Komplikasyonları

DM tanısını izleyen ilk yıllarda komplikasyonlar görülebildiği gibi tanı konulduğunda hastalar komplikasyonlardan etkilenmiş de olabilirler (12). DM'nin akut metabolik komplikasyonları ve kronik komplikasyonları vardır. Akut metabolik komplikasyonlar yaşamı tehdit edecek düzeyde hatta fatal seyirli olup, DM'nin uzun dönemde organ ve sistemlerde meydana getirdiği kronik komplikasyonları olarak karşımıza çıkmaktadır. DM ve DM'ye bağlı kronik komplikasyonların görülme hızında ciddi artışlar vardır (12,14). Buna rağmen diyabetik ketoasidozda mortalite hızı 5'ten küçük iken, hiperosmolar nonketotik komada %15'tir. Diyabetli hastalar, diyabetin bütün formlarında, ciddi morbiditeye yol açan bu kronik komplikasyonlar ile karşı karşıyadır (19,20). Diyabetin metabolik komplikasyonları; diyabetik ketoasidoz (DKA) ve ketoasidoz koması, hiperosmolar nonketotik durum (HHND), laktik asidoz koması ve daha çok bir tedavi komplikasyonu olarak oluşan hipoglisemi ve hipoglisemi koması sayılabilir. DM'nin organ ve sistemlerde oluşturduğu değişiklikler DM'nin kronik mikrovasküler (nöropati, nefropati, retinopati) ve makrovasküler komplikasyonları (ateroskleroz ve sekelleri-felç, myokard infarktüsü, gangren) olarak sınıflandırılmaktadır. Patogenezinde hem mikro hem de makrovasküler hastalığın bulunduğu diyabetik ayak, bu komplikasyonların en önemli morbidite nedenidir (19,20).

4.1.4. 1. Diabetes Mellitusun Akut Komplikasyonları

A) Diyabetik Ketoasidik Koma (DKA): DKA kötü kontrollü Tip 1 ve Tip 2 DM hastalıklarında karşımıza çıkan akut komplikasyonların en sık karşılaşılanlarından birisi olup, mortalitesi %4-10 arasında değişmektedir. İnsidansı %1 olup, daha çok gençlerde ve kadınlarda görülür (31,34,44). DKA patogenezinden sorumlu faktör göreceli ve mutlak insülin eksikliği ile beraber, insülin karşıtı hormonlar olan glukagon, katekolaminler, büyüme hormonu ve kortizol düzeylerinde artış ve dehidratasyondur. DKA'da plazma glikozu 200-1000 mg/dl olabilir. Poliüri, polidipsi, yaygın karın ağrısı, bulantı, asidoz, kusma, solunumun sıkıntısı gibi

semptomlar kısa sürede oluşmaktadır. Fizik muayenede deri turgorunda azalma, filiform nabız, hipotansiyon ve bazı vakalarda ise koma görülmektedir. Ağzda spesifik bir koku (aseton kokusu) mevcuttur. Tedavide insülin uygulanır ve bozulmuş elektrolit dengesi düzeltilir (12,19,47,48,49,50).

B) Hiperglisemik Hiperozmolar Nonketotik Durum (HHND): Tip 2 DM'li hastalarda görülen bu sendromda; aşırı hiperglisemi (plazma glikoz düzeyi 800-1000 mg/dl), hiperosmolarite (serum osmolaritesi > 330 mosm / kg), ketoneminin yokluğu, asidozun yokluğu ve şiddetli dehidratasyon vardır. HHND tablosunun gelişmesi günler/haftalar içerisinde yavaş bir seyir izler. Hastalarda ketoasidoza girmeyi önleyecek kadar insülin vardır. Semptomları arasında taşikardi, hipotansiyon, deri ve mukozalarda kuruluk, değişik düzeylerdeki bilinç bulanıklığı ve sıklıkla serebrovasküler bir patolojiyi taklit eden fokal nörolojik bulgular vardır. Laboratuvar bulgularında serum glukoz, sodyum, üre ve kreatinin değerlerinde artış ve ek olarak hiperosmolarite saptanır. Tedavide öncelikle sıvı kaybının düzeltilmesi ve elektrolit bozukluklarının giderilmesi gerekmektedir (12,47).

C) Laktik Asidoz Koması: Serum laktat ve hidrojen iyonlarının artmasına bağlı olarak gelişen metabolik asidoz tablosudur. Mortalitesinin %50'den fazla olması nedeniyle etkin bir tedavi uygulanması ve altta yatan bozuklukların düzeltilmesi gerekmektedir. Laktik asit düzeyi 5 mmol/L üzeri ve arter kan pH'sı 7'den küçük ise tanı konmaktadır. Semptomları arasında bulantı, kusma, metabolik asidoza bağlı hiperventilasyon, koma, nonspesifik karın ağrısı, hipotansiyon, oligüri veya anüri vardır (12,14,47,49,50).

D) Hipoglisemi: Plazma glikoz değerinin 50 mg/dl altında olması durumudur. Hipoglisemi prevalansını en iyi gösteren kanıt hastaların hipoglisemik prekoma veya koma ile acil servise başvurma sıklığıdır. Tip 1 DM'li hastalarda oluşan diyabetik hipoglisemik atak ve koma, Tip 2 DM'li hastalardan daha sık ve daha tehlikeli seyreder. Tip 1 DM'li hasta mortalitesinin %3-5'i hipoglisemik komaya bağlıdır. Tip 2 DM'li ve OAD kullanan hastalardaki hipoglisemilerde mortalite oranı ise oldukça yüksek olup % 10-20 arasındadır (12,14,47,51).Hipogliseminin ciddi sonuçları beynin etkilenmesiyle ilişkilidir. Hipoglisemi nedenleri arasında çok az yeme veya öğünleri ihmal etme, aşırı egzersiz yapma, çok fazla insülin veya oral ilaç alımı

vardır. Klinik uyarı belirtilerinden (açlık hissi tremor, sinirlilik, çarpıntı, terleme, anksiyete ve solukluk gibi) konfüzyon, koordinasyon ve davranış bozukluğu, irritabilite, baş ağrısı baygınlık, bulanık görme, yavaş konuşma, parestezi, hemipleji ve komaya kadar gidebilen semptomlar görülebilmektedir. Hipogliseminin önlenmesi için 15-25 gr karbonhidratın ara öğün saatlerinde düzenli olarak alınması gerekmektedir (12,14, 47,51).

4.1.4.2. Diabettes Mellitusun Kronik Komplikasyonları

4.1.4.2.1. Mikrovasküler Komplikasyonlar

A) Diyabetik Nefropati (DN): DN gelişmesinde hastanın DM tipi, diyabet süresi, yaşı, cinsiyeti, kötü glisemik kontrolü, diyetle aşırı protein alınması, ailevi yatkınlık, sigara, mikroalbüminüri ve hipertansiyon rol oynayan en önemli faktörlerdir. DN'li hastaların %50–60'ını, Tip 2 DM'li hastalar oluşturmaktadır. Tip 2 DM'li hastaların yaklaşık olarak %30–40'nda ortalama 20 yıl sonra nefropati ortaya çıkmakta ve 10 yıl içerisinde böbrek yetmezliği ile sonlanmaktadır. (12,14,50,51).

B) Diyabetik Nöropati (DNR): Diyabet süresi uzadıkça DNR görülme sıklığı da artmaktadır. DNR önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir ve nontravmatik ekstremitte amputasyonlarının %50-70'inden sorumludur. Diyabetik Nöropati proksimal veya distal sinirleri ve duyu, motor veya otonom sinirleri farklı şekillerde etkileyerek oldukça heterojen bir tablo oluşturur. En sık görülen semptomlar karıncalanma, uyuşma, özellikle geceleri artan yanmalardır. Diyabetik nöropatinin tedavisi için en etkili tedavi diyabetin kontrol altında tutulabilmesidir. Tip 2 DM tanısı konulduğunda olguların %25'inde DNR saptanırken, diyabet süresi 25 yıla ulaştığında bu rakam %50'ye yükselmektedir. Tip 1 DM'de ise ilk beş yılda nöropati görülmesi nadirdir (19,20,49). Yapılan çalışmalara göre; DM'li hastalarda nöropati gelişmiş olma durumunun Amerika'da %47, İngiltere'de %29 oranında olduğu belirlenmiştir (47).

C) Diyabetik Retinopati (DR): DR; DM'nin en önemli komplikasyonlarından olup, erişkin dönemdeki körlüklerin önemli bir nedenidir. Prevelansı diyabetin süresi uzadıkça artmaktadır. Tanı konulduktan 20 yıl sonra Tip 1 DM hastalarının tamamına yakınında, Tip 2 DM'lerin %60'ında değişik düzeylerde DR

görülmektedir. DR nedenli körlüklere Tip 2 DM'lerin %3,6'sında, Tip 1 DM'lerin %1,6'sında rastlanmıştır. Hastaların %20'sinde retinopati kaynaklı görme bozuklukları oluşmaktadır. DR gelişmesinde etki eden faktörler arasında; diyabet süresi, hiperglisemi, hipertansiyon, hiperlipidemi, gebelik ve akciğer hastalıklarına bağlı hipoksi, anemi ve orak hücreli anemi de sayılabilir (19,20,47,49).

4.1.4. 2.2. Makrovasküler Komplikasyonlar

A) Periferik Damar Hastalığı: Genel popülasyona oranla DM'li bireylerde periferik damar hastalığı 3 kat daha fazladır. Periferik damar hastalığı diğer bölgelerdeki tıkaçıcı arter hastalıkları ile yakından ilişkili olup, gelecekteki kardiyovasküler morbidite ve mortalite için en önemli nedendir. DM'de makrovasküler hastalık gelişmesinde arteryal hipertansiyon, aile öyküsü, hiperkolesterolemi, sigara ve hiperlipoproteinemi önemli rol oynar (19,20,48,50). Pek çok ulusal ve uluslararası klavuzda ayak nabızlarının yıllık palpasyonu önerilmektedir. Bu hastalıktan korunmada DM'li bireylere uygulanacak önlemler arasında uygun glisemik regülasyon,, hipertansiyon, obezite ve lipid bozukluklarının tedavisi, insülin direnci ve hiperinsülineminin azaltılması sayılabilir (19,20,47,49).

B) Serebrovasküler Hastalık (SVH): DM'li hastalarda SVH normal popülasyona göre daha yaygın ve ağır seyretmektedir. Diyabetli hastalarda inme riskini artıran nedenler arasında hipertansiyon, erkek cinsiyeti, ileri yaş, sigara, kötü glisemik kontrol, dislipidemi, obezite, mikroanjyopatiler ve diğer makroanjyopatiler sayılabilir. DM hem geçici iskemik atak hem de inme riskini artırmaktadır. DM'nin serebrovasküler sistem üzerindeki diğer bir olumsuz etkisi de, beyinde lakün sıklığı ve sayısını arttırmasıdır. Lakünlere diyabetik hastalarda en az iki kat daha sık rastlanmaktadır. Bazen DM'li hastaların geçici iskemik atakları, diyabetik hipoglisemi semptomları ile karıştırılmaktadır. Bu yüzden kontrollerde SVH sorgulanmalıdır. Korunmada iyi metabolik kontrol, eşlik eden risk faktörlerinin ortadan kaldırılması önemlidir. Tedavide antiagregan ajanlardan faydalanılmaktadır (12,19,20,49).

C) Koroner Arter Hastalığı (KAH): DM'li hastalar ile DM'li olmayan hastalar (özellikle kadınlar) karşılaştırıldığında aradaki en önemli fark DM'li hastalarda KAH

olma sıklığının fazla olmasıdır. KAH DM'li bireylerde erken dönemde oluşur ve yaygın olarak görülür (25,40,46,47). KAH oluşumunun önlenmesi için iyi bir diyabet regülasyonu gerekmektedir. Buna ek olarak; dislipidemi, hipertansiyon ve nefropatinin tedavisi, hipoglisemi ataklarından kaçınılması önerilmektedir (12,19,20,48).

D) Diyabetik Ayak: DM'nin sebep olduğu nöropati, mikro ve makroanjiyopatik komplikasyonların bir arada bulunmasıyla oluşan diyabetik ayak problemleri; hastalarda yaşam kalitesini azaltan mortalite ve morbiditeyi arttıran en önemli komplikasyonlarından biridir. Her 6 DM'liden biri hayatı boyunca en az bir defa ayak yarasıyla karşılaşır. Hospitalizasyonun önemli nedenlerinden biri olup nontravmatik alt ekstremitte amputasyonlarının en az %50'sini oluşturur. Diyabetli hastalarda normal popülasyona göre amputasyon riski 15-45 kat artmıştır. Bir ekstremitte amputasyonu geçiren hastanın diğer ekstremitede diyabetik ayak gelişimi ve amputasyon riski normal popülasyona göre oldukça fazladır (12,19,20,49).

4.2. Alternatif Tıp Ve Tamamlayıcı Tıp

4.2.1. Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları

Birçok kronik hastalığın tedavi yöntemleri bulunamadığından kronik hastalığa sahip olan insanlar modern tıbbın dışında farklı tedavi yöntemleri arama yoluna gitmiştir. Alternatif tıp; doğal bitkilerin ve geleneksel bitkilerin hastalık tedavisinden kullanılmasıdır. Alternatif tıp genel olarak bitki kaynaklı ilaçların satışı ile öne çıkmıştır ve tamamlayıcı tıp olarak da bilinmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde öne çıkan bu tedavi yöntemi bitki kaynaklı doğal ürünlerle yapılmaktadır.

Geleneksel tıp, dini inanışlara, felsefe ve toplumsal tecrübelerle dayalı tıbbi yaklaşım ve yöntemlerden oluşmaktadır. Tamamlayıcı tıp, bilimsel tıbbi tedavi protokolleri yanı sıra alternatif tıbbi ürün ve yöntemlerin kullanımı olarak bilinmektedir (34).

Hastalık tedavisinde faydalı olduğu ispatlanamamış bazı ilaçlar nedeniyle alternatif tıp modern tıp tarafından bazen reddedilmektedir. Modern tıptaki ilaçların yan etkileri hastalığa göre değişkenlik gösterebildiğinden hasta sağlığını tehdit etmeyen

yan etkiler ortaya çıkabildiği gibi bazen de bu yan etkilerin ölüme de yol açtığı bilinmektedir (43).

Alternatif tıbbın güvenilir olması için bu durumların sağlanması gerekmektedir:

- Tedavi yöntemleri bilimsel olmalı,
- Lisans süresi boyunca tıp hekimlerine kanıta dayalı bilgiler eşliğinde bu alanda eğitim verilerek bu alandaki uygulamaların yetkili kişilerce gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır,
- Hastaların kontrol altında tutulması yoluyla yapılan klinik çalışmalar eşliğinde uygulanan yöntemin güvenilir olduğu ispatlanmalı,
- Alternatif tıbbi suiistimal edenler tespit edilmeli ve bu alandaki kişilerin vasıflı kişiler olmasına dikkat edilmelidir (44).

Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre ise Alternatif Tıp, Geleneksel Tıp olarak da adlandırılmaktadır. Fiziksel ve ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılan farklı inanç, kültür ve becerilere dayanan tedavi yöntemi olarak açıklanmaktadır. Bazı ülkeler için batı tıbbının dışında ama onun tamamlayıcısı olarak ifade edilirken bazı ülkeler için de batı tıbbi yerine uygulanan yöntemler olarak açıklanmaktadır (45).

Önceleri kapalı toplumlarda kendi etki alanlarında sınırlı kalan geleneksel tıp, 1990'lardan sonra dünya genelinden yaygınlaşmaya başlamıştır. Yapılan araştırmalar bazı Asya ve Afrika ülkelerinde toplumun %80'ine temel sağlık hizmetleri olarak geleneksel tıp tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Ayrıca gelişmiş ülkelerde toplumun %70 ve %80'e yakının geleneksel tıp yöntemlerinden faydalandığı bilinmektedir (46). Pek çok hastalığın tedavisinde kullanılan geleneksel tıbbın Çin'de yaklaşık iki bin yıldır uygulandığı bilinmekte ve Artemisa Annuia isimli bitkiden sıtma ilaçlarının da üretildiği bildirilmektedir (52).

4.2.1.1.1. Alternatif Tedavi

Geleneksel tıp, dini inanışlara, felsefe ve toplumsal tecrübelerle dayalı tıbbi yaklaşım ve yöntemlerden oluşmaktadır. Tamamlayıcı tıp, bilimsel tıbbi tedavi protokolleri yanı sıra alternatif tıbbi ürün ve yöntemlerin kullanımınıdır. Alternatif ve tamamlayıcı tıp birbirinden farklı kavramlar olmalarına rağmen genellikle yan yana, çoğu zaman

da birbirinin yerine kullanılabiliyor. Her ikisi de daha çok geleneksel yaşamda yeri olan bitkileri, hayvansal ürünleri, ses, koku, hareket, telkin, uyarı gibi teknikleri yöntem olarak benimsemektedir. Görüldüğü gibi modern tıp ilerleme kaydetmesine rağmen bazen gereken etkileri vermemesi alternatif tıbbın doğmasına neden olmuştur. Uygulama şekli aslında binlerce yıl öncelerine dayanan bu tedavi yöntemiyle binlerce hasta şifa aramaktadır. Geleneksel tıp döneminin ve kültürün özelliklerini yansıtırken, tamamlayıcı tıp bu özellikleri yansıtmak zorunda değildir. Alternatif ve tamamlayıcıyı tıpta kullanılan bazı yöntemler; delfinoterapi, ozon tedavisi, iridolojidir. Ancak bu yöntemlerin tümü homeostatik dengeyi koruyarak fiziksel terapi, tanı psikolojik terapi oluşturmayı amaçlamaktadır. Geleneksel tıp, farklı kültürlerle özgü, inanışları, becerileri, toplumun sahip olduğu tarihsel ve kültürel geçmişe dayanır. Dünyanın pek çok yerinden modern tıp ilaçları kolayca ulaşılabilir olsa da toplum, kültürlerinin bir parçası olduğuna inandıkları geleneksel tedavilere güvenmektedir. Hatta birçok sanayileşmiş ülkede hastalıklarla başa çıkma ve sağlık harcamalarını düşürme gibi nedenlerden dolayı bu tür uygulamaların kullanımına devam edilmektedir (54).

Alternatif tıp ve tamamlayıcı tıp çoğu zaman birbirinin yerine kullanılmasına rağmen birbirinden farklı terimlerdir. Kovansiyonel tıpla kullanılan uygulamalar tamamlayıcı tıp olarak adlandırılırken; alternatif tıp ise konvansiyonel tıp yerine kullanılan uygulamalardır. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) başta olmak üzere pek çok uluslararası kuruluş ve Sağlık Bakanlığınca “alternatif tıp” teriminin kullanımı terk edilmiştir (23).

Tıbbı Nebevi (İslami Tıp), Anadolu halk hekimliği, Hacamat (kan alma), Sülük tedavisi Dağlama/koterizasyon, Akupunktur, Çin Akupunkturu, Elektro Akupunktur, Lazer akupunktur Aurikular (kulak) akupunktur, İğne, intramuskuler stimülasyon, Transcutaneous electrical nerve stimulation TENS yöntemi, Akupunktur kupaları (Cuppling), Manyetik alan tedavisi, Homeopati, Homeopati Pulsatilla, Ozan tedavisi, Oksijen(Singlet Oksijen) tedavisi, Oksiterapi, karboksiterapi, Oksihemoterapi(major ozon), Hidrojen peroksit terapisi, İnfrared(kızılötesi ışın) tedavisi, Nöral Terapi, Biofoton terapisi, Mezoterapi-lipoliz, elektrolipoliz, Hipnoz, hipnoterapi, Ortomoleküler tıp, Kolonik yıkama, Masaj, Shiatsu masajı, Geleneksel Çin tıbbı,

Siddha, Diyet takviyesi ile tedavi, Parapsikolojik terapi, SPA tedavisi, Relaxation therapy (rahatlatma), Mesoterapi (mezodermal enjeksiyon tedavisi), Radyonik tedavi (elektro-manyetik etkileşim terapisi) olmak üzere çeşitli alternatif tedavi yöntemi bulunmaktadır (54).

Geleneksel tıbbı daha güvenli ve etkin bir şekilde kullanılması için Pekin’de düzenlenen Geleneksel Tıp Kongresinin hemen ardından “Pekin Deklarasyonu” yayınlanmıştır. Deklarasyon, DSÖ ülkelerini iş birliğine davet ederek geleneksel tıbbın modern tıbbi yöntemlere entegre etmeye çağırmıştır. DSÖ üye ülkeleri; geleneksel tıp yöntemleri hakkında ulusal bir politika oluşturma, geleneksel ve bitkisel ilaçlarla ilgili ulusal bir mevzuat oluşturma ve geliştirme, geleneksel tıbbın temel sağlık hizmetleri açısından ele alınması, geleneksel tıp uygulamaları için araştırma ortamının oluşturularak üye ülkelerle iş birliğine gidilmesi konularında uzlaşmaya çağırmıştır (43).

Yayınlanan deklarasyondan sonra, 2009 yılında Dünya Sağlık Örgütünde bu deklarasyonu esas alan bir tüzük kabul edilmiştir. Bu tarihten daha önce ise 2000 yılında “Geleneksel Tıp Araştırma ve Değerlendirme Metodolojileri Rehberi” ve “Geleneksel Tıp /Alternatif ve Tamamlayıcı Tıbbın Dünyadaki Yasal Durumu” ve “DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi 2002-2005” isimli dokümanlar da yayınlanmıştır (55).

Bu yöntemlere başvurusu, gerektiği kadar kanıta dayanmamasından dolayı güvenilir bulunmamaktadır. Ancak tıbbi tedavi yöntemlerinde görülen yetersizlikler başarısızlıklar, bazı tedavi yöntemlerinin ve ilaçların pahalı olması ve mahremiyet sorunları gibi çeşitli nedenlerden dolayı ortaya çıkan memnuniyetsizlik hastaları geleneksel ve tamamlayıcı tıba yönelmektedir. Bireyler kendilerini rahat hissettikleri doğal uygulamalara yönelmek istemekte, kendilerini daha rahat hissettikleri ve huzurlu buldukları yöntemleri birer alternatif olarak görmektedirler (55).

Modern tıbbın bazı durumlarda hastalıkları tedavi etmekte zorlanması tedavi yöntemleri ve ilaçların pahalılığı geleneksel yöntemlere olan ilginin artmasına neden olmuştur (55).

4.1.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi

4.1.3.3.1.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı

Bireyin sağlığını korumasının yanı sıra var olan sağlığını geliştirme çabası içinde olması, kendini gerçekleştirme, sağlığına ilişkin sorumluluğunu üstlenme, egzersiz, beslenme, destek sistemlerinde farkındalığını hissetme ve stres yönetimi konularında duyarlılığı üst düzeye çıkarmaktadır (56).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (21).

Büyüme ve gelişimini izleme, uzun vadeli gerçek hedefler koyma, yaşamın amacını, mutluluk ve doyumunu özümseme ile güçlü ve zayıf yönlerin farkındalığı, bireylerin kendini gerçekleştirme ve sağlıklı davranışlar geliştirmesinde önemli adımlar olarak ele alınmaktadır (21,57, 58, 59, 60).

Sağlıklı yaşam davranışları kapsamında, yakınmaların sağlık profesyonellerine iletilmesi, tartışılması, sürekli eğitimin önemsenmesi ve ilişkili programlara katılımı oldukça önemli bulunmaktadır. Ayrıca, egzersiz, sağlıklı beslenme, bireyler arası destek ve gevşeme egzersizlerine duyarlılık yanı sıra kaynağa inme, duyguları ifade ve kontrol yöntemlerinin kullanılması vb. stres yönetimi stratejilerinin, sağlıklı yaşam davranışları kapsamında olduğu bildirilmektedir (61).

Sağlıklı davranışların geliştirilmesinde önemli çalışmaları olan Pender'in sağlığı geliştirme modelinin, bu konuya ilişkin uygulamalara yol gösterici olduğu ifade edilmektedir.

Pender'e göre sağlık davranışının, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olduğu ifade edilmekte ve bireylerin, kendilerinin ve diğerlerinin sağlığını aktif biçimde korumak için

verdikleri bilinçli çabaların olumlu sağlık davranışları olarak ele alındığı vurgulanmaktadır (62).

Walker, Sechrit ve Pender,10 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını “kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik düzeyini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini gerçekleştirme ve bireyselliğin tamamlanması” şeklinde tanımlamaktadır (63).

Yaşam biçimi uygulamaları ve davranışlar sağlık üzerine negatif veya pozitif etki edebilmektedir. Tütün, alkol veya diğer ilaçlar gibi maddeler, risk faktörü ile ilgili pek çok aktiviteler, alışkanlıklar ve uygulamalar hastalık riskinde yer almaktadır. Pek çok yaşam biçimi alışkanlıkları özel hastalıklar için risk faktörleridir. Örneğin güneş ışınına fazla maruz kalmak deri kanseri, fazla kilo kardiyovasküler hastalık, strese maruz kalmak ise akut ve kronik hastalık oluşumunda etkiler yapabilmektedir (64).

Topluma sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsetmek için başta İngiltere’de olmak üzere birçok ülkede “bağışıklama, kanser taramaları, sigarayı bırakma ve anne sütüyle beslenmeyi teşvik etmek gibi” sağlık programları benimsenmiştir. Sağlık programlarında belirlenen hedeflere ulaşmak için sağlık eğitimi çalışmaları başlatılmıştır. Ancak bu uygulamaların yoksul nüfusun sağlık durumunu değiştirici hiçbir etkisi olmamış, uygulamaların yararlı etkileri daha çok ülkelerdeki gelir seviyesi orta veya yüksek olan bireyler üzerine olmuştur. Bireylerin sağlığı geliştirici aktiviteleri uygulamasında, yaşanan çevrenin geliştirilmesinde ve sağlık ile ilgili eğitimler sonucunda öğretilen davranışların sürdürülebilir olmasında, sağlıkta eşitliğin sağlanmasının önemli bir yeri vardır (65).

Toplum sağlığının geliştirilmesi ve olumlu sağlık davranışları konusunda bilgilendirilmesini ve yönlendirilmesini sağlamada, sağlık kurumlarında görev üstlenen sağlık çalışanlarının, öncelikle kendilerinin bu konuda duyarlı olmaları beklenendir. Sağlığı geliştirme aktivitelerinde ve olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ile ilgili konularda hemşirelerin en büyük sorumluluğu üstlendikleri unutulmamalıdır (62).

4.1.3.3.1.2.Sağlık Sorumluluğu

Bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hastalık ve ölümlerle doğrudan ilgili olduğu bildirilmektedir (62). Sağlıklı yaşama yöneliş, bireylerin sağlıklarını düzeltmek ve sağlık kontrollerini artırmakla mümkündür. Bireyler sadece hastalıklardan korunmakla yetinmemeli, pozitif dinamik bir olgu olarak sağlık kalite ve standartlarını sürekli artırma yönünde çaba göstermelidirler (66).

4.1.3.3.1.3.Egzersiz

Fiziksel egzersiz ile; otonom sinir sistemi, solunum, kalp, dolaşım ve sindirim fonksiyonları daha düzenli çalışır. Kas iskelet sistemi elemanları daha sağlamlaşır ve esnekleşir, kan basıncı düzenlenir. Kandaki kolesterol ve LDL düzeyi daha düşerek HDL\LDL oranını sağlar ve buna bağlı koroner kalp hastalığı riski azalır. Obezite, postür bozukluğu ve kas atrofisi gelişme riski azalır. Ayrıca fiziksel egzersiz bireyin, sağlam, canlı hareketli, egzersiz yapmaya hevesli bir kişi haline gelmesine, hayata daha mutlu bakmasına, kendine güvenin artmasına, stresle olumlu baş etmesine, insanlarla çabuk arkadaşlık kurma ve paylaşma, yardımlaşma duygularını geliştirmesine yardımcı olur (67,68,69). Fiziksel aktivitenin adolesan dönemden sonra azalması, yüksek tansiyon, kanser, kalp-damar hastalıklarının, depresyon ve stres riskinin artmasında birincil faktörler arasında yer almaktadır (70).

4.1.3.3.1.3.Beslenme

Dengeli, düzenli ve yeterince beslenmenin sağlık için gerekliliğine dair gözlemleri Hipokrat dönemine dayanmaktadır. Son yüzyılın başına kadar besin yetersizliği nedeniyle sağlık sorunları yaşayan insanlar günümüzde, yanlış, düzensiz ve fazla beslenmenin getirdiği sağlık sorunları ile karşı karşıyadır (71).

Dengeli beslenme, vücudu iyi tanıyarak, vücuda gerekli besin ihtiyaçlarının karşılanması için yeterli miktarda ve düzenli arayla besin alınması olarak açıklanabilir. Yetersiz ve dengesiz beslenme, obezite ya da zayıflık ile birlikte kronik hastalıkların ortaya çıkmasını ve bu hastalıklara bağlı olarak ölümleri artırmaktadır (72).

Obezite; vücut yağ oranı miktarındaki aşırı artma olarak tanımlanmıştır. Obezite; hipertansiyon, diyabet, kalp-damar hastalıkları ve daha birçok hastalığa sebebiyet verebilmektedir (73).

4.1.3.3.1.4.Kendini gerçekleştirme

Kendini gerçekleştirme gereksinimler hiyerarşisinin en üst basamağında yer alan bir ögedir (74). Bir bireyin yapmış olduğu işte en üst düzeyde olmayı, diğerlerinden farklı olmayı istemesi, kendi potansiyelini, yaratıcılığını, kabiliyetlerini gerçekleştirebilmeyi amaçlaması anlamına gelmektedir (75).

4.1.3.3.1.5.Kişilerarası destek

Bireyler iletişimi kendilerini anlayabilmek, başkalarına anlatabilmek, başkalarını tanımak ve etkilemek amacıyla kullanırlar. İletişim kişilerarası ilişkileri, toplumları oluşturan ve bir arada tutan faktördür. Toplumsal yaşam içinde bireyin benliğini var edebilmesi ve başkalarıyla beraber bir işi gerçekleştirebilmesi ancak iletişime olanaklıdır. Birey kendi deneyimleri kadar, iletişim yoluyla başkalarının deneyimlerinden de yararlanarak yeni bilgi ve becerilere ulaşabilmektedir (76).

4.1.3.3.1.6.Stres Yönetimi

Stres; organizmada zorlama sonucu ortaya çıkan tepki olup bireyde bir takım bedensel, zihinsel, psikolojik ve davranışsal rahatsızlıklarla kendini hissettiren durumdur. Bireylerde stres nedeni ile hipertansiyon, kalp hastalıkları gibi rahatsızlıklar görülebilir. Kişi stres etkisi altında iken, önemli veya önemsiz daha önceden verilebilen kararları vermekte güçlük çekebilmektedir. Stres altındaki birey değersizlik, yetersizlik, güvensizlik, korku, endişe ve terk edilmişlik duygularını yaşayabilmektedir. Birey stresli durumlarda bazen sigara, içki ya da uyuşturucu gibi olumsuz baş etme yöntemlerine de başvurabilmektedir.

5.MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma, Diabetes Mellituslu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

5.2. Araştırma Soruları

1.DM hastalarının soyodemografik özellikleri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkiler mi?

2.DM hastalarının tıbbi durumları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkiler mi?

3.DM hastalarının soyodemografik özellikleri tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarını etkiler mi?

4.DM hastalarının tıbbi durumları tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarını etkiler mi?

5.DM hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkiler mi?

5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul'da yer alan kamuya ait bir eğitim araştırma hastanesinin dahiliye kliniği ve polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri DM hastaları ile 4 Eylül 2016 – 4 Şubat 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Bu hastanede 16 dahiliye polikliniği ve 1 adet 34 yataklı dahiliye servis kliniği bulunmaktadır. Polikliniklerde 16 dahiliye hekimi olup bu hekimlerle iş birliği içerisinde bulunan 2 adet diyabet eğitim hemşiresi ve 5 adet sekreter bulunmaktadır. Dahiliye servis polikliniğinde ise 2 adet hekim ve 10 adet hemşire görev almaktadır.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbulda yer alan kamuya ait eğitim araştırma hastanesinde eylül 2016 ile şubat 2017 arası dahiliye kliniği, diyabet eğitim birimi ve polikliniğine başvuran 18 yaş ve üstü DM hastaları oluşturmaktadır. Alınan bilgiye göre eylül 2016 ile şubat 2017 arası başvuran hasta sayısı 5233 olarak bilinmektedir. Evreni

temsil edecek örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'nın (1994) belirlediği formül ile hesaplanmıştır.

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örneklem hatasıdır

Şekil 3. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine Yönelik Formül

Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için %95 güven aralığında, \pm % 5 örneklem hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n = 5233 (1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,5)^2 (5233 -1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5) = 358$ olarak hesaplanmıştır. Örneklem hacmi büyüdükçe örnekten elde edilen bulguların evren için geçerliliğinin arttığı kabul edilir. Araştırmada 1007 hasta ile hesaplamaya göre evreni temsil edecek daha fazla örneklem ulaşılmıştır. Bu sonuçlara göre araştırmada elde edilen bulgular ile araştırma evren üzerinde genellenebilir (77,78).

5.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyodemografik özellikler, ikinci bölümde DM ile ilgili özellikler, üçüncü bölümde tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine ilişkin özellikler, dördüncü bölümde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği yer almaktadır.

5.5.1.Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu (Ek 1)

Veri toplama formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuş olup, yaş, cinsiyet, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, ekonomik durum, yaşadığı yer ve sosyal güvencesi gibi özellikleri sorgulayan toplam 8 soru yer almaktadır (80).

5.5.2. DM İle İlgili Özellikler Veri Toplama Formu (Ek 2)

Araştırmacı literatür doğrultusunda oluşturmuş olduğu veri toplama formunda DM Tipi ,ne kadar süredir DM hastası, başka bir kronik hastalığınız var mı ,DM hastalığına bağlı herhangi bir sağlık sorunu oluştu mu, DM hastalığınız için uygulanan tedaviler nelerdir, Ne kadar süredir bu tedavileri kullanıyor, DM hastalığınız konusunda bilgi aldı mı , bilgiyi kimden aldı, aldığınız bilgiyi yeterli buluyor musunuz ,kan şekerinizi düzenli ölçer mi , açlık kan şeker düzeyi ,tokluk kan şeker düzeyi ,HbA1c düzeyi nedir gibi 13 soru yer almaktadır (81).

5.5.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerine İlişkin Özellikler Veri Toplama Formu (Ek 3)

Literatür doğrultusunda hazırlanmış olan veri toplama formunda Dm hastalığınız için tıbbi tedaviler (ilaç, insülin gibi) dışında kullandığınız tamamlayıcı ve alternatif tedaviler (TAT) var mı ,kullandığınız TAT çeşidi , TAT çeşitlerini kimden duydunuz, TAT'a başvurma nedenleri, tedaviyi kullanma zamanı, TAT kullanmadan önce sağlık çalışanına danıştınız mı, TAT etkilerini biliyor musunuz, TAT kullanımından sonra herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı, bu kullanımlardan yarar gördünüz mü, TAT kullanımında tedaviye devam ettiniz mi, TAT'ı başka DM hastalara önerir misiniz gibi 11 adet soru yer almaktadır (82).

5.5.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Ek 4)

Ölçek, yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Pender (1987) tarafından “Sağlığı Geliştirme Modelini” test etmek için geliştirilmiştir (71). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Esin tarafından 1997 yılında “Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi” adlı doktora tezinde yapılmış ve ülkemizde kullanımı için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır (83).

Ölçek toplam 48 maddeden ve kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi olmak üzere toplam 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin tümünün puanı Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puanını oluşturmaktadır. Dörtlü likert tipteki ölçeğin maddelerinin tamamı

olumludur. Hiçbir zaman yanıtı için 1, bazen yanıtı için 2, sık sık yanıtı için 3, düzenli olarak yanıtı için 4 puan verilir. Her bir alt ölçek kendi arasında bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin en düşük puanı 48 en yüksek puanı 192 dir. Kendini gerçekleştirme alt grubu için, en düşük puan 13, en yüksek puan 52'dir. Sağlık sorumluluğu alt grubu için, en düşük puan 10, en yüksek puan 40'dir. Egzersiz alt grubu için, en düşük puan 5, en yüksek puan 20'dir. Beslenme alt grubu için, en düşük puan 6, en yüksek puan 24'dür. Kişilerarası destek ve stres yönetimi alt grubu için, en düşük puan 7 en yüksek puan 28'dir. Yüksek puan yüksek sağlık değerine sahip olduğunu göstermektedir (83).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarının cronbach alpha değerleri kendini gerçekleştirme 0,92 , sağlık sorumluluğu 0,83 ,egzersiz 0,75, beslenme 0,75, kişilerarası destek 0,80, stres yönetimi 0,78, sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı 0,95'dir. Çalışmamızın SYBD alt boyutlarının cronbach alpha değerleri ise kendini gerçekleştirme 0,88, sağlık sorumluluğu 0,91, egzersiz 0,92, beslenme 0,94, kişilerarası destek 0,89, stres yönetimi 0,90, sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı 0,93 olarak bulundu. Bu çalışma için yapılan analiz sonucunda elde edilen SYBD puan sınıflandırılması 48-95 arası puan düşük, 96-144 arası puan orta, 145-192 arası puan yüksek olarak değerlendirildi.

5.6. Uygulama

Araştırma, veri toplama formları ile Eylül 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında İstanbulda yer alan kamuya ait bir eğitim ve araştırma hastanesinin dahiliye kliniği ve polikliniğine başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun hastalar ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın amacı açıklandıktan sonra hastaların yazılı onamları alınmış, araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan veri toplanmıştır. Verilerin toplanması her bir hasta için yaklaşık 15 -20 dakika sürmüştür.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler IBM - SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma

kullanılmıştır. Hipotez testlerinin uygulanmasında normal dağılım varsayımları dikkate alındı. Bağımlı değişkenlerin tanımlayıcı özelliklere göre normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Araştırma değişkeninin normal dağılım gösterdiği saptandı ($p>0,05$). Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanıldı. Verilerin analizinde parametrik yöntemler olarak iki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli

Verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanıldı. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanıldı. Araştırma verileri değişkenler arasında pearson korelasyon ve regresyon analizi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir (175).

r	İlişki
0,00-0,25	Çok Zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok Yüksek

Şekil 4. Korelasyon kat sayısı (r) değerleri

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulun'dan etik kurul izni (Karar No: 353 Tarih: 22/06/2016) (EK5), Araştırmanın yapıldığı hastanenin bağlı olduğu Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği'nden 40580992/501.07.01 sayılı kurum izni (EK6) alınmıştır. Çalışma, araştırmaya katılmaya gönüllü hastalara ilgili açıklamalar yapıldıktan sonra yazılı onamları (EK 7) alınarak yürütülmüştür. Hastaların çalışmaya dair bilgileri yapılan bu çalışma için kullanılmış ve gizlilik ilkesi gözetilmiştir.

6.BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan hastalardan toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 6. 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Bulgular (n = 1007)

	Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Yaş ortalaması (54,441±12,680)	30 ve altı	43	4,3
	31-40	93	9,2
	41-50	217	21,5
	51-60	302	30,0
	61-70	263	26,1
	70 üzeri	89	8,8
Cinsiyet	Erkek	369	36,6
	Kadın	638	63,4
Medeni Durum	Evli	929	92,3
	Bekar	78	7,7
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	141	14,0
	İlkokul	386	38,3
	Ortaokul	249	24,7
	Lise	141	14,0
	Lisans ve üzeri	90	8,9
Meslek	Memur	80	7,9
	İşçi	271	26,9
	Serbest meslek	77	7,6
	Ev hanımı	395	39,2
	Emekli	130	12,9
	Diğer	54	5,4
Ekonomik Durum	İyi	149	14,8
	Orta	804	79,8
	Kötü	54	5,4
Yaşanılan Yer	İl	431	42,8
	İlçe	523	51,9
	Köy kasaba	53	5,3
Sosyal Güvence Durumu	Var	906	90,0
	Yok	101	10,0

Tablo 6.1’de Hastaların sosyodemografik özelliklerinin ait bulgular verilmiştir.

Hastaların yaş ortalaması (54,441±12,680) olup, %21,5'i 41-50, %30,0'ı 51-60, %26,1'i 61-70 yaş aralığında bulunmaktaydı. Hastaların %63,4'ü kadın olup, büyük çoğunluğu (%92,3) evliydi. Hastalar öğrenim durumları açısından incelendiğinde %38,3 ilkokul, %24,7'si ortaokul, %14,0'ı lise mezunuydu. Hastaların %39,2'si ev hanımı, %26,9'u işçi, %7,9'u memur ve %7,6'sı serbest meslek çalışanıydı. Çoğunluğunun ekonomik durumunun (%79,8) orta, %14,8'inin iyi, %5,4'ünün kötü düzeyde olduğu ve %51,9'unun ilçede, %42,8'inin ilde, küçük bir kısmının ise (%5,3) köy kasabada yaşadığı bulundu. Hastaların büyük çoğunluğunun (%90,0) sosyal güvencesi mevcuttu.

Tablo 6.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Ait Bulgular (n = 1007)

Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
DM Tipi	Tip 1	193	19,2
	Tip 2	814	80,8
DM Süresi	1-5 yıl	291	28,9
	6-10 yıl	221	21,9
	10 yıl üzeri	495	49,2
Başka hastalığın varlığı	Var	346	34,4
	Yok	661	65,6
DM'a bağlı sağlık sorunu oluşma durumu	Var	109	10,8
	Yok	898	89,2
Uygulanan DM tedavisi	Oral antidiyabetik	333	33,1
	İnsülin	330	32,8
	İnsülin+oral antidiyabetik	344	34,2
DM tedavi süresi	1-5 yıl	333	33,1
	6-10 yıl	221	21,9
	10 yıl üzeri	453	45,0
DM konusunda bilgi alma durumu	Evet	857	85,1
	Hayır	150	14,9
DM konusunda bilgiyi aldığı kişi	Hemşire	314	36,6
	Hekim	484	56,5
	Diyetisyen	59	6,9
DM konusunda alınan bilgiyi yeterli bulma durumu	Evet	704	82,1
	Hayır	153	17,9

Tablo 6.2'de hastaların hastalık özelliklerine ait bulgular verilmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğu (%80,8) Tip 2 DM tanısına sahip olup, hemen hemen yarısı (%49,2) 10 yıldan uzun süredir DM hastasıydı. Hastaların yarısından fazlasının (%65,6) başka bir hastalığı ve büyük çoğunluğunun (%89,2) DM'a bağlı sağlık sorunu bulunmamaktaydı. Uygulanan DM tedavisi yönünden değerlendirildiğinde %33,1'inin oral antidiyabetik, %32,8'inin insülin, %34,2'nin hem oral antidiyabetik hem insülin kullandığı ve %45'inin 10 yıldan fazladır tedavi gördüğü saptandı. DM konusunda hastaların büyük kısmı (%85,1) bilgi aldığını ve bilgi alanların yarısından fazlasının (%56,5) bu bilgiyi hekimden, daha düşük oranda (%36,6) ise hemşireden aldığı belirlendi. DM konusunda bilgi alanlar, yüksek oranda (%82,1) aldığı bilgiyi yeterli bulduğunu ifade etti.

Tablo 6.3. Metabolik Değişkenlere Ait Bulgular (n = 1007)

Metabolik Değişkenlikler	Ort	Ss	Min.	Max.
Açlık kan şekeri	149,585	38,544	68,000	425,000
Tokluk kan şekeri	257,432	58,993	108,000	600,000
HbA1c	8,802	2,657	5,000	27,000

Tablo 6.3'de hastaların metabolik değişkenler ortalaması verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların açlık kan şekeri ortalaması ($149,585 \pm 38,544$), tokluk kan şekeri ortalaması ($257,432 \pm 58,993$), HbA1c ortalaması ($8,802 \pm 2,657$) olarak bulunmuştur.

Tablo 6.4. Hastaların TAT Kullanım Özelliklerine Ait Bulgular (n = 1007)

Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
TAT kullanma durumu	Evet	517	51,3
	Hayır	490	48,7
Kullanılan TAT türleri	Şifalı bitkiler	370	71,6
	Mega vitamin tedavisi	11	2,1
	Aroma terapi	34	6,6
	Yoga	2	0,4
	Akupunktur	3	0,6
	Bioenerji	1	0,2
	Masaj	6	1,2
	Kaplıca	60	11,6
	Vakum kupa	1	0,2
	Hacamat	21	4,1
	Dinsel tedavi	2	0,4
	Sülük tedavisi	6	1,2
	TAT kullanımını ile ilgili bilgi kaynağı	Komşular	152
Akrabalar		244	47,2
Arkadaşlar		58	11,2
Tv Radyo Gazete Internet		36	7,0
Aktar		20	3,9
Hekim		2	0,4
Hemşire		4	0,8
Diğer		1	0,2
TAT kullanma süresi	DM tanısı konur konmaz	218	42,2
	Hastalığın ilerleyen dönemlerinde	299	57,8
TAT kullanmadan önce sağlık çalışanına danışma durumu	Evet	173	33,5
	Hayır	344	66,5
TAT kullanımının etkilerini bilme durumu	Evet	197	38,1
	Hayır	320	61,9
TAT kullanmaya başladıktan sonra sağlık sorunu yaşama durumu	Evet	18	3,5
	Hayır	499	96,5
TAT kullanımından yarar görme durumu	Evet	353	68,3
	Hayır	164	31,7
TAT ile birlikte tıbbi tedaviye devam etme durumu	Evet	429	83,0
	Hayır	88	17,0
TAT kullanımını DM hastalarına önerme	Evet	255	49,3
	Hayır	262	50,7

Tablo 6.4’de hastaların TAT kullanım özelliklerine ait bulgular verilmiştir.

Hastalarının yarısının (%51,3) TAT kullandığı ve TAT kullanıldığını ifade eden bu hastaların çoğunluğunun (%71,6) şifalı bitkiler, %11,6'sının kaplıca, %4,1'inin hacamat, %6,6'sının aroma terapi, %2,1'sinin mega vitamin tedavisi, daha düşük oranlarda ise masaj (%1,2), sülük tedavisi (%1,2), akupunktur (%0,6), dinsel tedavi (%0,4), yoga (%0,4), bioenerji (%0,2), vakum kupa (%0,2) tercih ettiği bulundu. TAT kullanımını ile ilgili bilgi kaynağı olarak ise hastaların %47,2'si akrabalarını, %29,4'ü komşularını, %11,2'si arkadaşlarını, %7'si ise tv radyo gazete internet ise belirtti.

Hastaların %57,8'sinin hastalığın ilerleyen dönemlerinde TAT kullandığı, %66,5'inin TAT kullanmadan önce sağlık çalışanına danışmadığı, %61,9'unun TAT etkilerini bilmediği, %96,5'inin TAT kullanmaya başladıktan sonra sağlık sorunu yaşamadığı, %68,3'ünün TAT kullanımından yarar gördüğü, %83'ünün TAT ile birlikte tıbbi tedaviye devam ettiği ve yarısının (%50,7) TAT kullanımını DM hastalarına önermediği belirlendi.

Tablo 6.5. Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin TAT Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı (n = 1007)

Özellikler	Tat Kullanma Durumu		Tatdan Önce Sağlık Çalışanına Danışma Durumu		Tatın Etkilerini Bilme Durumu		Tatdan Sonra Sağlık Sorunu Yaşama Durumu		Tatdan Yarar Görme		Tatı Kullanma Süresi	
	Evet %	Hayır %	Evet %	Hayır %	Evet %	Hayır %	Evet %	Hayır %	Evet %	Hayır %	Dm Tanısı Konur Konmaz %	Hastalığın İlerleyen Dönemlerinde %
Yaş												
30 Ve Altı	23,3	76,7	40,0	60,0	40,0	60,0	0,0	100,0	70,0	30,0	30,0	70,0
31-40	23,7	76,3	59,1	40,9	59,1	40,9	0,0	100,0	68,2	31,8	54,5	45,5
41-50	42,9	57,1	44,1	55,9	39,8	60,2	2,2	97,8	64,5	35,5	58,1	41,9
51-60	56,0	44,0	31,4	68,6	36,7	63,3	4,1	95,9	68,0	32,0	39,6	60,4
61-70	63,9	36,1	29,2	70,8	37,5	62,5	4,2	95,8	72,0	28,0	38,7	61,3
70 Üzeri	61,8	38,2	23,6	76,4	32,7	67,3	3,6	96,4	63,6	36,4	30,9	69,1
	$\chi^2=71,384$ *** $p=0,000$		$\chi^2=15,759$ ** $p=0,008$		$\chi^2=15,509$ ** $p=0,008$		$\chi^2=5,079$ $p=0,406$		$\chi^2=2,103$ $p=0,835$		$\chi^2=2,261$ $p=0,812$	
Cinsiyet												
Erkek	49,6	50,4	41,0	59,0	44,3	55,7	3,3	96,7	73,8	65,3	42,6	57,4
Kadın	52,4	47,6	29,3	70,7	34,7	65,3	3,6	96,4	26,2	34,7	41,9	58,1
	$\chi^2=0,712$ $p=0,218$		$\chi^2=7,197$ * $p=0,005$		$\chi^2=4,554$ * $p=0,021$		$\chi^2=0,035$ $p=0,535$		$\chi^2=3,945$ * $p=0,029$		$\chi^2=0,024$ $p=0,475$	
Medeni Durum												
Evli	53,4	46,6	32,9	67,1	36,9	63,1	3,4	96,6	67,9	32,1	42,6	57,4
Bekar	26,9	73,1	47,6	52,4	66,7	33,3	4,8	95,2	76,2	23,8	41,9	58,1
	$\chi^2=20,178$ *** $p=0,000$		$\chi^2=1,970$ $p=0,123$		$\chi^2=7,571$ ** $p=0,007$		$\chi^2=0,107$ $p=0,532$		$\chi^2=0,633$ $p=0,296$		$\chi^2=1,659$ $p=0,144$	

$p<0,05$ = * p
 $p<0,01$ = ** p
 $p<0,001$ = *** p

Tablo 6.5. Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin TAT Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı Devamı (n = 1007)

Öğrenim Durumu												
Okur Yazar Degil	62,4	37,6	17,0	83,0	29,5	70,5	6,8	93,2	68,2	31,8	28,4	71,6
İlkokul	51,8	48,2	26,5	73,5	28,0	72,0	3,0	97,0	65,0	35,0	42,5	57,5
Ortaokul	57,4	42,6	44,1	55,9	46,2	53,8	2,1	97,9	69,9	30,1	51,0	49,0
Lise	41,8	58,2	39,0	61,0	49,2	50,8	5,1	94,9	61,0	39,0	40,7	59,3
Lisans Ve Üzeri	30,0	70,0	70,4	29,6	74,1	25,9	0,0	100,0	100,0	0,0	40,7	59,3
	$\chi^2=32,145$ *** p=0,000		$\chi^2=39,541$ *** p=0,000		$\chi^2=33,185$ *** p=0,000		$\chi^2=5,293$ p=0,259		$\chi^2=15,153$ * p=0,004		$\chi^2=11,542$ * p=0,021	
Meslek												
Memur	31,2	68,8	32,0	68,0	48,0	52,0	8,0	92,0	80,0	20,0	52,0	48,0
İşçi	56,8	43,2	42,9	57,1	38,3	61,7	1,9	98,1	61,0	39,0	57,8	42,2
Serbest Meslek	37,7	62,3	44,8	55,2	37,9	62,1	3,4	96,6	72,4	27,6	48,3	51,7
Evhanımı	52,2	47,8	22,3	77,7	35,4	64,6	4,4	95,6	71,4	28,6	34,0	66,0
Emekli	64,6	35,4	29,8	70,2	31,0	69,0	3,6	96,4	63,1	36,9	29,8	70,2
Diğer	35,2	64,8	78,9	21,1	84,2	15,8	0,0	100,0	94,7	5,3	36,8	63,2
	$\chi^2=36,873$ * p=0,000		$\chi^2=37,449$ * p=0,000		$\chi^2=20,610$ *** p=0,001		$\chi^2=3,767$ p=0,583		$\chi^2=13,627$ * p=0,018		$\chi^2=28,036$ *** p=0,000	
Ekonomik Durum												
İyi	45,6	54,4	50,0	50,0	58,8	41,2	5,9	94,1	92,6	7,4	44,1	55,9
Orta	52,2	47,8	32,1	67,9	34,3	65,7	3,1	96,9	63,6	36,4	43,1	56,9
Kötü	53,7	46,3	13,8	86,2	44,8	55,2	3,4	96,6	79,3	20,7	24,1	75,9
	$\chi^2=2,320$ p=0,313		$\chi^2=13,720$ *** p=0,001		$\chi^2=15,530$ *** p=0,000		$\chi^2=1,353$ p=0,508		$\chi^2=24,570$ *** p=0,000		$\chi^2=4,120$ p=0,127	
Yaşanılan Yer												
İl	47,1	52,9	32,0	68,0	36,9	63,1	3,9	96,1	76,4	23,6	41,9	58,1
İlçe	54,3	45,7	35,9	64,1	38,7	61,3	3,2	96,8	63,7	36,3	44,7	55,3
Köy Kasaba	56,6	43,4	20,0	80,0	40,0	60,0	3,3	96,7	56,7	43,3	20,0	80,0
	$\chi^2=5,527$ p=0,063		$\chi^2=3,399$ p=0,183		$\chi^2=0,209$ p=0,901		$\chi^2=0,212$ p=0,899		$\chi^2=10,691$ * p=0,005		$\chi^2=6,810$ * p=0,033	
Sosyal Güvence												
Var	51,7	48,3	33,5	66,5	35,9	64,1	3,2	96,8	67,9	32,1	41,7	58,3
Yok	48,5	51,5	32,7	67,3	59,2	40,8	6,1	93,9	71,4	28,6	46,9	53,1
	$\chi^2=0,359$ p=0,311		$\chi^2=0,016$ p=0,519		$\chi^2=10,198$ * p=0,001		$\chi^2=1,123$ p=0,238		$\chi^2=0,248$ p=0,374		$\chi^2=0,506$ p=0,287	
Diyabet Tipi												
Tip 1	36,3	63,7	42,9	57,1	54,3	45,7	8,6	91,4	64,3	35,7	40,0	60,0
Tip 2	54,9	45,1	32,0	68,0	35,6	64,4	2,7	97,3	68,9	31,1	42,5	57,5
	$\chi^2=21,708$ *** p=0,000		$\chi^2=3,210$ p=0,051		$\chi^2=8,988$ *** p=0,002		$\chi^2=6,242$ * p=0,024		$\chi^2=0,596$ p=0,261		$\chi^2=0,156$ p=0,398	
Diyabet Süresi												
1-5 Yıl	29,6	70,4	37,2	62,8	38,4	61,6	3,5	96,5	69,8	30,2	58,1	41,9
6-10 Yıl	46,2	53,8	35,3	64,7	33,3	66,7	3,9	96,1	65,7	34,3	51,0	49,0
10 Yıl Üzeri	66,5	33,5	31,9	68,1	39,5	60,5	3,3	96,7	68,7	31,3	35,3	64,7
	$\chi^2=102,996$ *** p=0,000		$\chi^2=1,050$ p=0,592		$\chi^2=1,264$ p=0,531		$\chi^2=0,077$ p=0,962		$\chi^2=0,431$ p=0,806		$\chi^2=18,685$ *** p=0,000	
Kronik Hastalık												
Var	56,4	43,6	25,1	74,9	37,4	62,6	5,6	94,4	72,8	27,2	35,4	64,6
Yok	48,7	51,3	38,5	61,5	38,5	61,5	2,2	97,8	65,5	34,5	46,3	53,7
	$\chi^2=5,312$ p=0,013		$\chi^2=9,767$ *** p=0,001		$\chi^2=0,059$ p=0,441		$\chi^2=4,345$ p=0,035		$\chi^2=2,982$ p=0,051		$\chi^2=5,905$ *** p=0,009	

p<0.05 = * p
p<0.01 = ** p
p<0.001 = *** p

Tablo 6.5. Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin TAT Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı Devamı (n = 1007)

DM'ye Bağlı Sağlık Sorunu												
Var	51,4	48,6	21,4	78,6	26,8	73,2	12,5	87,5	73,2	26,8	30,4	69,6
Yok	51,3	48,7	34,9	65,1	39,5	60,5	2,4	97,6	67,7	32,3	43,6	56,4
	$\chi^2=0,000$ p=0,538		$\chi^2=4,085$ *p=0,028		$\chi^2=3,411$ *p=0,042		$\chi^2=15,200$ ***p=0,001		$\chi^2=0,706$ p=0,248		$\chi^2=3,591$ p=0,038	
DM Tedavisi												
Oral Antidiyabetik	37,8	62,2	32,5	67,5	45,2	54,8	4,8	95,2	73,0	27,0	47,6	52,4
İnsülin	58,5	41,5	39,9	60,1	35,8	64,2	3,1	96,9	60,1	39,9	43,0	57,0
İnsülin+ oral Antidiyabetik	57,6	42,4	27,8	72,2	35,9	64,1	3,0	97,0	73,2	26,8	37,9	62,1
	$\chi^2=36,368$ ***p=0,000		$\chi^2=6,510$ *p=0,039		$\chi^2=3,595$ p=0,166		$\chi^2=0,814$ p=0,665		$\chi^2=9,504$ ***p=0,009		$\chi^2=3,084$ p=0,214	
DM Tedavi Süresi												
1-5 Yıl	29,7	70,3	35,4	64,6	38,4	61,6	3,0	97,0	69,7	30,3	56,6	43,4
6-10 Yıl	50,2	49,8	35,1	64,9	36,0	64,0	5,4	94,6	66,7	33,3	46,8	53,2
10 Yıl üzeri	67,8	32,2	32,2	67,8	38,8	61,2	2,9	97,1	68,4	31,6	35,8	64,2
	$\chi^2=111,311$ ***p=0,000		$\chi^2=0,502$ p=0,778		$\chi^2=0,261$ p=0,878		$\chi^2=1,559$ p=0,459		$\chi^2=0,227$ p=0,893		$\chi^2=14,468$ ***p=0,001	
DM Hakkında Bilgi Alma												
Evet	54,1	45,9	33,8	66,2	38,8	61,2	3,0	97,0	69,6	30,4	42,2	57,8
Hayır	35,3	64,7	30,2	69,8	32,1	67,9	7,5	92,5	56,6	43,4	57,8	58,5
	$\chi^2=18,078$ ***p=0,000		$\chi^2=0,284$ p=0,357		$\chi^2=0,910$ p=0,212		$\chi^2=2,905$ p=0,102		$\chi^2=3,716$ p=0,040		$\chi^2=0,010$ p=0,520	
Bilgi Kaynağı												
Hemşire	52,9	47,1	34,3	65,7	42,2	57,8	3,6	96,4	65,7	34,3	42,8	57,2
Hekim	55,4	44,6	31,7	68,3	34,7	65,3	3,0	97,0	72,0	28,0	39,9	60,1
Diyetisyen	50,8	49,2	50,0	50,0	56,7	43,3	0,0	100,0	70,0	30,0	60,0	40,0
	$\chi^2=0,759$ p=0,684		$\chi^2=4,058$ p=0,131		$\chi^2=6,723$ *p=0,035		$\chi^2=1,137$ p=0,566		$\chi^2=1,958$ p=0,376		$\chi^2=4,486$ p=0,106	
Bilgiyi Yeterli Bulma												
Evet	55,5	44,5	36,3	63,7	41,2	58,8	3,3	96,7	69,6	30,4	42,2	57,8
Hayır	47,7	52,3	20,5	79,5	26,0	74,0	1,4	98,6	69,9	30,1	42,5	57,5
	$\chi^2=3,101$ *p=0,047		$\chi^2=6,833$ *p=0,005		$\chi^2=5,946$ ***p=0,009		$\chi^2=0,803$ p=0,325		$\chi^2=0,003$ p=0,540		$\chi^2=0,002$ p=0,533	

p<0.05 = * p
p<0.01 = ** p
p<0.001 = *** p

Tablo 6.5'de Sosyodemografik ve hastalık özelliklerin TAT kullanım özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Hastaların yaşa göre TAT kullanma durumu; en yüksek oran (%63,9) 61-70 yaş arası grubunda, en düşük oran 30 ve altı yaş grubunda idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). 61-70 yaş grubu dahil olmak üzere yaş ile birlikte TAT kullanımının arttığı saptandı. 31-40 yaş grubunun, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma açısından en yüksek orana (%59,1), 70 üzeri yaş grubunun ise en düşük orana (%23,6) sahip olduğu saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup, 51-60 yaş itibariyle yaş arttıkça TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma durumu azalmaktadır ($p<0.05$). TAT etkilerini bilme durumunda en yüksek oran 31-40 yaş arası (%59,1), en düşük oran (%32,7) ise 70 ve üzeri yaş grubunda olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p<0.05$). Yaşa göre TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama, TAT kullanımından yarar görme ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmadı ($p>0.05$).

Cinsiyete göre kadınlarda (%52,4) erkeklerden daha yüksek olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). TAT kullanımı öncesi sağlık çalışanına danışma durumu, TAT etkilerini bilme durumu ve TAT kullanımından yarar görme durumu erkeklerde (%41, %44,1, %73,8) kadınlardan (%29,3, %37,4, %26,2) daha fazla idi ve gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Cinsiyete göre TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Medeni duruma göre evli hastaların (%53,4) , bekar hastalardan (%26,9) daha fazla TAT kullandığı, TAT kullanım etkilerini bilme oranlarının ise (%66,7) bekar hastalarda (%36,9) evli hastalardan daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu saptandı ($p<0.05$). Medeni duruma göre TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma, TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama, TAT kullanımından yarar görme ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların öğrenim düzeylerine göre TAT kullanma, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma, TAT kullanımının etkilerini bilme, TAT kullanımından yarar görme durumu ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark bulundu. ($p < 0.05$). TAT kullanım durumunda en yüksek oran (%62,4) okur yazar olmayan hastalara, en düşük oran ise (%30) lisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olan hastalara ait ve ortaokul itibariyle öğrenim durumu arttıkça TAT kullanım durumu azalmakta idi. TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma oranının, lisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahip hastalarda en yüksek (%70,4), okur yazar olmayan hastalarda en düşük (%17) olduğu belirlendi. TAT kullanım etkilerini bilme oranının, lisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahip hastalarda en yüksek (%74,1), ilkokul mezunu hastalarda en düşük (%28) olduğu saptandı. TAT kullanımından yarar görme oranı, lisans ve üzeri öğrenim düzeyinde olan hastalara en yüksek (%100), lise mezunu hastalarda en düşük (%61) idi. TAT kullanma süresinde, en yüksek oran (%51) ortaokul mezunu, en düşük oran (%28,4) okur yazar olmayan hastalarda idi. TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama durumu bakımından gruplar arasında istatistiksel anlamda fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Hastaların meslek durumuna göre; TAT kullanma, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma, TAT kullanımının etkilerini bilme, TAT kullanımından yarar görme durumu ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$). TAT kullanım oranı emekli hastalarda (%64,6) en yüksek, memur hastalarda (%31,2) en düşük idi. TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma oranı, mesleğini diğer olarak ifade eden hastalarda (%78,9) en yüksek, ev hanımlarında (%22,3) en düşük olarak saptandı. TAT kullanım etkilerini bilme oranında, en yüksek oran (%84) mesleğini diğer olarak ifade eden hastalarda, en düşük oran ise emekli hastalarda idi. TAT kullanımından yarar görme oranı, yine mesleğini diğer olarak ifade eden hastalarda en yüksek (%94,7), işçi hastalarda en düşük (%61) olarak saptandı. TAT kullanma süresi açısından, en yüksek oran (%57,8) işçi, en düşük oran (%29,8) emekli hastalara aitti. Hastaların meslek durumuna göre; TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamda fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Hastaların ekonomik durumuna göre; TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma, TAT kullanımının etkilerini bilme ve TAT kullanımından yarar görme durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$). TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma oranı en yüksek (%50) gelir

düzeıı iyi olan hastalara, en düşük (%13,8) gelir düzeıı kötü hastalara aitti ve gelir düzeıı azaldıkça TAT kullanımından önce sağlık alışanıma danışma oranı arttığı bulundu. TAT kullanımının etkilerini bilme ve TAT kullanımından yarar görme oranı, gelir düzeıı iyi olan hastalara en yüksek (%58,8, %92,6), orta gelir düzeııne sahip hastalarda en düşük (%34,3, %63,6) idi. Hastaların ekonomik durumuna göre; TAT kullanım, TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama durumu ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel anlamda fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların yaşadığı yere göre TAT kullanımından yarar görme durumu ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). TAT kullanımından yarar görme oranı, en yüksek (%76,4) ilde yaşayan, en düşük (%56,7) köy kasabada yaşayan hastalara aitti. TAT kullanma süresi açısından ilçede yaşayan hastaların %44,7'sinin, köy kasabada yaşayan hastaların %20'sinin DM tanısı konur konmaz TAT kullanmaya başladığı bulundu. Hastaların yaşadığı yere göre; TAT kullanım, TAT kullanımından önce sağlık alışanıma danışma, TAT kullanımının etkilerini bilme ve TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların sosyal güvencesi olma durumuna göre, TAT kullanımının etkilerini bilme oranı değerlendirildiğinde, sosyal güvencesi olmayanların (%59,2) sosyal güvencesi olanlardan (%35,9) daha yüksek orana sahip olduğu saptandı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Hastaların sosyal güvencesi olma durumuna göre; TAT kullanım, TAT kullanımından önce sağlık alışanıma danışma, TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama, TAT kullanımından yarar görme durumu ve TAT kullanma süresi açısından bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların Diyabet tipine göre, TAT kullanım, TAT kullanımının etkilerini bilme ve TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama durumu açısından gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). TAT kullanımının etkilerini bilme ve TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama oranı, Tip 1 DM hastalarında (%54,3, %8,6) Tip 2 DM (%35,6, %2,7) hastalarından daha yüksek bulundu. TAT

kullanım oranlarının ise Tip 2 DM hastalarında (%54,9) Tip 1 DM hastalarından (%36,3) daha düşük olduğu belirlendi. Hastaların Diyabet tipine göre, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma, TAT kullanımından yarar görme durumu ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların DM süresine göre TAT kullanım durumları ve TAT kullanma süreleri açısından gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p<0.05$). Hastaların DM süresi arttıkça TAT kullanım oranının da arttığı, en yüksek TAT kullanım oranının (%66,5) 10 yıl ve daha uzun süredir DM hastası olan gruba ait olduğu saptandı. DM tanısı konur konmaz TAT kullanmaya başlayan hastalardan, DM süresi 1-5 yıl olan hastaların %58,1'inin, DM süresi 6-10 yıl olan hastaların %51'inin, DM süresi 10 yıldan uzun olan hastaların %35,3'ünün DM tanısı konur konmaz, TAT kullanmaya başladığı bulundu. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde TAT kullanmaya başlayan hastalardan ise, DM süresi 1-5 yıl olan hastaların %41,9'unun, DM süresi 6-10 yıl olan hastaların %49'unun, DM süresi 10 yıldan uzun olan hastaların %64,7'sinin hastalığın ilerleyen dönemlerinde TAT kullanmaya TAT kullanmaya başladığı bulundu. Hastaların Diyabet süresine göre TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma, TAT kullanımının etkilerini bilme, TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama ve TAT kullanımından yarar görme durumu açısından gruplar arasında istatistiksel anlamda fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların başka bir hastalığı olma durumuna göre, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma oranı ve TAT kullanma süresi değerlendirildiğinde, başka bir hastalığı olmayanların TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma oranı (%38,5) ve TAT kullanma süresi (%46,3) başka hastalığı olanlardan (%25,1, %35,4) daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu($p<0.05$). Hastaların başka bir hastalığı olma durumuna göre TAT kullanımı, TAT kullanımının etkilerini bilme, TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama ve TAT kullanımından yarar görme durumu incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamda fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların diyabete bağlı sağlık sorunu yaşama durumuna göre TAT kullanım, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma, TAT kullanımının etkilerini bilme,

TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama, TAT kullanımından yarar görme durumu ve TAT kullanma süresi alanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı ($p>0.05$).

Hastalara uygulanan diyabet tedavisine göre TAT kullanım durumu, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma durumu ve TAT kullanımından yarar görme durumu incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). TAT kullanım oranı sadece insülin kullanan hastalarda en yüksek (%58,5) sadece oral antidiyabetik kullananlarda en düşük (%37,8), TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma oranı ise sadece insülin kullanan hastalarda en yüksek (%39,9), hem insülin hem oral antidiyabetik kullananlarda en düşük (%27,8) bulundu. TAT kullanımından yarar görme oranı en yüksek hem insülin hem oral antidiyabetik kullananlarda (%73,2), en düşük sadece insülin kullananlarda (%60,1) idi. Hastalara uygulanan diyabet tedavisine göre TAT kullanımının etkilerini bilme durumu, TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama durumu ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların diyabet tedavi süresine göre TAT kullanım durumu ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Diyabet tedavi süresi arttıķa, TAT kullanım oranının da arttığı, TAT kullanma süresinin ise azaldığı belirlendi. TAT kullanım oranı 10 yıl ve daha fazla süredir tedavi gören hastalarda en yüksek (%67,8), 1-5 yıldır tedavi gören hastalarda en düşük (%29,7) saptandı. TAT kullanım süresi 1-5 yıl arası tedavi gören hastalarda en yüksek (%56,6), 10 yıl ve daha fazla süredir tedavi gören hastalarda en düşük (%35,8) bulundu. Hastaların diyabet tedavi süresine göre TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma durumu, TAT kullanımının etkilerini bilme durumu, TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama durumu ve TAT kullanımından yarar görme durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların DM konusunda bilgi alma durumuna göre TAT kullanma ve TAT kullanımından yarar görme durumu değerlendirildiğinde, gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). DM konusunda bilgi alanların

oranı bilgi almayanlara göre, TAT kullanma ve TAT kullanımından yarar görme daha yüksek bulundu. TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma durumu, TAT kullanımının etkilerini bilme durumu, TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama durumu ve TAT kullanım süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların diyabet konusunda bilgiyi aldığı kişiye göre TAT etkilerini bilme durumu değerlendirildiğinde gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Hastaların diyabet konusunda bilgiyi aldığı kişiye göre TAT etkilerini bilme oranı en yüksek (%56,7) diyetisyen, en düşük hekim (%34,7) yanıtı veren hasta grubuna aitti. TAT kullanımı, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma durumu, TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama durumu, TAT kullanımından yarar görme durumu ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların Diyabet konusunda alınan bilgiyi yeterli bulma durumuna göre TAT kullanma durumu, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma durumu ve TAT kullanımının etkilerini bilme durumu değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). TAT kullanma, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma ve TAT kullanımının etkilerini bilme oranı, bilgiyi yeterli bulanlarda (%55.5, %36.3, %41.2) yeterli bulmayanlardan (%47.7, %20.5, %26) daha yüksek olarak belirlendi. TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama durumu, TAT kullanımından yarar görme durumu ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.6. Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanları (n= 1007)

Özellikler	Kendini Gerçekleştirme (Ort±Ss)	Sağlık Sorumluluğu (Ort±Ss)	Egzersiz (Ort±Ss)	Beslenme (Ort±Ss)	Kişilerarası Destek (Ort±Ss)	Stres Yönetimi (Ort±Ss)	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (Ort±Ss)
Yaş							
30 Ve Altı	35,93±6,72	23,74±5,39	9,91±3,86	16,21±3,65	19,67±3,75	17,12±3,53	122,58±21,81
31-40	34,67±6,32	23,80±5,57	10,81±3,58	16,32±3,12	18,96±4,19	17,24±3,91	121,78±22,62
41-50	32,19±5,88	22,17±5,24	9,29±3,11	15,41±2,98	18,10±3,63	16,03±3,46	113,18±19,41
51-60	30,89±5,30	21,14±4,88	8,61±2,83	15,09±2,97	17,71±3,59	15,45±3,42	108,89±17,84
61-70	30,37±5,42	20,79±4,69	8,51±3,11	14,84±2,69	17,73±3,51	15,40±3,32	107,64±17,51
70 Üzeri	29,01±6,91	18,71±4,50	7,09±2,51	14,08±2,81	17,66±4,18	14,70±3,62	101,25±19,24
	F= 17,230 *** p= 0,000	F=13,446 ***p=0,000	F=16,410 ***p=0,000	F=7,410 ***p=0,000	F=3,830 **p=0,002	F=7,630 ***p=0,000	F=16,942 ***p=0,000
Cinsiyet							
Erkek	31,60±5,93	21,50±5,47	9,24±3,35	14,96±2,85	17,69±3,73	15,92±3,72	110,90±20,64
Kadın	31,34±6,05	21,36±4,91	8,63±3,06	15,29±3,05	18,17±3,71	15,62±3,41	110,41±19,02
	t=0,648 p=0,517	t=0,412 p=0,689	t= 2,937 ** p= 0,004	t=-1,704 p=0,089	t=-1,983 *p=0,048	t=1,303 p=0,193	t=0,380 p=0,704
Medeni Durum							
Evlü	31,26±5,80	21,21±4,93	8,71±3,06	15,10±2,92	17,94±3,66	15,58±3,45	109,80±18,79
Bekar	33,47±7,84	23,81±6,55	10,56±3,97	16,00±3,56	18,60±4,40	17,58±3,96	120,03±26,01
	t=-3,137 *p=0,017	t=-4,341 ***p=0,001	t=-5,007 ***p=0,000	t=-2,578 *p=0,032	t=-1,503 p=0,202	t=-4,862 ***p=0,000	t=-4,463 ***p=0,001
Öğrenim Durumu							
Okuryazar	29,18±5,72	17,99±3,91	6,72±2,05	13,52±2,38	18,33±3,92	14,41±3,10	100,16±14,01
Değil							
İlkokul	30,20±5,36	19,88±4,64	8,10±2,76	14,43±2,48	17,43±3,60	14,96±3,15	105,00±16,58
Ortaokul	30,78±4,89	21,82±3,64	9,00±2,53	15,34±2,83	17,45±3,37	15,41±2,80	109,79±15,07
Lise	34,42±5,50	24,72±4,35	10,41±3,11	16,82±2,96	19,06±3,53	17,31±3,72	122,75±18,04
Lisans Ve Üzeri	37,41±7,16	26,99±5,89	12,59±3,75	17,82±3,26	19,73±4,28	19,52±3,90	134,07±24,67
	F=48,502 ***p=0,000	F=89,378 ***p=0,000	F=80,046 ***p=0,000	F=55,345 ***p=0,000	F=12,170 ***p=0,000	F=51,777 ***p=0,000	F=84,843 ***p=0,000

p<0.05 = * p
p<0.01 = ** p
p<0.001 = *** p

Tablo 6.6. Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanları Devamı (n= 1007)

Meslek							
Memur	34,38±6,08	25,83±4,75	11,59±3,12	16,81±2,75	18,69±3,86	18,13±3,70	125,41±20,76
İşçi	30,78±4,57	20,92±4,28	8,75±2,86	14,90±2,64	17,55±3,06	15,00±2,83	107,90±15,41
Serbest Meslek	31,32±5,37	21,22±5,46	9,40±3,47	14,62±2,98	17,49±3,84	15,47±3,15	109,53±19,93
Evhanımı	30,62±5,75	20,28±4,54	8,01±2,70	14,74±2,84	18,09±3,71	15,30±3,25	107,03±16,73
Emekli	31,38±7,46	21,86±5,45	8,90±3,31	15,58±3,13	18,10±4,48	16,13±4,22	111,95±23,83
Diğer	36,65±7,20	24,81±7,06	10,65±4,14	16,98±3,92	18,91±4,26	18,41±4,31	126,41±26,43
	F=15,091 ***p=0,000	F=23,636 ***p=0,000	F=23,857 ***p=0,000	F=12,648 ***p=0,000	F=2,333 ***p=0,000	F=19,058 ***p=0,000	F=22,012 ***p=0,000
Ekonomik Durum							
İyi	32,99±7,26	24,18±5,58	10,21±3,67	15,92±3,36	17,75±4,06	16,99±4,37	118,03±24,86
Orta	31,33±5,64	20,93±4,89	8,62±3,05	15,07±2,87	18,08±3,62	15,55±3,35	109,58±18,27
Kötü	28,70±6,29	20,93±4,85	8,56±2,73	14,52±3,12	17,39±4,26	15,00±2,79	105,09±18,00
	F=10,897 ***p=0,000	F=26,902 ***p=0,000	F=16,545 ***p=0,000	F=6,517 **p=0,002	F=1,265 p=0,283	F=11,923 ***p=0,000	F=14,270 ***p=0,000
Yaşanılan Yer							
İl	31,39±5,63	21,92±4,72	8,91±3,12	15,29±2,91	17,78±3,43	15,62±3,42	110,91±18,36
İlçe	31,81±6,22	21,32±5,30	8,92±3,27	15,20±3,00	18,36±3,84	15,99±3,62	111,60±20,31
Köy Kasaba	28,09±5,78	18,19±5,33	7,68±2,50	13,87±3,08	16,11±4,21	14,08±3,05	98,02±18,60
	F=9,385 ***p=0,000	F=13,022 ***p=0,000	F=3,835 *p=0,022	F=5,467 **p=0,004	F=10,239 ***p=0,000	F=7,552 ***p=0,001	F=11,881 ***p=0,000
Sosyal Güvence							
Var	31,45±5,90	21,53±5,12	8,85±3,16	15,29±2,96	17,94±3,61	15,69±3,49	110,76±19,54
Yok	31,26±6,89	20,34±5,07	8,89±3,36	14,02±2,89	18,47±4,60	16,09±3,89	109,06±20,41
	t=0,313 p=0,783	t=2,227 *p=0,026	t=-0,127 p=0,899	t=4,110 ***p=0,000	t=-1,341 p=0,270	t=-1,075 p=0,283	t=0,827 p=0,409
Diyabet Tipi							
Tip 1	31,95±6,19	23,57±5,18	10,26±3,35	15,39±3,06	17,96±3,89	16,54±3,74	115,68±21,29
Tip 2	31,31±5,95	20,90±4,97	8,52±3,05	15,11±2,96	18,00±3,69	15,54±3,45	109,38±19,02
	t=1,322 p=0,187	t=6,653 ***p=0,000	t=7,021 ***p=0,000	t=1,177 p=0,239	t=-0,147 p=0,883	t=3,580 ***p=0,000	t=4,037 ***p=0,000
Diyabet Süresi							
1-5 Yıl	33,90±6,43	22,77±5,16	9,92±3,44	15,75±3,15	19,09±3,88	17,00±3,79	118,42±20,96
6-10 Yıl	31,32±5,17	21,03±5,11	8,92±3,10	15,13±2,84	17,83±3,55	15,72±3,15	109,95±18,15
10 Yıl Üzeri	30,04±5,63	20,78±4,96	8,19±2,87	14,84±2,90	17,42±3,57	14,99±3,32	106,27±18,01
	F=40,871 ***p=0,000	F=14,911 ***p=0,000	F=28,780 ***p=0,000	F=8,566 ***p=0,000	F=19,393 ***p=0,000	F=31,394 ***p=0,000	F=37,880 ***p=0,000

p<0.05 = * p
p<0.01 = ** p
p<0.001 = *** p

Tablo 6. 6. Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanları Devamı (n= 1007)

Kronik Hastalık							
Var	31,21±6,05	20,46±5,30	8,26±2,96	15,13±3,11	18,35±3,91	15,55±3,47	108,95±19,63
Yok	31,55±5,98	21,91±4,96	9,16±3,25	15,19±2,91	17,81±3,62	15,83±3,56	111,45±19,58
	t=0,868 p=0,386	t=-4,317 ***p=0,000	t=-4,297 ***p=0,000	t=-0,305 p=0,760	t=2,178 *p=0,034	t=-1,182 p=0,237	t=-1,921 p=0,055
DM'ye Bağlı Sağlık Sorunu							
Var	31,21±7,68	20,92±5,06	8,61±3,23	14,90±3,14	18,50±4,66	15,20±3,70	109,35±21,86
Yok	31,46±5,77	21,47±5,13	8,88±3,17	15,20±2,96	17,93±3,59	15,80±3,51	110,74±19,34
	t=-0,412 p=0,742	t=-1,066 p=0,287	t=-0,829 p=0,408	t=-0,993 p=0,321	t=1,516 p=0,218	t=-1,658 p=0,098	t=-0,700 p=0,526
DM Tedavisi							
Oral Antidiyabetik	33,03±6,19	21,75±5,10	9,50±3,28	15,39±2,86	18,76±3,76	16,75±3,62	115,17±19,83
İnsülin	30,53±5,12	20,79±5,01	8,46±3,03	14,89±2,87	17,45±3,53	15,00±3,17	107,12±18,18
İnsülin+Oral Antidiyabetik	30,76±6,30	21,68±5,20	8,61±3,13	15,22±3,18	17,77±3,76	15,44±3,56	109,49±19,96
	F=18,292 ***p=0,000	F=3,668 *p=0,026	F=10,532 ***p=0,000	F=2,384 p=0,093	F=11,467 ***p=0,000	F=22,913 ***p=0,000	F=15,194 ***p=0,000
DM Tedavi Süresi							
1-5 Yıl	33,40±6,35	22,45±5,32	9,79±3,45	15,62±3,16	18,81±3,86	16,69±3,75	116,76±21,07
6-10 Yıl	31,35±5,18	21,22±5,07	8,79±2,98	15,19±2,89	17,94±3,53	15,86±3,35	110,34±18,34
10 Yıl Üzeri	30,03±5,72	20,74±4,88	8,19±2,89	14,83±2,84	17,42±3,61	14,96±3,27	106,18±17,88
	F=32,068 ***p=0,000	F=11,038 ***p=0,000	F=25,565 ***p=0,000	F=6,880 ***p=0,001	F=13,756 ***p=0,000	F=24,105 ***p=0,000	F=29,490 ***p=0,000
DM Hakkında Bilgi Alma							
Evet	31,55±5,94	21,47±5,27	8,88±3,21	15,32±2,94	17,98±3,64	15,79±3,58	110,98±19,85
Hayır	30,75±6,31	21,10±4,13	8,72±3,01	14,30±3,05	18,05±4,20	15,42±3,24	108,35±18,14
	t=1,508 p=0,132	t=0,806 p=0,340	t=0,555 p=0,579	t=3,889 ***p=0,000	t=-0,211 p=0,849	t=1,169 p=0,243	t=1,519 p=0,129
Bilgi kaynağı							
Hemşire	31,19±5,07	21,31±4,51	8,58±2,81	15,11±2,63	18,07±3,45	15,74±3,39	110,01±16,19
Hekim	31,31±6,07	21,16±5,43	8,85±3,26	15,24±3,02	17,78±3,66	15,54±3,48	109,87±20,43
Diyetisyen	35,53±7,62	24,81±6,56	10,68±4,16	17,05±3,34	19,19±4,20	18,05±4,48	125,31±26,56
	F=14,625 ***p=0,000	F=13,212 ***p=0,000	F=10,902 ***p=0,000	F=11,432 ***p=0,000	F=4,114 *p=0,017	F=13,396 ***p=0,000	F=17,109 ***p=0,000
Bilgiyi Yeterli Bulma							
Evet	31,79±6,04	21,67±5,41	9,03±3,20	15,47±2,94	18,03±3,63	15,92±3,61	111,91±20,17
Hayır	30,45±5,37	20,53±4,48	8,18±3,15	14,63±2,86	17,76±3,69	15,17±3,37	106,71±17,78
	t=2,541 *p=0,011	t=2,429 **p=0,007	t=2,990 **p=0,003	t=3,222 ***p=0,001	t=0,846 p=0,398	t=2,354 *p=0,019	t=2,949 **p=0,003

p<0.05 = * p
p<0.01 = ** p
p<0.001 = *** p

Tablo 6'da sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları verilmiştir.

Hastaların yaşa göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) ölçeği puanları değerlendirildiğinde, tüm alt boyutlarda ve SYBD toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek alt boyutlarından ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı açısından en yüksek puan 30 ve altı yaş grubunda ($35,93\pm 6,72$, $19,67\pm 3,75$, $122,58\pm 21,81$), en düşük puan ise 70 üzeri yaş grubunda ($29,01\pm 6,91$, $17,66\pm 4,18$, $101,25\pm 19,24$) saptandı. Bu üç alt boyutta yaş arttıkça SYBD puanın düştüğü belirlendi. Sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt boyutlarında en yüksek puan ($23,80\pm 5,57$, $10,81\pm 3,58$, $16,32\pm 3,12$, $17,24\pm 3,91$), 31-40 yaş grubu, en düşük ($18,71\pm 4,50$, $7,09\pm 2,51$, $14,08\pm 2,81$, $14,70\pm 3,62$) puan yine 70 üzeri yaş grubuna ait olduğu bulundu. Bu dört alt boyutta ise 31-40 yaş itibariyle yaş arttıkça SYBD puanlarının azaldığı belirlendi.

Hastaların cinsiyetine göre SYBD alt boyutlarından egzersiz ve kişiler arası destek alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Egzersiz alt boyutunda erkeklerin ($9,24\pm 3,35$) kadınlardan ($8,63\pm 3,06$) daha yüksek, kişilerarası destek alt boyutunda ise kadınların ($18,17\pm 3,71$) erkeklerden ($17,69\pm 3,73$) daha yüksek puan elde ettiği saptandı. SYBD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların medeni duruma göre SYBD ölçeği puanları incelendiğinde, bekar hastaların, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanlarının ($33,47\pm 7,4,23,81\pm 6,55,10,56\pm 3,97,16,00\pm 3,56,17,58\pm 3,96,120,03\pm 26,01$),evli hastalardan($31,26\pm 5,80,21,21\pm 4,93,8,71\pm 3,06,15,10\pm 2,92,15,58\pm 3,45,109,80\pm 18,7$) daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu

saptandı ($p<0.05$). SYBD alt boyutundan kişilerarası destek alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların öğrenim durumlarına göre SYBD ölçeği puanları değerlendirildiğinde, tüm alt boyutlarda ve SYBD toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Alt boyutlarda ve SYBD toplam puanı alanında en yüksek puanı lisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olan hastaların, en düşük puan ise okur yazar olmayan hastaların elde bulundu. Ayrıca kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt boyutlarında ve SYBD toplam puanı alanında Öğrenim düzeyi arttıkça elde edilen puanların arttığı belirlendi.

Hastaların meslek durumuna göre SYBD ölçeği puanları incelendiğinde, tüm alt boyutlarda ve SYBD toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). SYBD ölçeği kendini gerçekleştirme alt boyutunda ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı alanında en yüksek puan ($36,65\pm7,20$, $126,41\pm26,43$) mesleğini diğer olarak ifade eden hastalara, en düşük puan ($30,62\pm5,75$, $107,03\pm16,73$) ise ev hanımı olan hastalara aitti. Sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt boyutlarında en yüksek puan ($25,83\pm4,75$, $11,59\pm3,12$) memur olan hastalara, en düşük puan ise ($20,28\pm4,54$, $8,01\pm2,70$) yine ev hanımı olan hastalara aitti. Beslenme ve kişilerarası destek alt boyutlarında en yüksek puanı ($16,98\pm3,92$, $18,91\pm4,26$) mesleğini diğer olarak ifade eden hastaların, en düşük puan ($14,62\pm2,98$, $17,49\pm3,84$) serbest meslek ile uğraşan hastaların aldıkları saptandı. SYBD alt boyutlarında stres yönetiminde ise mesleğini diğer olarak ifade eden hastalar en yüksek ($18,41\pm4,31$), mesleği işçi olan hastaların ise en düşük puanı ($15,00\pm2,83$) aldığı bulundu.

Hastaların ekonomik durumuna göre SYBD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı en yüksek, gelir düzeyi iyi olan hastalara ait olup gelir düzeyi arttıkça elde edilen puanların da arttığı saptandı. SYBD alt boyutunda

kişilerarası destek puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların yaşadığı yere göre SYBD ölçeği puanları incelendiğinde, tüm alt boyutlarda ve SYBD toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı açısından en yüksek puan ilçede yaşayan hastalara ($31,81\pm6,22$, $8,92\pm3,27$, $18,36\pm3,84$, $15,99\pm3,62$, $111,60\pm20,31$), en düşük puanı ise köy kasabada yaşayan hastalara ($28,09\pm5,78$, $7,68\pm2,50$, $16,11\pm4,21$, $14,08\pm3,05$, $98,02\pm18,60$) aitti. Sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutlarında en yüksek puanı ilde yaşayan hastaların ($21,92\pm4,72$, $15,29\pm2,91$), en düşük puanı köy kasabada yaşayan hastaların ($18,19\pm5,33$, $13,87\pm3,08$) aldığı bulundu.

Hastaların sosyal güvence durumuna göre SYBD alt boyutlarından sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutunda sosyal güvencesi olanların ($21,53\pm5,12$, $15,29\pm2,96$), sosyal güvencesi olmayanlardan ($20,34\pm5,07$, $14,02\pm2,89$) daha yüksek puan elde ettiği bulundu. Kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların Diyabet tipine göre, SYBD alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı alanlarında Tip 1 DM hastalarının, Tip 2 DM hastalarından daha yüksek puan aldığı ve gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme, beslenme ve kişilerarası destek alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların DM süresine göre SYBD ölçeği puanları açısından, tüm alt boyutlarda ve SYBD toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) ve DM süresi arttıkça elde edilen puanların azaldığı belirlendi.

Hastaların başka bir hastalığı olma durumuna göre SYBD ölçeği alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, egzersiz ve kişiler arası destek alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt boyutlarında, başka hastalığı olanların puanı ($20,46\pm5,30$, $8,26\pm2,96$, $18,35\pm3,91$) başka hastalığı olmayanların puanından ($21,91\pm4,96$, $9,16\pm3,25$, $17,81\pm3,62$) daha düşüktü. Kişiler arası alt boyutunda ise başka hastalığı olanların puanı ($18,35\pm3,91$), başka hastalığı olmayanların puanından ($17,81\pm3,62$) daha yüksekti. Hastaların başka bir hastalığı olma durumuna göre kendini gerçekleştirme, beslenme ve stres yönetimi alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların DM'ye bağlı sağlık sorunu oluşma durumuna göre SYBD ölçeği tüm alt boyutlarında ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastalara uygulanan diyabet tedavisine göre SYBD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanına göre en yüksek puan ($33,03\pm6,19$, $21,75\pm5,10$, $9,50\pm3,28$, $18,76\pm3,76$, $16,75\pm3,62$, $115,17\pm19,83$) sadece oral antidiyabetik kullananlara, en düşük puan ise ($30,53\pm5,12$, $20,79\pm5,01$, $8,46\pm3,03$, $17,45\pm3,53$, $15,00\pm3,17$, $107,12\pm18,18$) sadece insülin kullanan hastalara ait bulundu. Hastalara uygulanan diyabet tedavisine göre SYBD ölçeği alt boyutlarından beslenme alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların DM tedavi süresine göre SYBD ölçeği puanları açısından, tüm alt boyutlarda ve SYBD toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) ve DM tedavi süresi arttıkça elde edilen puanların azaldığı belirlendi.

Hastaların DM konusunda bilgi alma durumuna göre SYBD ölçeği alt boyutları puanı değerlendirildiğinde, sadece beslenme alt boyutunda gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) ve bilgi alanların puanının ($15,32\pm 2,94$) almayanların puanından ($14,30\pm 3,05$) daha yüksek olduğu bulundu. Hastaların DM konusunda bilgi alma durumuna göre SBYD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların diyabet konusunda bilgi kaynağına göre SYBD ölçeği puanları açısından, tüm alt boyutlarda ve SYBD toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı alanında en yüksek puan ($24,81\pm 6,56$, $19,19\pm 4,20$, $18,05\pm 4,48$, $125,31\pm 26,56$) diyetisyenden bilgi alan hastalara, en düşük puan ise ($21,16\pm 5,43$, $17,78\pm 3,66$, $15,54\pm 3,48$, $109,87\pm 20,43$) hekimden bilgi alan hastalara aitti. Kendini gerçekleştirme, egzersiz ve beslenme alt boyutlarında en yüksek puanı ($35,53\pm 7,62$, $10,68\pm 4,16$, $17,05\pm 3,34$) yine diyetisyenden bilgi alan hastaların, en düşük puanı ($31,19\pm 5,07$, $8,58\pm 2,81$, $15,11\pm 2,63$) hemşirelerden bilgi alan hastaların elde ettiği belirlendi.

Hastaların DM konusunda alınan bilgiyi yeterli bulma durumuna göre SYBD ölçeği alt boyutları puanları değerlendirildiğinde, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Bu alanlarda, bilgiyi yeterli bulan hastaların ($31,79\pm 6,04$, $21,67\pm 5,4$, $19,03\pm 3,20$, $15,47\pm 2,94$, $15,92\pm 3,61$, $111,91\pm 20,17$), bilgiyi yeterli bulmayan hastalardan daha yüksek ($30,45\pm 5,37$, $20,53\pm 4,48$, $8,18\pm 3,15$, $14,63\pm 2,86$, $15,17\pm 3,37$, $106,71\pm 17,78$) puan aldığı saptandı. Kişilerarası destek alt boyutunda, DM konusunda alınan bilgiyi yeterli bulma durumuna göre hastaların elde ettiği puan açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.7. TAT Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanları (n=1007)

TAT Özellikleri	Kendini Gerçekleştirme (Ort±Ss)	Sağlık Sorumluluğu (Ort±Ss)	Egzersiz (Ort±Ss)	Beslenme (Ort±Ss)	Kişilerarası Destek (Ort±Ss)	Stres Yönetimi (Ort±Ss)	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (Ort±Ss)
Tat Kullanma Durumu							
Evet	30,81±5,70	21,13±5,00	8,44±2,98	15,15±2,94	17,85±3,45	15,52±3,49	108,91±18,45
Hayır	32,09±6,25	21,70±5,23	9,29±3,32	15,18±3,02	18,14±3,99	15,96±3,57	112,36±20,66
	t= -3,409 ***p= 0,001	t= -1,769 p= 0,077	t= -4,239 ***p= 0,000	t= -0,153 p= 0,878	t= -1,218 p= 0,225	t= -1,983 *p= 0,048	t= -2,800 *p= 0,005
Tat Kullanma Süresi							
Dm Tanısı Konur Konmaz	31,69±5,29	22,06±4,85	9,14±2,97	15,69±2,99	18,10±3,34	16,26±3,47	112,94±18,06
Hastalığın İlerleyen Dönemlerinde	30,17±5,90	20,46±5,01	7,93±2,89	14,76±2,85	17,68±3,53	14,98±3,40	105,98±18,21
	t= 3,030 **p= 0,003	t= 3,638 ***p= 0,000	t= 4,644 ***p= 0,000	t= 3,569 ***p= 0,000	t= 1,358 p= 0,175	t= 4,189 ***p= 0,000	t= 4,306 ***p= 0,000
TAT Kullanmadan Önce Sağlık Çalışanına Danışma Durumu							
Evet	31,40±6,06	22,36±5,59	9,28±3,31	15,75±3,16	17,84±3,39	15,95±3,88	112,58±20,81
Hayır	30,51±5,49	20,51±4,56	8,02±2,71	14,85±2,79	17,86±3,49	15,30±3,25	107,07±16,88
	t= 1,668 p= 0,096	t= 4,026 ***p= 0,000	t= 4,601 ***p= 0,000	t= 3,277 **p= 0,002	t= -0,051 p= 0,959	t= 2,001 p= 0,060	t= 3,233 ***p= 0,003
TAT'ın Etkilerini Bilme Durumu							
Evet	32,31±6,08	22,39±5,86	9,05±3,28	15,76±3,31	18,40±3,75	16,73±3,82	114,64±19,94
Hayır	29,88±5,25	20,36±4,22	8,07±2,72	14,78±2,63	17,52±3,22	14,77±3,04	105,38±16,55
	t= 4,810 ***p= 0,000	t= 4,572 ***p= 0,000	t= 3,650 ***p= 0,001	t= 3,733 ***p= 0,000	t= 2,813 **p= 0,007	t= 6,455 ***p= 0,000	t= 5,705 ***p= 0,000
Tat Kullanmaya Başladıktan Sonra Sağlık Sorunu Yaşama							
Evet	31,50±6,52	20,72±5,84	8,56±2,45	15,28±3,23	19,11±3,71	16,83±4,22	112,00±19,99
Hayır	30,79±5,67	21,15±4,97	8,44±3,00	15,15±2,94	17,81±3,44	15,47±3,45	108,80±18,41
	t= 0,522 p= 0,602	t= -0,355 p= 0,723	t= 0,163 p= 0,871	t= 0,183 p= 0,855	t= 1,573 p= 0,116	t= 1,634 p= 0,103	t= 0,723 p= 0,470
TAT'dan Yarar Görme							
Evet	31,31±5,85	21,40±5,00	8,54±3,03	15,38±3,00	18,05±3,41	15,59±3,50	109,51±18,37
Hayır	29,74±5,22	20,55±4,96	8,24±2,88	14,66±2,76	16,91±3,54	15,16±3,42	106,00±18,68
	t= 2,939 **p= 0,003	t= 1,797 p= 0,073	t= 1,035 p= 0,301	t= 2,616 p= 0,009	t= 2,840 ***p= 0,005	t= 1,056 p= 0,292	t= 1,627 p= 0,104
TAT kullanımını DM Hastalarına Önerme							
Evet	31,90±5,99	21,59±5,48	8,47±3,21	15,55±3,19	18,61±3,52	16,14±3,93	112,26±19,91
Hayır	29,75±5,19	20,69±4,45	8,42±2,75	14,76±2,64	17,12±3,23	14,91±2,87	105,65±16,30
	t= 4,372 ***p= 0,000	t= 2,046 *p= 0,042	t= 0,208 p= 0,836	t= 3,073 **p= 0,002	t= 5,003 ***p= 0,000	t= 4,080 ***p= 0,000	t= 4,137 ***p= 0,000

p<0.05 = * p
p<0.01 = ** p
p<0.001 = *** p

Tablo 6.7'de TAT özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları verilmiştir.

Hastaların TAT kullanım durumuna göre SYBD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme, egzersiz, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu alanlarda, TAT kullanmayan hastaların puanın ($32,09\pm6,25$, $9,29\pm3,32$, $15,96\pm3,57$, $112,36\pm20,66$), TAT kullanan hastaların puanından ($30,81\pm5,70$, $8,44\pm2,98$, $15,52\pm3,49$, $108,91\pm18,45$) daha yüksek olduğu saptandı. Hastaların TAT kullanım durumuna göre SYBD sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası destek alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların TAT kullanım süresine göre SYBD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu alanlarda DM tanısı konar konmaz TAT kullanmaya başlayan hastaların puanı ($31,69\pm5,29$, $22,06\pm4,85$, $9,14\pm2,97$, $15,69\pm2,99$, $16,26\pm3,47$, $112,94\pm18,06$), DM tanısının ilerleyen dönemlerinde TAT kullanmaya başlayan hastaların puanından ($30,17\pm5,90$, $20,46\pm5,01$, $7,93\pm2,89$, $14,76\pm2,85$, $14,98\pm3,40$, $105,98\pm18,21$) daha yüksek bulundu. Hastaların TAT kullanım süresine göre SYBD alt boyutlarından kişilerarası destek alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların TAT kullanmadan önce sağlık çalışanına danışma durumuna göre SYBD alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) ve sağlık çalışanına danışanların puanın ($22,36\pm5,59$, $9,28\pm3,31$, $15,75\pm3,16$, $112,58\pm20,81$), sağlık çalışanına danışmayanların puanından daha yüksek olduğu bulundu. Hastaların TAT kullanmadan önce sağlık çalışanına danışma durumuna göre SYBD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt boyutlarında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların TAT etkilerini bilme durumuna göre SYBD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt boyutları

ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p < 0.05$). TAT etkilerini bilenlerin puanının ($32,31 \pm 6,08, 22,39 \pm 5,86, 9,05 \pm 3,28, 15,76 \pm 3,31, 16,73 \pm 3,82, 114,64 \pm 19,94$) bilmeyenlerin puanından ($29,88 \pm 5,25, 20,36 \pm 4,22, 8,07 \pm 2,72, 14,78 \pm 2,63, 14,77 \pm 3,04, 105,38 \pm 16,55$) daha yüksek olduğu bulundu. SYBD alt boyutlarından sadece kişilerarası destek alt boyutunda hastaların TAT etkilerini bilme durumuna göre elde ettiği puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Hastaların TAT kullanmaya başladıktan sonra sağlık sorunu yaşama durumuna göre SYBD alt boyutlarından hiçbirinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Hastaların TAT kullanımından yarar görme durumuna göre SYBD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek alt boyutlarında yarar görenlerin görmeyenlere göre daha yüksek puan aldığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p < 0.05$). Sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı alanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Hastaların TAT kullanımını DM hastalarına önerme durumuna göre SYBD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı alanında TAT kullanımını DM hastalarına önerenlerin nermeyenlerden daha yüksek puan aldığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p < 0.05$). Sadece egzersiz alt boyutunda hastaların TAT kullanımını DM hastalarına önerme durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo 6. 8. TAT Özelliklerine Göre Metabolik Değişkenlikler (n= 1007)

TAT Özellikleri	Açlık Kan Şekeri (Ort±Ss)	Tokluk Kan Şekeri (Ort±Ss)	HbA1c (Ort±Ss)
TAT Kullanma Durumu			
Evet	149,358±33,236	257,961±52,406	8,724±2,676
Hayır	149,825±43,480	256,874±65,277	8,885±2,637
	t=-0,192 p=0,849	t=0,292 p=0,771	t=-0,962 p=0,336
TAT Kullanma Süresi			
Dm Tanısı Konur Konmaz	146,500±32,118	260,381±50,796	8,311±2,209
Hastalığın İlerleyen Dönemlerinde	151,442±33,930	256,197±53,565	9,024±2,937
	t=-1,672 p=0,095	t=0,896 p=0,371	t=-3,017 p=0,002
TAT Kullanmadan Önce Sağlık Çalışanına Danışma Durumu			
Evet	142,775±35,721	250,983±55,497	8,519±2,406
Hayır	152,669±31,449	261,471±50,500	8,827±2,799
	t=-3,223 ***p=0,001	t=-2,155 *p=0,032	t=-1,237 p=0,217
TAT'ın Etkilerini Bilme Durumu			
Evet	145,975±39,065	248,939±62,085	8,758±2,492
Hayır	151,441±28,943	263,516±44,642	8,702±2,786
	t=-1,820 p=0,090	t=-3,097 **p=0,004	t=0,232 p=0,817
TAT Kullanmaya Başladıktan Sonra Sağlık Sorunu Yaşama			
Evet	131,389±19,233	255,444±54,989	9,361±3,814
Hayır	150,006±33,464	258,052±52,366	8,701±2,628
	t=-2,345 ***p=0,001	t=-0,207 p=0,836	t=1,029 p=0,476
TAT 'dan Yarar Görme			
Evet	149,227±34,871	256,317±55,010	8,581±2,406
Hayır	149,640±29,511	261,500±46,269	9,032±3,166
	t=-0,132 p=0,895	t=-1,047 p=0,296	t=-1,788 p=0,074
TAT İle Birlikte Tıbbi Tedaviye Devam Etme Durumu			
Evet Tıbbi Tedaviye Devam Ettim	150,396±31,475	255,928±47,592	8,758±2,694
Hayır Tıbbi Tedavime Devam Etmedim	144,296±40,581	267,875±70,897	8,557±2,592
	t=1,571 p=0,117	t=-1,953 p=0,133	t=0,642 p=0,521
TAT'ı DM Hastalarına Önerme			
Evet	148,318±33,070	249,482±55,219	8,901±2,561
Hayır	150,370±33,429	266,214±48,205	8,551±2,777
	t=-0,702 p=0,483	t=-3,673 ***p=0,000	t=1,491 p=0,137

p<0.05 = * p
p<0.01 = ** p
p<0.001 = *** p

Tablo 6.8'de TAT özelliklerine göre metabolik değişkenler verilmiştir.

Hastaların TAT kullanım durumuna göre açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri ve HbA1c değerlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların TAT kullanım süresine göre HbA1c değeri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve DM tanısının ilerleyen döneminde TAT kullanan hastaların HbA1c değerinin ($9,024\pm 2,937$) DM tanısı konur konmaz TAT kullanan hastaların değerinden ($8,311\pm 2,209$) daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$). Hastaların TAT kullanım süresine göre açlık kan şekeri ve tokluk kan şekeri değeri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların TAT kullanmadan önce sağlık çalışanına danışma durumuna göre açlık kan şekeri ve tokluk kan şekeri değeri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Açlık kan şekeri ve tokluk kan şekeri değerlerinin TAT kullanmadan önce sağlık çalışanına danışmayanların değerlerinin ($152,669\pm 31,449, 261,471\pm 50,500$), danışanların değerlerinden ($142,775\pm 35,721$) daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların TAT kullanmadan önce sağlık çalışanına danışma durumuna göre HbA1c değeri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların TAT etkilerini bilme durumuna göre sadece tokluk kan şekeri değeri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Tokluk kan şekeri değerinin TAT etkilerini bilmeyenlerin ($263,516\pm 44,642$) TAT etkilerini bilenlerden ($248,939\pm 62,085$) daha yüksek olduğu saptandı. Açlık kan şekeri ve HbA1c değerleri açısından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların TAT kullanmaya başladıktan sonra sağlık sorunu yaşama durumuna göre açlık kan şekeri değeri incelendiğinde, sağlık sorunu yaşamayanların açlık kan şekeri değeri ($150,006\pm 33,464$) yaşayanların değerinden ($131,389\pm 19,233$) daha yüksek ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Tokluk kan şekeri ve HbA1c değerleri açısından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların TAT kullanımından yarar görme ve TAT kullanımıyla birlikte tıbbi tedaviye devam etme durumuna göre tüm laboratuvar değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların TAT kullanımını diğer DM hastalarına önerme durumuna göre sadece tokluk kan şekeri değeri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). TAT kullanımını diğer DM hastalarına önermeyenlerin tokluk kan şekeri değeri ($266,214\pm48,205$) önerenlerin tokluk kan şekeri değerinden ($249,482\pm55,219$) daha yüksek olarak belirlendi. Açlık kan şekeri ve HbA1c değerleri açısından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.9. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Ort	Ss	Min.	Max.
Kendini Gerçekleştirme	31,435	6,003	15,000	51,000
Sağlık Sorumluluğu	21,411	5,121	10,000	39,000
Egzersiz	8,853	3,180	5,000	20,000
Beslenme	15,167	2,980	7,000	24,000
Kişilerarası Destek	17,994	3,725	8,000	28,000
Stres Yönetimi	15,731	3,530	8,000	28,000
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puanı	110,591	19,622	63,000	182,000

Tablo 6.9’da hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastalar “kendini gerçekleştirme” puan ortalaması ($31,435 \pm 6,003$); “sağlık sorumluluğu” puan ortalaması ($21,411 \pm 5,121$); “egzersiz” puan ortalaması ($8,853 \pm 3,180$); “beslenme” puan ortalaması ($15,167 \pm 2,980$); “kişilerarası destek” puan ortalaması ($17,994 \pm 3,725$); “stres yönetimi” puan ortalaması ($15,731 \pm 3,530$) saptandı.

Tablolaştırmamakla birlikte bu çalışma için SYBD toplam puan sınıflandırılması 48-95 arası puan düşük, 96-144 arası puan orta, 145-192 arası puan yüksek olarak bulundu. Araştırmaya katılan hastaların %23,3'ünün SYBD toplam puanı düşük, %70,7'sinin SYDB toplam puanı orta, %6'sının SYDB toplam puanı yüksek düzeyde saptandı. Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalaması orta düzeyde ($110,591 \pm 19,622$) olarak belirlendi.

Tablo 6.10. TAT Kullanım Durumları ile SYBD Arasındaki İlişki

		TAT Kullanım Durumu
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	r	,088**
	p	,005
	N	1007

p<0.05 = * p
p<0.01 = ** p

Tablo 6.10'da hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu arasındaki korelasyon ilişkisi verilmiştir ve %8,8 pozitif ve zayıf korelasyon bulundu.

Tablo 6.11. TAT Kullanım Durumlarının SYBD Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Sabit	108,911	126,631	0,000	7,840	0,005	0,007
	TAT Kullanım Durumu	3,452	2,800	0,005			

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu ($F=7,840$; $p=0,005<0.05$). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyindeki toplam değişim %0.7 oranında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu tarafından açıklandı ($R^2=0,007$). Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyini arttırmakta idi ($\beta=3,452$).

7.TARTIŞMA

Bu bölümde, Diabetes Mellituslu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızdan elde edilen bulguların tartışması sunulmuştur.

7.1.Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması

7.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamızda, araştırmaya katılan diyabetli hastaların yaş ortalaması (54.441±12.680) yıl olup en fazla oran olan %30'unun 51-60 yaş aralığında yer aldığı bulundu. TEKHARF 2017 yılı çalışmasında diyabet gelişme ortalama yaşı 52.8±11 yıl olarak gösterilmektedir (79). Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun 2015 yılı raporu sonuçlarında ise en fazla diyabetli birey sayısı 40-59 yaş aralığında bulunmuştur (6). TURDEP-I çalışmasında nüfusun %10'unun üzerindeki diyabet sıklığı 45-49 yaş grubunda başladığını göstermekteyken, daha ileriki yıllarda yapılan TURDEP-II çalışmasında ise 40-44 yaş grubundan itibaren nüfusun en az %10'unun diyabetli olduğu gösterilmektedir(8). Diyabet hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavileriyle alakalı yapılan bir çalışmada hastaların yaş ortalamasının 53.12 ±1.18 yıl olarak saptanmıştır (2). Benzer konulu başka bir çalışmada da yaş ortalaması 54.57±9.89 olarak belirlenmiştir (4). Sonuçlarımız literatür ile uyumlu bulunmaktadır.

Çalışmaya katılan diyabetli hastaların %63,4'ünü kadın hastaların oluşturduğu belirlendi. TURDEP-II çalışmasına göre diyabet sıklığı kadınlarda erkeklerden hafifçe daha yüksek bulunmuş olup, kadın ve erkekler arasında çok anlamlı bir fark görülmemiştir (8). "Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması" kapsamında yapılan analizlerde de ülkemiz için diyabet yıllık insidansı erkeklerde yüz binde 3210,2 iken, kadınlarda yüz binde 4280,1 olarak belirtilmektedir (84). Çalık ve Kapucu'nun 2017 yılında gerçekleştirmiş olduğu, diyabet tedavisinde kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavilere yönelik literatür derlemesi çalışmasında yer alan araştırmalara, toplam 7.948 diyabetli hastanın katıldığına ve bu hastaların %50,7'sinin kadın olduğuna

dikkat çekilmektedir (85). Literatürde benzer sonuçları gösteren başka çalışmalar da bulunmaktadır (2,85). Çalışma sonuçlarımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda hastaların büyük çoğunluğunun (%92,3) evli olduğu bulundu. Kaynak'ın diyabetli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumlarını incelediği çalışmasında da hastaların büyük çoğunluğunun (%92,3) evli olduğu belirlenmiştir (4). Diyabetlilerle yapılan bir çalışmada da hastaların çoğunun (%75) evli olduğu bildirilmektedir (86). Diyabetli bireylerle yapılan ve evli bireylerin oranının daha yüksek olduğu başka çalışmalara da bulunmaktadır (3,80,87,88,89). Çalışma sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların %38,3'ünün ilkokul, %24,7'sinin ortaokul, %14'ünün lise, %8,9'unun lisans ve üzeri mezunu olduğu, %14'ünün ise okuryazar olmadığı bulunmuştur. Diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyleri ile sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada eğitim durumu açısından, hastaların %17,5'inin okur-yazar olmadığı, %12,5'inin okur-yazar, %36,4'ünün ilkokul mezunu, %13,1'inin ortaokul mezunu, %12,2'sinin lise mezunu, %8,3'ünün üniversite mezunu olduğu bulunmuştur (85). Diyabetli bireylere ilişkin benzer konulu bir çalışmada hastaların %5,5'inin hiç okuma yazma bilmediği, yarısından fazlasının (%61) ilköğretim mezunu, %19,3'ünün lise olduğu ve çok azının (%1,8) lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir (90). Diyabetli bireylerle yapılan başka bir araştırmada da bireylerin eğitim düzeylerine göre dağılımı %18,8 oranında okur-yazar olmayan, %33 oranında ilkokul mezunu ve %19,6 oranında lise mezunu olarak bildirilmektedir (92). Ayrıca TÜİK 2017 yılı verilerine göre Türkiye'de 15 yaş ve üzeri nüfusta ilkokul mezunu oranı %25,8, lise mezunu oranı %21,9, lisans mezunu oranı %12,9 olarak açıklanmıştır (7). Çalışmamıza katılmış olan hastaların öğrenim durumu literatür geneliyle paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda hastaların %39,2'sinin ev hanımı, %26,9'unun işçi, %12,9'unun emekli, %7,9'unun memur olduğu saptandı. Diabetes mellituslu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarını değerlendirdiği çalışmada hastaların %40,5'inin ev hanımı, %37,5'inin emekli, %7'sinin memur olduğu bulunmuştur (2). Diyabetli bireylerle yapılan başka bir çalışmada hastaların %31'inin

ev hanımı, %30'unun memur-işçi ve %20,5'inin emekli olduğu belirlenmiştir (87). TÜİK 2015 verilerine göre iş gücüne katılım oranı kadınlarda %30,8 iken, erkeklerde %69,2 olduğu göz önünde bulundurulduğunda, ev hanımı olan hastaların oranının yüksek olması ülkemizde kadınların çalışma oranının düşük olmasına bağlı olabilir (7). Literatür verileri ile araştırma sonuçlarımız uyumlu bulunmaktadır.

Araştırmamıza katılan hastaların çoğunluğunun (%79,8) ekonomik durumu orta seviyede ve tamamına yakınının (%90) sosyal güvenceye sahip olduğu bulundu. IDF tarafından yapılan 2015 yılına ait çalışma sonuçlarında diyabet hastalarının %75'inin düşük ve orta gelir düzeyine sahip olan ülkelerde yaşadığı bildirilmektedir (6). Orhan'ın diyabetli bireylerde yaptığı çalışmasında hastaların yarısından fazlasının (%58) ekonomik durumunun orta düzeyde olduğunu belirlenmiştir (87). Örnekleme diyabetli bireylerin oluşturduğu diğer çalışmalarda da hastaların çoğunluğunun (%74) gelirinin giderine eşit olduğu ve büyük kısmının (%79,6) ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu belirtilmektedir (4,88). Literatürde diyabetli bireylerin çoğunluğunun sosyal güvencesi olduğunu gösteren başka sonuçlar da bulunmaktadır (1,89,92). Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda hastaların yarısının (%51,9) ilçede, %42,8'inin ilde, az bir kısmın ise (%5,3) köy-kasabada ikamet ettikleri belirlendi. Diyabetli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumları ve diyabet tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun (%89,8) kentte yaşadığı belirtilmiştir (4). Benzer bir çalışmada ise büyük şehirde ikamet etme oranı %89,2, küçük şehirde %7,7, kasabada %3,1 olduğu bulunmuştur (93). Başka bir çalışmada da hastaların %84'ünün kent, %14'ünün kasaba ve %2'sinin köyde yaşadığı saptanmıştır (2). Ayrıca TÜİK verilerine göre il ve ilçede yaşayan nüfus oranı %92,6, belde ve köylerde yaşayan nüfus oranı %7,4 olarak gösterilmektedir (7). Çalışmamızda ilde ikamet etmekte olan hasta oranı literatüre göre daha düşük bulunmuştur.

7.1.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmamızda hastaların %19,2'sinin tip 1 DM tanısına, büyük kısmının (%80,8) tip 2 DM tanısına sahip olduğu belirlendi. Tüm dünyada tanı konulan diyabet hastalarının %90-95'ini Tip 2 diyabet, %5-10'unu Tip 1 diyabet oluşturmaktadır (94)

Tip 2 diyabet erişkin toplumda en yaygın görülen metabolizma hastalığı olup 40 yaş ve üstü grupta sıklıkla görülmektedir (95). Son yıllarda özellikle yaşam alışkanlıklarının olumsuz değişimi nedeniyle Tip 2 diyabetin hem daha erken dönemde görülme sıklığının artmakta olduğu hem de ortaya çıkışının hızlandığı bilinmektedir (94,96,97). Tip 2 diyabet prevalansının obezite ile paralel arttığı göz önünde bulundurulduğunda, Amerika Birleşik Devletleri'nde obez bireylerin %90'ından fazlasının da Tip 2 diyabet olduğu belirtilmektedir (98,99) Ayrıca gestasyonel diyabetli kadınların Tip 2 diyabet olma riski yüksek bulunmaktadır (94,100). Bizim çalışma sonuçlarımızla uyumlu olarak literatürde Tip 2 diyabetli hastaların oranının Tip 1 diyabetli hastaların oranından çok daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (2,4).

Çalışmamızda hastaların yarısının (%49,2) 10 yıldan daha uzun süredir, %28,9'unun 1-5 yıldır, % 21,9'unun ise 6-10 yıldır diyabet hastası olduğu saptandı. Bunla beraber araştırmamızda hastaların yarısına yakınının (% 45) 10 yıldan daha uzun süredir diyabet tedavisi aldığı bulundu. Bu sonuç çalışmamıza katılan hastaların DM süresi bulgularıyla karşılaştırıldığında büyük çoğunluğunun tanı konur konmaz tedaviye başladığı göstermektedir. Çalışmamızda diyabet süresine ilişkin sonuçlarımızla paralel olan bir araştırmada hastaların nerdeyse yarısının (% 48,4) 10 yıl ve daha uzun süredir diyabetli olduğu ortaya konulmuştur (30). 10 yıl ve daha uzun süredir diyabeti olan hasta oranının en fazla olduğu başka çalışmalarda da bulunmaktadır (2,86,88,101). Bununla birlikte literatürde aksi yönde sonuçlar da yer almaktadır. Bir çalışmada hastaların sadece %17'ünün, başka bir çalışmada ise %20'sinin 10 yıl ve daha uzun süredir diyabetli olduğu bildirilmektedir (89,102). Özellikle Tip 2 diyabetin, klasik diyabet belirtilerinin erken dönemde görülmemesi nedeniyle tanı konulmadan yıllar önce başladığı dikkate alınırsa sonuçlarımız literatürün geneli ile benzer sonuçlara sahiptir (95).

Araştırmamızda hastaların çoğunluğu (%65,6) başka bir hastalığı olmadığını ve büyük çoğunluğu (%89,2) DM'a bağlı sağlık sorunu yaşamadığını belirtti. Sonuçlarımızın aksine kronik hastalığı olan diyabetlilerin daha fazla bulunduğu çalışmalar da mevcut olup, Wijesuriya ve ark. yapmış olduğu komplikasyon taraması konulu çalışmada diyabet hastalarının %56,7'sinde mikrovasküler komplikasyonların

ve %6,3'ünde makrovasküler komplikasyonların geliştiği bildirilmiştir (88,89,102).Sonuçlarımıza benzer olarak ise, diyabet hastalarıyla yapılan bir araştırmada hastaların yaklaşık yarısının (%47,5) kronik hastalığı olmadığı ve çoğunluğunda (%77) komplikasyon gelişmediği bulunmuştur (2). Benzer şekilde Şermet'in çalışmasında da diyabet hastalarının çoğunluğunda (%71,1) komplikasyon bulunmamaktadır (86). Cennet'in yaptığı çalışmada Tip 2 diyabetli hastaların sadece %30'unda diyabete bağlı komplikasyon gelişmiştir. (110). Yine başka bir çalışmada hastaların çoğunluğu (%90,5) kendisinde komplikasyon gelişmediğini belirtmiştir (89). Literatürde hastalara diyabet eğitimlerinin verilmesi ve gerekli görüldüğünde tekrarlanması, rutin kontroller uygulanması, yapılması, baş etme mekanizmaları kazandırılması gibi faktörlerin komplikasyon oluşumunu azalttığı bildirilmektedir (103).

Çalışmamızda hastaların tedavi olarak %34,2'sinin insülin ve oral antidiyabetik, %33,1'inin oral antidiyabetik, %32,8'inin insülin kullandığı bulundu. Sonuçlarımızın aksine sadece insülin kullanan hasta oranının daha yüksek olduğu (%42,5) bir çalışma bulunmaktadır (2). Kızıltaş ve ark. yaptığı bir araştırmada hastaların büyük çoğunluğunun (%81,7) oral antidiyabetik kullandığı saptanmıştır (105). Benzer olarak bir çalışmada diyabetli hastaların çoğunluğunun (%74,4) sadece oral antidiyabetik, küçük bir kısmının ise (%13,3) sadece insülin kullandığı bulunmuştur (3). Tip 2 diyabet genellikle 40 yaşından sonra ortaya çıkmakta ve yaş ilerledikçe sıklığı artmaktadır (106). Zamanla Sülfonilüreler grubu ilaçların antihiperlipidemik etkileri azalmaktadır. Tip 2 DM tedavisinde Sülfonilüreler monoterapi veya diğer tüm oral antidiyabetikler (kısa etkili insülin sekretegogları – Glinidler–dışında) ve insülin ile kombine olarak kullanılabilir (107).Çalışmamızda da literatürde olduğu gibi tip 2 dm oranı yüksek çıkmış olup, oral antidiyabetik ve insülin tedavisi kullanım oranı tip 2 dm tanılı hastalarda yüksektir ve bu sonuç literatürle uyumludur.

DM konusunda bilgi alma durumuna göre hastaların büyük çoğunluğunun (%85,1) bilgi aldığı bulundu. Dünya çapında birçok çalışmada DM yönetimine ilişkin eğitimin önemli rolü olduğunu kanıtlamıştır (2,4,24,86,89,108,109). Eğitim hem hastalar hem de sağlık çalışanları için diyabette yaşam kalitesini en iyi düzeye getirmek için gereklidir (108). Diyabetli bireylerde eğitici destekleyici ve geliştirici

uygulamaların amacı, bireyin tedavisine etkin katılımını sağlamak, glisemik kontrolü sağlamak, akut ve kronik komplikasyonları önlemek, kaliteli yaşamını sağlamaktır (109). Çalışmamız sonuçları ile uyumlu olarak, bir araştırmada diyabet hastalarının bir kısmının (%23) eğitim almadığı, başka bir çalışmada Dm konusunda bilgi alma durumunun %63,2 olduğu bulunmuştur (2,86). Sonuçlarımızın aksine İzgi ve ark. 2014 de yaptığı çalışmasında diyabet hastalarının %71,3'ünün eğitim almadığını ifade ettiği saptandı (24). Benzer bir başka çalışmada hastaların %75'inin diyabete ilişkin planlı bir eğitim almadığı ortaya konulmuştur (89). Kaynak i. yaptığı çalışmasında da hastaların %66,7'sinin eğitim almayan hastalardan oluştuğu bulundu (4).

Araştırmamızda DM konusunda hastaların %36,6'sı hemşireden, %56,5'i hekimden, %6,9'u diyetisyenden bilgiyi aldığı bulundu. Diyabet hakkında verilecek olan sağlık eğitiminin uzman sağlık personeli tarafından verilmesi zorunludur. Royal College of Nursing (RCN) uzman hemşirenin (branş hemşireliği) tanımını; "özel bir alanda ve özel bir hasta grubunun gereksinimleri konusunda hemşirelikle ilgili ileri bilgi ve araştırma temeli ile donatılmış kişidir." şeklinde yapmaktadır. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve Amerikan Diyabet Eğitmcileri Birliği (AADE) diyabet hemşiresini ise; "Diyabetlinin diyabet bakımını ve eğitim gereksinimlerini değerlendirmek, hemşirelik tanımlarını geliştirmek, hemşirelik bakım ve eğitimini uygulamak ve değerlendirmek için diyabetli bireyler, aileleri, gruplar ve toplum ile çalışır" şeklinde tanımlamaktadır (110). Literatürde İzgi'nin yaptığı çalışmada eğitim verenlerin %45,7'sinin hekim, %37,1'inin hemşire ve %17,1'inin diyetisyen olduğu, benzer bir çalışmada ise hastaların %52'sinin hemşireden, %38'inin hekimden, %9,5'inin diğer kişilerden dm konusunda bilgi aldığı bulunmuştur(2). Diyabetli bireyin öz bakımını gerçekleştirebilmesi için eğitici, destekleyici ve geliştirici hemşirelik uygulamalarına gereksinimi vardır. Bu uygulamaların destek olma, rehberlik etme, çevresel düzenleme yapma ve hastalık tedavisinin öğretimini içerdiği göz önünde bulundurulursa çalışmamıza katılan hastaların sadece %36,6'sının hemşireden bilgi almış olması düşük bir oran olarak değerlendirilebilir (88,89,111).

Bu çalışmamızda hastaların büyük kısmının (%82,1) DM konusunda alınan bilgiyi yeterli bulduğunu ifade etti. Literatürde yer alan bir çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun (%82,5) aldığı bilgiyi yeterli bulduğu, başka bir çalışmada hastaların

yarısına yakınının (%43,8) eğitimi yeterli bulduğu belirlenmiştir (2,4). Yetişkin eğitimi bireyin beklenti ve gereksinimlerini karşılamaya yönelik olmalıdır. Bu sebepten dolayı sağlık profesyoneli, hastaya vereceği eğitimi hastanın gereksinimlerine yönelik olarak planlamalı ve eğitimin gerekliliği konusunda hastayı bilinçlendirmelidir. Aksi takdirde yetişkin birey, eğitim almayı reddedebilmektedir (112) Çalışmamızda hastaların büyük kısmının verilen eğitimi yeterli bulması sonuçlarımızın literatür ile uyumlu olduğunu göstermektedir.

7.1.3. Hastaların Metabolik Değişkenlerinin Ortalamasının Tartışılması

Diyabetes mellitus tanısı için şu anda kabul görmekte olan ADA tarafından öngörülen diyabet tanı kriterlerinde, açlık plazma glikozu ≥ 126 mg/dl, semptomlar + rastgele plazma glikozu ≥ 200 mg/dl, oral glikoz tolerans testi (OGTT) 2.saat değeri ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) (75 gr glikoz ile yapılan ogtt sırasında 2.saat glikoz değerinin ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) ve HbA1c \geq %6.5 olarak belirtilmektedir (35). Yapmış olduğumuz bu çalışmaya katılan hastaların açlık kan şekeri (AKŞ) ortalaması (149,585 \pm 38,544), tokluk kan şekeri (TKŞ) ortalaması (257,432 \pm 58,993), HbA1c ortalaması ise (8,802 \pm 2,657) olarak bulundu. Sonuçlarımız ADA'nın kriterleri ile uyumlu olmakla beraber literatürde yer alan çeşitli çalışma sonuçları ile de paralellik göstermektedir (113). Bir çalışmada hastaların %75,8'inin HbA1c değerinin 6,6 ve üzerinde olduğu bulunmuştur (4). Başka bir araştırmada HbA1C düzeyleri erkeklerde 7,8 \pm 1,2; kadınlarda 7,3 \pm 1,3 olarak belirlenmiştir (32) Deney ve kontrol grubu ile gerçekleştirilen bir çalışmada deney grubunun AKŞ değeri 151,35 \pm 50,66 ve kontrol grubunun AKŞ değeri 165,44 \pm 63,00 olarak, deney grubunun HbA1c değeri 6,52 \pm 1,52 ve kontrol grubunun HbA1c değeri 6,97 \pm 1,99 olarak bulunmuştur (80).

7.1.4. Hastaların TAT Kullanım Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmamızdaki hastaların yarısı (%51,3) TAT kullandıklarını belirtti. Literatür incelendiğinde Pagan ve ark. Amerika'da yaptıkları çalışmada diyabetli hastaların %70,48'inin geçmişte en az bir kez TAT kullandığını saptamış ve en yüksek oran olan %61.34 ile bitkisel tedavilerin bu yöntemler arasında yer aldığını belirtmektedir (16). İran'da diyabetli hastalarla yapılan TAT kullanımına ilişkin bir çalışmada, hastaların %75,3'ünün en az bir çeşit TAT kullandığını, bu hastaların %97.7 bitkisel karışımları tercih ettiği bildirilmektedir (114). Bir çalışmada 302 tip 2 dm hastasının

TAT kullanım uygulamaları değerlendirilmiş ve 92 hastanın TAT kullandığı saptanmıştır (18).

Çalışmamızda TAT türü olarak en sık tercih edilen (%71,6) şifalı bitkiler idi. Şifalı bitkilerin haricinde çok daha düşük oranda olmak üzere aroma terapi, mega vitamin, biyoenerji, yoga akupunktur, masaj, kaplıca, dinsel tedavi, sülük tedavisi, hacamat, kupa ve vakum gibi farklı TAT çeşitlerinin de tercih edildiği bulundu. Batı ülkelerinde en sık kullanılan TAT türleri; multivitaminler, meditasyon, hipnoterapi, homeopati, gevşeme egzersizleri ve aromaterapi iken, doğuda daha çok bitkisel karışımların ön planda olduğu görülmektedir (115). Yapılan geniş tabanlı iki çalışmanın sonuçları İsrail’de, homeopati, gevşeme tedavisi ve refleksoloji, ABD’de manevi tedaviler (%35), vitaminler ve şifalı bitkiler (%41), zihin/beden yaklaşımlarının (%10) en sık kullanılan TAT tipleri olduğunu göstermiştir (115). Literatürün geneline göre ülkemizde de en sık kullanılan TAT yöntemi ise bitkisel tedavilerdir (117,118,119,120,121). Diyabetli hastaların TAT kullanımının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların yarısından fazlasının (%67,3) bitkisel yöntem kullanıldığı bulunmuştur (4). Kurt ve ark’nın çalışmasında en sık %98,4 oranı ile bitkisel tedavi tercih edildi (112). Uğurluer ve ark araştırmasında ise hastaların büyük çoğunluğunun (%90,6) bitkisel karışımlar ve bitki çayları kullandığı belirlenmiştir (119). Çalışmamız literatürle uyumludur.

Çalışmaya katılan hastaların TAT kullanımını ile ilgili bilgi kaynağı incelendiğinde en yüksek oranın akrabalar (%47,2), komşular (%29,4) ve arkadaşlara (%11,2) ait olduğu bulundu. Çok daha az oranda ise tv radyo gazete internet (%7), aktar (%3,9), hekim (%0,4), hemşire (%0,8) yer almakta idi. Benzer bir çalışmada da bilgi kaynağı olarak komşular ve arkadaşlar (%40,9) ile televizyon gazete internet (%40,9) oranı yüksek bulunmuştur. (4). Başka bir çalışmada da hastalar hangi yöntemlere başvuracaklarını belirlerken en sık yakın çevrelerindeki (%75,9) insanların tavsiyelerinin etkili olduğunu, bunu medya (%24,5) ve sağlık çalışanlarının (%11,3) (eczacı/hekim) önerilerinin izlediği belirtilmektedir (132). Kanserli hastalar arasında yapılan bir çalışmada TAT yöntemlere kimin tavsiyesi ile başvurduğuna bakıldığında, %42,2’si arkadaşının, %25’i ailesinin, %4,7’si ise hekim tavsiyesi ile kullandığını belirtmiştir (119). Literatürle çalışmamız benzer özelliklere sahiptir.

Araştırmamızda TAT kullanma süresi incelendiğinde, hastalığın ilerleyen dönemlerinde kullanmaya başlayan bireylerin (%57,8) DM tanısı konur konmaz kullanmaya başlayan bireylerden (%42,2) daha fazla olduğu belirlendi. Çalışmamızla uyumlu olarak Kaynak İ. yaptığı çalışmada TAT 'ı kullanma dönemi açısından hastalığın ilerleyen dönemlerinde tedaviyle beraber kullanma ve devam etme oranı oldukça yüksek (%94,9), tanı konulmasından hemen sonra kullanma oranını ise düşük (%5,1) bulmuştur (4). Başka bir çalışmada ise hastaların %31,8'i tanı aldıktan sonraki 3 ay içinde, %24,7'si 3 ay-1yıl, %27,1'i 1-5 yıl, %16,5'i ise 5 yıldan sonra bu yöntemlere başvurduğu bulunmuştu (28). Sonucumuzun aksine DM li hastalar arasında yapılan çalışmada tamamına yakının (%92) DM tanısı konulduğunda TAT kullandığı bulunmuştur (2). Hastalığın ilerleyen dönemlerinde TAT kullanımının artmasının nedeni hastalık süresi arttıkça kan şekerinin düzenlenmesinde ve hastalıkla baş etmekte güçlük yaşanmasının olabileceği tahmin edilmektedir (4). Sonucumuzla benzerlik gösteren ve göstermeyen sonuçlar bulunmaktadır.

Çalışmamızda TAT kullanmadan önce sağlık çalışanına danışma durumu değerlendirildiğinde, danışmayan hastaların (%66,5) ve TAT kullanımının etkilerini bilme durumu sorgulandığında ise etkilerini bilmeyen hastaların (%61,9) daha fazla olduğu saptandı. Benzer bir çalışmada TAT kullanan hastaların büyük çoğunluğu (%94,2) kullandıkları TAT yönteminin etkisini bilmediklerini belirtilmiştir (4). Bir çalışmada da hastaların büyük çoğunluğunun kullandıkları TAT yöntemlerini sağlık çalışanına danışmadığı saptanmıştır (2). Haliloğlu ve ark'nın çalışmada sadece hastaların %18,8'i TAT yöntemlerine başvurduğunu hekimi ile paylaştığı bulundu (94). Öğüt ve ark'nın hastaların çoğu tedavisine ek olarak bir TAT yöntemi kullandığı halde bu bilgiyi hekimi (%63,6) ve hemşiresi (%81,8) ile paylaşmamaktadır (123). Hastaların sağlık çalışanına danışmama nedeni olarak görecekları tepkiden endişe duydukları ön görülmektedir (2) Bir çalışmada TAT kullandığını hekimi ile paylaşmayanlar hastalara gerekçe olarak söylemenin gerekmediğini, hekiminin anlamayacağını ya da sormadığını belirtmiştir (124). Sonuçlarımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda TAT kullanmaya başladıktan sonra sağlık sorunu yaşama durum incelendiğinde hastaların neredeyse tamamı (%96,5) TAT'a bağlı sorun yaşamadığını, TAT kullanımından yarar görme açısından ise yarısından fazlası

(%68,3)'i yarar gördüğünü ifade etti. TAT kullanan hastaların büyük çoğunluğunda (%92) TAT kullanımına bağlı herhangi bir yan etki gelişmediği ve çoğunluğunda (%70) TAT kullanımından memnun olmadığı sonucunu içeren bir çalışma bulunmaktadır (2). Bir başka çalışmada hastaların yarısına yakını (%40,9) TAT 'ı yararlı bulduklarını ve kullandıkları yöntemle ilgili sağlık sorunu yaşama açısından tamamına yakını (%96,6) sorun yaşamadığını belirtmiştir (4). Çalışmamız literatürle benzer özellikler göstermektedir.

Çalışmamızda TAT ile birlikte tıbbi tedaviye devam etme durumu sorgulandığında hastaların büyük çoğunluğu (%83) tedaviye devam ettiğini ve TAT kullanımını DM hastalarına önerme durumuna incelendiğinde hastaların yarısı (%50,7) önerdiği bulundu. Bir çalışmada TAT kullanan diyabet hastaların tamamına yakınının (%94,9) bu uygulamaları hastalığın ilerleyen dönemlerinde tedaviyle beraber kullandıklarını belirtmişlerdir (4). Benzer bir çalışmada TAT yöntemlerini kullanırken tedaviyi bırakmayanlar büyük çoğunlukta (%92) olup, TAT'ı tavsiye etmeyi düşünen hasta oranı %63 olarak bulunmuştur (2). Literatürle çalışmamız uyumlu bulunmuştur.

Kanserli hastalar arasında yapılan bir çalışmada TAT kullanımının hastalığına etkisi olmadığını belirtenlerin %25'i ise bu uygulamaları başkalarına tavsiye edeceğini belirtmiş ve neden olarak da "kendilerine yaramasa da diğerlerine belki yarar, denesinler " diye düşündüklerini ifade ettikleri bulunmuştur (119). Başka bir çalışmada ise kanser hastalarının sadece üçte biri (%36,6) TAT yönteminden tedavi kadar yarar gördüğünü ifade etmekte ve sadece yarısı başka hastalara da tavsiye edeceğini söylemektedir (123).kök hücre nakli yapılan hastalar arasında yapılan bir çalışmada ise hastaların başkalarına bu TAT uygulamaları önerip önermeme sorulduğunda; TAT amaçlı bitkisel ürünleri kullanan hastaların %51'i, TAT amaçlı hayvansal ürün kullananların %63.6'sının önerebileceklerini ifade ettiği görüldü (125).

7.1.5. Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin TAT Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımının Tartışılması

Araştırmamızda hastaların yaşa göre TAT kullanma durumunun 61-70 yaş grubuna kadar yaş ile birlikte arttığı saptandı. En yüksek oran (%63,9) 61-70 yaş arası grubunda, en düşük oran 30 ve altı yaş grubunda idi. Çalışmamıza benzer özellikte bir araştırmada TAT kullanan hastalardan 75 yaş ve üzerindeki grupta olanların TAT

kullanım oranı en yüksek bulunmuştur (126). Bir çalışmada da yaşla beraber TAT kullanım oranının arttığı ve 41-60 yaş grubunda TAT kullanımının daha fazla olduğu belirlenmiştir (4). Yaş gruplarına göre düzenli olarak dua okumaya yönelen kişilerin oranları ve masaj yaptıranların oranları incelendiği bir araştırmada, düzenli olarak bu yöntemle başvuranların oranının ileri yaşlara doğru giderek arttığı ortaya konulmuştur (127). Çakmak S. ve Nural n. yaptıkları çalışmada 65 yaş ve üzerindeki hastalarda TAT kullanımını anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (128) Çalışmamızın aksine bir araştırmada TAT yöntemi kullananların (28.8 ± 14.3) yaş ortalaması kullanmayanlardan (36.0 ± 16.9) anlamlı olarak (p=0.000 <0.05) daha düşük saptanmıştır (129). Sonuçlarımız literatürün geneli ile uyumludur. Elde edilen bu sonuçlar bize yaş artışı ile hastalık kontrolünün zorlaştırdığı, bu sebeple hastaların kullandıkları medikal tedavilerine ek olarak TAT yöntemlerine başvurdukları belirlenebilir (4).

TAT kullanımından önce, en fazla 31-40 yaş grubunun sağlık çalışanına danıştığı, en az danışan grubun ise 70 üzeri yaş grubu olduğu bulundu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup, 51-60 yaş itibariyle yaş arttıkça TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma durumu azalmakta idi. Yaşın artması kronik hastalık sayısının artmasına, birden fazla hastalığın olması da daha çok hastalık semptomuna neden olmakta ve hastaların bu semptomları gidermeye yönelik daha çok TAT uygulamalarına başvurmalarına yol açabilmektedir (130). Yaşla birlikte kişilerin kendilerine ait örf, adet, gelenek ve kültürlerine olan bağlılıkları artar ve geleneksel yöntemlerin risksiz olduğunu düşünebilirler. Bu nedenle geleneksel yöntemleri kullanma oranlarının artması, kullandıkları alışkanlıkları değiştirmede güçlük çekmelerine neden olabileceği belirtilebilir. Yukarıda belirtildiği gibi yaş ile birlikte TAT kullanım oranı artış göstermekte olduğu için yaşlı bireylerin sağlık çalışanına danışmaya ihtiyaç duymadığı düşünülebilir.

TAT etkilerini bilme durumunda en yüksek oran 31-40 yaş arası (%59,1), en düşük oran (%32,7) ise 70 ve üzeri yaş grubunda olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi (p<0.05).Genç yaş grubunun araştırma, merak etme ve bilgiye ulaşımın kolay olması nedeniyle çalışmamızda, TAT etkilerini bilme

durumlarının genç grupta yüksek çıkması ve sağlık çalışanına danışma durumu genç yaş grubunda daha fazla olduğu için TAT etkilerini öğrenme olasılığının da bu grupta daha fazla olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda TAT kullanımını öncesi sağlık çalışanına danışma durumu, TAT etkilerini bilme durumu ve TAT kullanımından yarar görme durumu erkeklerde kadınlardan daha fazla idi ve gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Çalışmamızda medeni duruma göre evli hastaların (%53,4) daha fazla TAT kullandığı, bekar hastaların ise TAT kullanım etkilerini bilme durumunun (%66,7) daha fazla olduğu bulundu. Osamor ve arkadaşları çakışmalarında evli olanların TAT kullanımının daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir (130). Erci'nin çalışmasına göre ise bekarlarda TAT kullanım tutumu anlamlı olarak negatif bulunmuştur (131). Bitkisel tedavilerin kullanımını araştırılan bir çalışmada da hastaların büyük çoğunluğunun (%83,7) evli olduğu bulundu (133). Kanserli hastalar arasında yapılan bir çalışmada ise medeni durum açısından değerlendirildiğinde, evli olan hastalarda TAT kullanımının daha fazla olduğu saptandı (121). Bu sonuçların aksine alternatif tedavilere başvuru oranının medeni durumu bekar olanlarda daha fazla olduğu saptandı (134). Literatürün geneliyle sonuçlarımız uyumludur.

Çalışmamızda hastaların öğrenim düzeylerine göre TAT kullanma, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma, TAT kullanımının etkilerini bilme, TAT kullanımından yarar görme durumu ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). TAT kullanım durumunda en yüksek oran (%62,4) okur yazar olmayan hastalara, en düşük oran ise (%30) lisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olan hastalara ait ve ortaokul itibariyle öğrenim durumu arttıkça TAT kullanım durumu azalmakta idi. Çalışmamızın aksine bir çalışmada eğitim düzeyi ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte literatürde TAT kullanımının düşük eğitimlilerde daha yaygın olduğu vurgulanmaktadır (11,136,137,138)

Bir çalışmada da TAT kullanımının eğitim düzeyi yüksek bireyler tarafından daha fazla tercih edildiği ortaya konulmuştur (134). Osamor ve ark. yaptığı çalışmada eğitim düzeyi TAT kullanımı ile ilişkili olmadığı, Sibel ve ark. yaptığı çalışmada öğrenim durumuyla TAT yöntemlerini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (131,137). Çalışmamız literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik gösterirken bazı çalışmalarla benzerlik göstermemektedir.

Hastaların meslek durumuna göre; TAT kullanma, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma, TAT kullanımının etkilerini bilme, TAT kullanımından yarar görme durumu ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). TAT kullanım oranı emekli hastalarda (%64,6) en yüksek, memur hastalarda (%31,2) en düşük idi. Osamor ve ark. yaptığı çalışmada tüccar ve esnafların TAT kullanım oranı yüksek bulunmuştur (131). Başka çalışmalarda iş sahibi olan ya da profesyonel meslek sahipleri (140) birkaç istisna dışında (141,142) TAT kullanmaya daha eğilimlidirler. Çalışmamızda yaşlı grubun TAT kullanım oranının daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulursa, emekli bireylerin de TAT kullanım oranının yüksek olması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Hastaların ekonomik durumuna göre; TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma, TAT kullanımının etkilerini bilme ve TAT kullanımından yarar görme durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Gelir düzeyi arttıkça TAT kullanımının arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (143,144) Tas ve ark.'nın kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada TAT kullanımının yüksek gelir düzeyi ile pozitif ilişki gösterdiği belirlenmiştir (145). Kav ve arkadaşlarının kanserli hastalarda yaptığı araştırmada sosyo-ekonomik düzeyin TAT kullanımını etkilediği belirtilmiştir (146). Yapılan bir araştırma sonucuna göre ülkemizde sosyo-ekonomik düzeyi düşük gruplarda; arkadaş, komşu veya akraba tarafından ilaç kullanımının önerilmesinin yaygın olduğu ve bitkisel otların da zararsız olduğu genel kanısının olduğuna ulaşılmıştır (2). Sonuçlarımız literatür ile uyumludur.

Hastaların yaşadığı yere göre TAT kullanımından yarar görme durumu ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), büyük şehirlerde yaşayanlarda TAT kullanımından yarar görme ve kullanım süresi yüksek bulundu. Bir çalışmada diyabetli hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada bireylerin yaşadığı yer ile TAT kullanımını karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (2). Benzer bir çalışmada sağlık hizmetlerine ulaşım durumu ile TAT kullanımını arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Aynı çalışmada sağlık hizmetlerine ulaşımın zor olduğunu belirtenler TAT kullanımının daha fazla olduğu ortaya koyulmuştur. Çalışmamızın bu sonucu, il ve ilçede yaşayan hastaların köyde yaşayanlara göre bilgi ve sağlık hizmetleri erişimi daha kolay olduğu için TAT kullanımından yarar görme durumu ve TAT kullanma süresinin daha fazla olması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Hastaların sosyal güvencesi olma durumuna göre, TAT kullanımının etkilerini bilme oranı değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve sosyal güvencesi olmayanların TAT kullanımının etkilerini bilme oranı daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Bir çalışmada, sağlık hizmetlerinin kolay bir şekilde ulaşılabilir olması, komşularını, arkadaşlarını, televizyon gazete ve interneti bilgi edinme kaynağı olarak kullanarak TAT etkilerinden haberdar olması bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (4).

Hastaların Diyabet tipine göre, TAT kullanım, TAT kullanımının etkilerini bilme ve TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama durumu açısından gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). Çalışmamız sonuçlarında olduğu gibi bir araştırmada Tip 2 diyabetlilerde TAT kullanım oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (4). Benzer şekilde, Yakupçelebioğlu'nun diyabetli hastaların TAT kullanım durumlarının belirlenmesi ile ilgili çalışmasında, Tip 2 diyabetlilerde TAT kullanımının Tip 1 diyabetlilere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (2). Manya ve arkadaşlarının 2012 yılında Sidney'de yaptığı çalışmada diyabetli hastaların TAT kullanımını inceledikleri çalışmalarında, Tip 2 diyabetlilerde TAT kullanımının daha yüksek oranda olduğunu ancak farkın

istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirlemişlerdir (175). Bu sonuçlar doğrultusunda TAT kullanımının Tip 2 diyabetli hastalarda fazla olmasının nedeni olarak, çalışmamıza katılan Tip 2 diyabetli birey sayısının fazla olması ve Tip 1 diyabetli hastalarda tek tedavi yöntemi insülin kullanımıyken, Tip 2 diyabetli hastalarda insülin dışında yaşam biçimi değişikliklerini içeren (diyet, egzersiz vb.) tedavi yöntemlerinin de kullanılması olması farklı bir tedavi seçeneği olarak TAT kullanımını arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda insülin ve oral anti diyabetik kullanan hastaların TAT kullanım oranı ve yarar görme durumu en yüksek, sadece insülin kullanan hastaların TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma durumu en yüksek bulundu. İnsülin ve oral anti diyabetiklerin kullanım sıklığı Tip 2 dm tedavisi için yer aldığı düşünüldüğünde, TAT kullanım durumunun da Tip 2 DM hastaları arasında daha yaygın olduğu bilindiği için beklenen bir sonuç ortaya çıkmıştır. Oral anti diyabetik tedavilerden yarar göremeyen DM hastaları kullandıkları tedavilere ek olarak daha farklı tedavi yöntemlerine başvurma olasılığının oldu belirlenmektedir.

Hastaların DM süresi ve DM tedavi süresi arttıkça TAT kullanım durumları ve TAT kullanma süreleri artmakta olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Yapılan bir çalışmada hastaların diyabet süreleri arttıkça TAT kullanım oranının arttığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (4).Diyabetli hastaların tat kullanımını inceleyen bir çalışmada hastalık süresine göre TAT kullanımını 11-20 yıl arasında daha çok iken, 21 yıl ve üstünde TAT kullanımının azaldığı bulunmuştur (2).Bu sonuçlar, diyabet süresinin fazla olması ile hastalık kontrolünün güç olduğu ve olası sorunların ortaya çıkması nedeniyle TAT yöntemlerine başvurmalarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda başka bir hastalığı olanların TAT kullanım oranının daha yüksek, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma oranı ve TAT kullanma süresi daha düşük saptandı ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Benzer bir çalışmada DM dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olan hastaların TAT kullanımının daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı

bulunduğu ortaya konulmuştur ($p<0.05$) (2) Başka bir çalışmada ise DM dışında kronik rahatsızlığı olanların %46,7'si TAT kullandığı bulunmuştur (4). Literatürde diyabetli hastaların yanı sıra kronik hastalıkları olan bireylerin TAT kullanım nedenlerini inceleyen çalışmalara bakıldığında; hastaların bu uygulamaları tıbbi tedavileri ile birlikte, hastalık semptomlarını kontrol edebilmek, komplikasyonlardan korunmak ve yaşam kalitelerini arttırmak için kullanmakta oldukları görülmektedir (146,147).

Kronik hastalıkların birçok sistem ve dokuyu etkilediği göz önünde bulundurulduğunda, sağlık sorunlarının artması sonucu hastaların hastalık süreciyle baş edebilmek için farklı tedavi yöntemlerini de deneyebileceği olasılığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda DM konusunda bilgi alan hastaların TAT kullanma durumu ve TAT kullanımından yarar görme durumu daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Sonucumuzun aksine, diyabetli hastalar arasında yapılan bir çalışmada hastalık ve tedavisi hakkında eğitim alma durumları ve aldıkları eğitimi yeterli bulma durumları ile TAT kullanımı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (2). Benzer bir çalışmada hastaların DM'ye yönelik eğitim alma durumu ile TAT kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (2).

Hastaların diyabet konusunda bilgiyi aldığı kişiye göre TAT etkilerini bilme durumu değerlendirildiğinde gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu($p<0.05$). Diyetisyenlerden bilgi alan hastaların TAT etkilerini bilme oranı en yüksekti. Ayrıca diyabetle ilgili verilen bilgiyi yeterli bulan hastaların TAT kullanma durumu, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma durumu ve TAT'ın etkilerini bilme durumu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Özellikle şifalı bitkilerin TAT yöntemleri arasında en yaygın yöntem olarak kullanıldığı düşünülürse, diyabette beslenme konusunda alınan bilginin diyetisyen tarafından detaylandırılması esnasında, TAT etkilerinin hastalar tarafından sorgulanması ya da diyetisyen tarafından açıklanması beklenebilir. Hastaların TAT'ın etkilerini bilme durumu sağlık çalışanlarından aldıkları bilgiyle doğru orantılı olduğu düşünülmektedir.

7.1.6. Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Tartışılması

Hastaların yaşa göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) ölçeği puanları değerlendirildiğinde, tüm alt boyutlarda ve SYBD toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0.05$) olduğu ve yaş ilerledikçe puanların azaldığı bulundu.

Yaş ilerledikçe bilişsel yıkım da artmaktadır. Zihinsel ve fiziksel aktivitenin azalmasının bilişsel performansta azalmaya yol açabileceği gösterilmiştir (149). Sağlığın geliştirilmesine yönelik uygulamalara yaşlı bireylerin sadece küçük bir yüzdesi katıldığı bildirilmektedir. Yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici aktivitelere katılımlarının kronik hastalık sayılarından, mental, fiziksel ve bilişsel durumlarından etkilendiği belirtilmiştir (150). Bu durumda yaşa ile birlikte SYBD azalması beklenen bir sonuç olarak düşünülebilir.

Hastaların cinsiyetine göre SYBD alt boyutlarından egzersiz ve kişiler arası destek alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Egzersiz alt boyutunda erkeklerin ($9,24\pm 3,35$) kadınlardan ($8,63\pm 3,06$) daha yüksek, kişilerarası destek alt boyutunda ise kadınların ($18,17\pm 3,71$) erkeklerden ($17,69\pm 3,73$) daha yüksek puan elde ettiği saptandı. Bahar ve arkadaşlarının kadınların sağlığı geliştirme davranışları ile ilgili yapmış olduğu çalışmalarında en yüksek puanı, kişilerarası destek alt boyutundan aldığı belirtilmektedir (161). Bir çalışmada kız öğrencilerin egzersiz alt grubu dışında SYBDÖ'nin bütün alt boyut ve toplam puan ortalamalarının erkek öğrencilerden daha yüksek olduğu ve cinsiyete göre kendini geliştirme ve sağlık sorumluluğu gruplarına ait puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (153). Bir başka çalışmada da çalışmamızla benzer olarak fiziksel aktivite alanında erkekler daha yüksek SYBD geliştirdiği bildirilmektedir (154). Çalışmamızın literatürle doğru orantılı olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaların medeni duruma göre SYBD ölçeği puanları incelendiğinde, bekar hastaların, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme,

stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanlarının daha yüksek puan elde etmişti ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Çalışmamızla uyumlu olarak başka bir araştırmada bekarların evlilerden daha yüksek SYBD puanı elde ettiği bildirilmektedir (151). Bir çalışmada yaşlı bireylerden evli olanların özel birinden destek alma ile ilgili alt grup puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (158). Kalp hastaları arasında yapılan bir çalışmada evlilerin SYBD manevi gelişim, fiziksel aktivite, stres yönetimi, beslenme alt boyut puanları bekarlardan daha yüksek olduğu bildirildi (153). Çalışma sonuçlarımıza göre, bekarların bireysel gelişimleri için kendilerine daha fazla zaman ayırma imkanları SYBD'yi olumlu etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda hastaların öğrenim durumları arttıkça SYBD puanlarının arttığı ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu. Yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada yine öğrenim düzeyinin artması SBDY'yi arttırmaktadır (158). Bir çalışmada öğrenim durumu yükseldikçe, SYBD'nin da arttığı gözlemlenmiştir (152). Öğrenim durumu arttıkça bireylerin hastalıkları ile baş edebilmek için sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının daha fazla olması ve sağlıklarına yönelik farkındalıklarının artması ile sahip oldukları bilgileri davranışa dönüştürebilecekleri bildirilmektedir (157). Çalışmamız literatürle paraleldir.

Çalışmamızda mesleki durumuna göre SYBD ölçeği puanları değerlendirildiğinde, tüm alt boyutlarda ve SYBD toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Memurların elde ettiği SYBD puanı yüksekti. Çalışmamıza paralel olarak, hipertansiyon hastalarıyla gerçekleştirilen bir çalışmada memur olarak çalışan bireylerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu egzersiz, beslenme alt boyutları ve SYBD'nin toplam puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (155).

Çalışmamızda hastaların ekonomik durumuna göre SYBD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı alanında gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Ayrıca gelir düzeyi azaldıkça SYBD puanlarının düştüğü saptandı. Sonuçlarımızla uyumlu olarak, Esansiyel hipertansiyon hastalarıyla yapılan bir çalışmada gelir durumu düşük olan bireylerde SYBDÖ alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. (156) Karadeniz ve ark. da çalışmalarında üniversite öğrencilerinde, ekonomik düzey ile sağlığı geliştirme davranışları arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır (157). Kalp hastaları arasında yapılan bir çalışmada sosyoekonomik durumu iyileştikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınan puanın arttığı bulunmuştur (152). Yaşlılarla yapılan bir çalışmada da ekonomik düzey artıkça SYBD puan ortalamalarında artış bulundu (157). Sonuçlarımız literatür ile uyum göstermektedir.

Hastaların yaşadığı yere göre SYBD ölçeği puanları incelendiğinde, tüm alt boyutlarda ve SYBD toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Büyük şehirde yaşayanların SYBD puanları daha yüksek saptandı. Kent doğal alanlarının insanlara psikolojik açıdan duygusal stresi azaltıp mutluluğu artırarak, zihin yorgunluğunu azaltarak, gelişimsel anlamda özellikle çocuklarda daha yüksek seviyede zihinsel aktiviteleri teşvik ederek, maceracı davranışları desteklemek suretiyle kişilerin kendine güvenini destekleyerek ve sosyal sınıflar arasındaki sınırları kaldırarak kişiler arası iletişimi ve kaynaşmayı destekleyerek faydalar sağladığı bildirilmektedir (158). Sonucumuzun aksine bir çalışmada, köyde yaşayan hipertansif bireylerin egzersiz dışında SYBDÖ puan dağılımlarının yüksek olduğu, egzersiz alt grubu puanının ise şehirde yaşayanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (155).

Çalışmamızda sosyal güvencesi olanların SYBD puanları sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutlarında anlamlı düzeyde daha yüksekti. Dalak'ın çalışmasında sağlık sigortası olan bireylerin SYBD puanları daha yüksek bulunmuştur (156) Sonucumuzun aksine Bir çalışmada sosyal güvence durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt grupları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (154).

Araştırmamızda, sadece oral antidiyabetik kullanan hastaların SYBD puanı en yüksek bulundu ve kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı açısından gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Hastaların SYBD alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı alanlarında Tip 1 DM hastalarının, Tip 2 DM hastalarından daha yüksek puan aldığı ve gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu. Yapılan çalışmalar egzersize ve stres yönetimine önem veren hastaların Tip 2 diyabet riskinin azaldığını göstermektedir (159,160,161). Diyabetli hastalarda hastalığa yönelik eğitim programları ile hastaların hastalıklarını kabullenmesine, diyetine ve egzersizine uyum sağlamasına yardımcı olunmalıdır (162,163).

Araştırmamızda hastaların DM süresi ve DM tedavi süresi uzadıkça SYBD puanlarının azaldığı bulundu. Hipertansiyon hastalarıyla yapılan bir çalışmada 10 yıla kadar hastalık süresi arttıkça SYBD toplam puanının da arttığı saptanmıştır (156). Özer ve Argon'un çalışmasında ise aksine kalp hastalarında, hastalık tanısının belirlenme zamanı ile sağlık davranışları puan ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (165).

Çalışmamızda başka bir kronik hastalığı olmayanların SYBD puanları sağlık sorumluluğunda ve egzersiz alt boyutlarında anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Kronik hastalıklar çoğunlukla hareketsizlik, yetersiz ve dengesiz beslenme, tütün kullanımı ve benzeri yaşam tarzlarının ve olumsuz çevresel faktörlerin sonucunda ortaya çıkabilmektedir (157). Bir çalışmada kronik hastalığı olmayan yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam puan ortalamaları yüksek ve anlamlı bulundu (157). Bir başka çalışmada başka bir hastalığı olmayanların SYBD puanları yine yüksek bulundu (152). Dalak'ın çalışmasında SYBDÖ'nin kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek alt boyutları ve ölçek toplam puanı başka kronik bir hastalığa sahip olmayan bireylerde daha yüksek bulunmuştur (152).

Çalışmamızda hastaların DM konusunda bilgi alanların SYBD beslenme alt boyutundaki puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu.

Hastaların DM konusunda alınan bilgiyi yeterli bulma durumuna göre ise SYBD ölçeği alt boyutları puanları değerlendirildiğinde, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ve yeterli bulanların elde ettiği puan daha yüksekti. Ayrıca bilgi kaynağı olarak en yüksek SYDB puanı diyetisyenden bilgi alan hastalara aitti ve gruplar arasındaki fark SYBD alt boyutlarının tamamında istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

DM kronik bir hastalık olması nedeniyle, hastaların sağlıklı bir biçimde yaşamlarını idame ettirebilmeleri önemlidir. Bunun için de DM hastalarının diyetine uyması, düzenli egzersizini yapması, eğer insülin kullanıyor ise insülin enjeksiyonu uygulamasına yönelik eğitim almış olması ve enjeksiyon uygularken gerekli kurallara uyması kaçınılmazdır (166). Tüm bu nedenlerden dolayı, diyabetli hastaların hastalıklarına yönelik eğitim almalarının gerekli olduğu düşünülmektedir.

7.1.7. TAT Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Tartışılması

Hastaların TAT kullanım durumuna göre TAT kullanmayanların SYBD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme, egzersiz, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Yapılan bir araştırmada katılımcıların çoğunun beslenmelerine dikkat ederek ya da spor/egzersiz yaparak sağlıklarını korumaya çalıştığı bulunmuştur (127). Enerji terapileri gibi alternatif tedaviler genel sağlık, iyilik hali, relaksasyonun sağlanması ve birçok kronik hastalıkların semptomlarından olan stresin giderilmesi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır (167). Kronik hastalıkları olan bireyler yorgunluk, ağrı, kramplar, anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları, kaşıntı gibi semptomlarla baş edebilmek ve yaşam kalitelerini artırmak için akupressure, akupunktur, homeopati, egzersiz, aromaterapi, yoga ve refleksoloji gibi diğer TAT yöntemlerine başvurumaktadırlar (168). Hastaların TAT kullanım süresine göre DM tanısı konulur konulmaz TAT kullananların SYBD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres

yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı yüksek ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Tıbbi gelişmelerin etkisiyle yaşam süresi uzamış ve bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmak istedikleri yaşam süresi ve olanak beklentisi de buna bağlı olarak artmıştır (169). Bu anlamda TAT kullanım süresi yaşam süresi ile doğru orantıda ilerlediği düşünülürse TAT kullanımı ile yaşam biçimi davranışlarındaki artış gösterdiği savunulabilir. Literatürde TAT kullanma süresi ile SYBD arasında yeterli kaynağa ulaşılamamıştır.

Hastaların TAT kullanmadan önce sağlık çalışanına danışma durumuna göre SYBD alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$)

TAT kullanan hastaların çoğu bu yöntemlere yönelik güçlü inançları olacağı için, bu konu hakkında sağlık çalışanı ile konuşmaktan çekinebilirler (170,171). Diyabetli hastaların TAT kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada sağlık ekibinin diyabet hastalarında hastalığa bağlı gelişebilecek komplikasyonları önlemeye yönelik bakım ve tedaviyi sağlama, yaşam biçimi değişiklikleri konusunda değerlendirme ve onları bu konuda bilgilendirmeleri önemli olduğu bulunmuştur (4). Çalışmamız doğrultusunda sağlık sorumluluğu olan bireylerin sağlık çalışanına danışmaları yaşam biçimlerine katkı sağladığı gözlenmiştir.

Hastaların TAT etkilerini bilme durumuna göre TAT'ın etkilerini bilenlerin SYBD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı daha yüksek ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$). Bireyler tıbbi tedavilerin yan etkisinden korktukları için de alternatif ya da tamamlayıcı tedavilere yönelme eğilimindedirler. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin doğal ve bu yüzden de zararsız olduğunu düşünmektedirler (176). Bu bağlamda tat kullanımıyla yaşam biçimi alt boyutlarının anlamlı çıkması beklendiği doğrultudadır. Aksine literatürde diyabetliler de tat kullanımını inceleyen bir araştırmada bireylerin çoğunun tatın etkilerini bilmedikleri bulunmuştur. Fakat buna rağmen tat kullanım oranının yüksek olduğu bulunmuştur (4). Bu da bireylerin TAT kullanımının etkilerini bilmesiyle TAT kullanmalarını engellemediğini göstermektedir.

Hastaların TAT kullanımından yarar görme durumuna göre yarar gördüğünü ifade edenlerin SYBD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek alt boyutlarında daha yüksek puan aldığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.05$). Yapılan bir çalışmada hastaların yarıya yakını (%40,9) TAT 'ı yararlı buldukları bulunmuştur. Literatürde TAT'ın yararlılığı konusunda farklı görüşlerin olduğu çalışmalar vardır (11,15,172). Çalışmamız literatürle benzer özellikler göstermektedir.

Hastaların TAT kullanımını DM hastalarına önerme durumuna göre SYBD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı alanında TAT kullanımını DM hastalarına önerenlerin önermeyenlerden daha yüksek puan aldığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu($p<0.05$). Bir çalışmada TAT'ı tavsiye etmeyi düşünen hasta oranı ise %63 olarak bulunmuştur. Çalışmamızın aksine TAT kullanımının hastalarda iyilik halini arttırdığı, herhangi bir yan etki gelişmediği ancak tavsiye etmeyi düşünmeyen grubun çoğunlukta olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (98,173).

7.1.8. TAT Özelliklerine Göre Metabolik Değişkenliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda hastaların TAT kullanım süresine göre HbA1c değeri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu. Diyabetli hastalarda TAT kullanımını inceleyen bir araştırmada ise TAT kullanan hastaların HbA1c değerlerinin anlamlı olduğu bulundu (4). Diyabetli hastalar üzerinde yapılan bir başka çalışmada HbA1c ile ölçek alt boyutları arasındaki korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (87). TAT kullanım süresi uzadıkça HbA1c değeri anlamlı ölçüde arttığı bulunmuş olup bunun sebebi de TAT yönteminin yan etkileri olarak düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların TAT etkilerini bilme durumuna göre sadece TKŞ değeri açısından ve TAT kullanmadan önce sağlık çalışanına danışma durumuna göre AKŞ ve TKŞ değeri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Orhan ve Karabacak çalışmasında AKŞ ile TKŞ SYBD ölçek alt boyutları arasındaki

anlamli iliŒki olduğu saptandı (87). Sağlık alıŒanlarından çekince stresi arttırmıŒ ve bireylerde stres oluŒturmuŒ, AKŒ ve TKŒ oranlarını ykseltmiŒ olabilir (99).

Hastaların TAT kullanımını diğer DM hastalarına önerme durumuna göre sadece TKŒ değeri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Literatürde buna benzer bir alıŒma bulunamamıŒtır.

7.1.9. TAT Kullanım Durumu ile SYBD Arasındaki İliŒinin TartıŒılması

TAT ile SYBD kullanım durumu arasındaki pozitif yönde ve zayıf korelasyon bulundu. Neden sonuç iliŒkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi sonucunda ise TAT kullanma durumu sağlıklı yaŒam biçimi davranıŒları düzeyini arttırdığı belirlendi. Literatürde diyabetli bireylerde TAT kullanımını değerlendiren araŒtırmalar bulunmasına rağmen, bu hastalarda TAT kullanımının sağlıklı yaŒam biçimi davranıŒlarına etkisini inceleyen alıŒmalara rastlanılmamıŒtır.

Bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranıŒlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranıŒları seçerek düzenlemesi anlamına gelen sağlıklı yaŒam biçimi davranıŒları; beslenme alışkanlığı, kendini gerekleŒtirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kiŒilerarası destek ve stres yönetimine yönelik yapılan değerlendirmeleri içermektedir (21,22). KiŒilerin sağlık davranıŒlarını en st düzeye çıkarabilmeleri için sağlığı geliŒtirme çabaları göstermeleri gerekmektedir (24). Bu nedenle, bireyler sağlıklı davranıŒlar geliŒtirmede kendi sorumluluklarını almalıdırlar (24). TAT kullanımının bireylerin kendi sağlık yönetim davranıŒları doğrultusunda hastalıklarını tedavi etmeye yönelik bireysel ve davranıŒsal faktörlere bağlı olduğu belirtilmektedir (15,27). Bu bağlamda günümüzde kronik hastalığı olan bireylerin TAT kullanım oranlarının yüksek olması, hastaların daha sağlıklı yaŒam biçimi davranıŒı geliŒtirebilme arayıŒını gösterebilir.

8.SONUÇ

Diabetes Mellituslu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlara aşağıda yer verilmektedir:

Araştırma sonucunda;Hastaların yaş ortalaması (54,441±12,680) olup, %21,5'i 41-50, %30,0'ı 51-60, %26,1'i 61-70 yaş aralığında bulunmaktaydı. Hastaların %63,4'ü kadın olup, büyük çoğunluğu (%92,3) evliydi.

Hastalar öğrenim durumları açısından incelendiğinde % 38,3 ilkokul, %24,7'si ortaokul, %14,0'ı lise mezunuydu. Hastaların %39,2'si ev hanımı, %26,9'u işçi, %7,9'u memur ve %7,6'sı serbest meslek çalışanıydı.

Çoğunluğunun ekonomik durumunun (%79,8) orta, %14,8'inin iyi, %5,4'ünün kötü düzeyde olduğu ve %51,9'unun ilçede, %42,8'inin ilde, küçük bir kısmının ise (%5,3) köy kasabada yaşadığı bulundu. Hastaların büyük çoğunluğunun (%90,0) sosyal güvencesi mevcuttu.

Hastaların yaşa göre TAT kullanma durumu; en yüksek oran (%63,9) 61-70 yaş arası grubunda, en düşük oran 30 ve altı yaş grubunda idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (**p<0.05**).

Medeni duruma göre evli hastaların (%53,4) , bekar hastalardan (%26,9) daha fazla TAT kullandığı, TAT kullanım etkilerini bilme oranlarının ise (%66,7) bekar hastalarda (%36,9) evli hastalardan daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu saptandı (**p<0.05**).

Hastaların öğrenim düzeylerine göre TAT kullanma, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma, TAT kullanımının etkilerini bilme, TAT kullanımından yarar görme durumu ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (**p<0.05**).

Hastaların meslek durumuna göre; TAT kullanma, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma, TAT kullanımının etkilerini bilme, TAT kullanımından yarar

görme durumu ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (**p<0.05**).

Hastaların ekonomik durumuna göre; TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma, TAT kullanımının etkilerini bilme ve TAT kullanımından yarar görme durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (**p<0.05**).

Hastaların yaşadığı yere göre TAT kullanımından yarar görme durumu ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (**p<0.05**).

Hastaların sosyal güvencesi olma durumuna göre, TAT kullanımının etkilerini bilme oranı değerlendirildiğinde, sosyal güvencesi olmayanların (%59,2) sosyal güvencesi olanlardan (%35,9) daha yüksek orana sahip olduğu saptandı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (**p<0.05**).

Hastaların Diyabet tipine göre, TAT kullanım, TAT kullanımının etkilerini bilme ve TAT kullanımından sonra sağlık sorunu yaşama durumu açısından gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (**p<0.05**).

Hastaların DM süresine göre TAT kullanım durumları ve TAT kullanma süreleri açısından gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi (**p<0.05**).

Hastaların başka bir hastalığı olma durumuna göre, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma oranı ve TAT kullanma süresi değerlendirildiğinde, başka bir hastalığı olmayanların TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma oranı (%38,5) ve TAT kullanma süresi (%46,3) başka hastalığı olanlardan (%25,1, %35,4) daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p<0.05**).

Hastaların diyabet tedavi süresine göre TAT kullanım durumu ve TAT kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (**p<0.05**).

Hastaların DM konusunda bilgi alma durumuna göre TAT kullanma ve TAT kullanımından yarar görme durumu değerlendirildiğinde, gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Hastaların Diyabet konusunda alınan bilgiyi yeterli bulma durumuna göre TAT kullanma durumu, TAT kullanımından önce sağlık çalışanına danışma durumu ve TAT kullanımının etkilerini bilme durumu değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Öneriler;

-Hastalardan anamnezi alırken hemşirelerin TAT kullanımını sorgulanması, değerlendirmesi ve uygun danışmanlığı sağlaması,

- Hemşirelerin özellikle TAT kullanımını konusunda riskli grupları belirlemesi,

-Sağlık profesyonelleri, özellikle hemşirelerin diyabet konusunda eğitimlerini, bilgilerini güncellemesi ve bu doğrultuda hastaları doğru yönlendirebilmesi,

-TAT kullanımından dolayı ortaya çıkan problemleri önlemek için hemşirelerin TAT konusunda bilgilerinin olması, konuyla ilgili kanıt düzeyi yüksek olan bilimsel çalışmaları takip etmesi ve önyargısız bir şekilde hastaları değerlendirmesi,

-Hastaların diyabet bakım ve tedavisine yönelik pozitif tutumların desteklenmesi ve tutumların değiştirilmesinde alanınca uzman kişiler tarafından planlı eğitimler verilmesi,

9. KAYNAKLAR

- 1- Yücel H, Evde Bakım Hizmeti Alan Diyabetli Hastaların Diyabet Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi. H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa 2014.
- 2- Yakupçebiöglü FN, Diabetes Mellituslu Hastaların Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumlarının Belirlenmesi, Gata Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2012.
- 3- Kardeş Kin Ö, Diyabetli Bireylerin Diyabet Komplikasyonlarına Farkındalığı Ve Diyabet Özbakım Davranışları, D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2015.
- 4- Kaynak İ, Polat Ü. Diabetes Mellitus'lu Hastaların Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavileri Kullanma Durumları Ve Diyabet Tutumları İle İlişkisi. Genel Tıp Derg 2017;27(2):56-64 Mart 2015
- 5-Organization Wh. Global Report On Diabetes 2016 (Erişim Tarihi: 25 Mayıs 2017). [Http://Www.Who.Int/Diabetes/Globalreport/En/.](http://www.who.int/diabetes/globalreport/en/))
- 6- Federation İd. Idf Diabetes Atlas Seventh Edition 2015 ([http://www.diabetesatlas.org./](http://www.diabetesatlas.org/) Erişim Tarihi: 25 Mayıs 2017).
- 7- <http://www.tuik.gov.tr/start.do/haziran> 2018 (Erişim Tarihi: Haziran 2018).
- 8-TURDEP-II Sonuçlarının Özeti [Http://www.diabetcemiyeti.org/C/Turdep-2](http://www.diabetcemiyeti.org/C/Turdep-2) Sonuçlarının Özeti. (Erişim Tarihi: Nisan 2018).
- 9- Öztürk R, Güleç Şatır D, Sevil Ü. Jinekolojik Kanserli Hastaların Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları Ve Tutumlarının İncelenmesi. Gaziantep Medical Journal;22(3):141-147,2016.

10-Bonnie, K., Lind M.S. David E, And Etc. Complementary And Alternative Provider Use By Insured Patients With Diabetes In Washington State. The Journal Of Alternative And Complementarymedicine,12(1):7177, 2007.

11-Çalık A, Diyabet Tedavisinde Kullanılan Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedaviler: Literatür Derlemesi (2007 ile 2017 Arasında Yapılan Tarama), Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi C.1, S.2, S.79-84, Aydın, 2017.

12-Huri HZ, Lian GTP, Hussain S, Pendek R, Widodo RT. A survey amongst complementary alternative medicine (CAM) users with type 2 diabetes. Int J Diabetes & Metabolism.17:9-15, 2009

13-Khorshid L, Yapucu Ü. Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavilerde Hemşirenin Rolü.Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (2), 2005.

14-Naja F, Mousa D, Alameddine M, Shoaib H, Itani L, Mourad Y. Prevalence and correlates of complementary and alternative medicine use among diabetic patients in Beirut, Lebanon: a cross-sectional study. BMC complementary and alternative medicine;14(1)2-11,2014.

15-Küçükgülü Ö, Kızılcı S, Mert H, Uğur Ö, Büyükkaya D, Ve Ünsal E. Complementary And Alternative Medicine Use Among People With Diabetes In Turkey. Western Journal Of Nursing Research, 34 (7), 2012.

16-Pagan JA, Tanguma J. Health care affordability and complementary and alternative medicine utilization by adults with diabetes. Diabetes care.;30(8):2030-2031, 2007

17-Hashempur H.M,Heydari M,Mosavat SH, Heydari TS,Shams M ,Complementary and alternative medicine use in iranian patients with diabetes mellitus, Journal of Integrative Medicine Volume 13, Issue 5, , Pages 319-325 September 2015

18-Al-Eidi S, Tayel S, Al-Slail F, Qureshi N.A,Sohaibani I,Khalil M,Al-Bedah A.M,

Knowledge, attitude and practice of patients with type 2 diabetes mellitus towards complementary and alternative medicine, *Journal of Integrative Medicine* 14(3):187-196 · May 2016

19-Pumthong G, Nathason A, Musikorn T, pinthong P, Klangprapun S, Thepsuriyanon D, Kotta P, Complementary and alternative medicines for diabetes mellitus management in asean countries, doi.org/10.1016/j.ctim.2015.01.016 Pages 617-625, August 2015,

20-Chang HY, Wallis M, Tiralongo E: Use of complementary and alternative medicine among people living with diabetes: literature review. *J Adv Nurs* 2007, 58:307–319.

21-Pender NJ. *Health Promoting In Nursing Practice*. 2.Ed. California: Norwalk; 1987.

22-Bidlack WR. Interrelationships Of Food, Nutrition, Diet And Health: The National Association Of State Universities And Land Grant Colleges White Paper. *J Am Coll Nutr*; 15: 422-433, 1996.

23-The Who Cross-National Study Of Health Behavior In School-Aged Children From 35 Countries: Findings From 2001-2002. *J Sch Health*; 74: 204-6,2004.

24-Komduur RH, Korthals M, Molder H. The Good Life: Living For Health And A Life Without Risks? On A Prominent Script Of Nutrigenomics. *Br J Nutr*; 101: 307-316, 2009.

25-Ayaz S, Tezcan S Ve Akıncı F, Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9(2), 2005.

26-Edelman Ve Mandle, *Community Health Nursing* s.260-261, 1998.

27-Hori S, Mihaylov I, Vasconcelos JC, Mccoubrie M. Patterns Of Complementary And Alternative Medicine Use Amongst Outpatients In Tokyo, Japan. *Bmc Complement Altern Med* 2008;8 :14.

28-Araz N, Taşdemir H. Ve Kılıç S. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Tıp Dışı Alternatif Ve Geleneksel Uygulamalar Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. G. Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(4), 241. Gümüşhane, 2012.

29-Tunalı M, Erşahan Ş, Aydınbelge M. Periodontal hastalık ile diyabet arasında çift yönlü ilişki. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,23: 28–38, 2014.

30-T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye diyabet önleme ve kontrol programı eylem planı. Ankara 2011.

31-http://www.turkendokrin.org/files/pdf/03_Tip_1_Diyabet.pdf (Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018).

32-Sönmez AB, Tip 1 Diyabetes Mellitus Tanılı Olgularda Tanı Ve İzlemede Dislipidemi Sıklığının Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne 2017

33-Shigenaga MK, Ames BN. Assays For Hydroxy Deoxyguanosine: A Biomarker Of In Vivo Oxidative Dna Damage. Free Radic Biol Med. 10: 211– 216, 1991.

34-İstanbul Araştırma Ve Eğitim Vakfı (İsar), Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Çalıştayı, İstanbul, 2017.

35-<http://drerhanozel.com/index.php/tr/saglik-rehberi/diyabet/103-diyabet-tanisi-ve-siniflandirmasi> ,Erişim Tarihi: 22 Mart 2018.

36-The DECODE Study Group on behalf of the European Diabetes Epidemiology Group: Glucose Tolerance and Cardiovascular Mortality, Comparison of fasting and 2-Hour Diagnostic Criteria; Arch Intern Med.161:397-404, 2001.

37-Gülşen I, Gülay O, Tip 2 Diyabeti Olan Bireylerin İnsülin Tedavisini Kabullenme Ve Uyum Süreçlerindeki Deneyimlerinin Belirlenmesi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,2015

38- Kayaalp SO. Rasyonel tedavi yönünden Tıbbi Farmakoloji. İnsülin, oral ve diğer antidiyabetik ilaçlar ve glukagon. 9. Baskı. Cilt 2. Feryal Matbaacılık Ankara,1252-72, 2000.

39- Stumvoll M et al. Clinical features of insulin resistance and beta-cell dysfunction and relationship to type 2 diabetes.Clin. Lab. Med.21:31, 2001.

40- Haller MJ, Silverstein JH, Rosenbloom AL. Type 1 diabetes in the child and adolescent. In: Lifshitz F (Ed). Pediatric Endocrinology, New York, Informa Healthcare, 5th ed,63- 81, 2007.

41-Escobar O, Drash AL, Becker DJ. Management of the child with type 1 diabetes. In: Lifshitz F (Ed). Pediatric Endocrinology, New York, Informa Healthcare, 5th ed, 101- 124,2007.

42- Kordonouri O, Maguire AM, Knip M, Schober E, Lorini R, Holl RW, Donaghue KC. Other complications and conditions associated with diabetes in children and adolescents. Pediatr Diabetes ,10 (Suppl 12): 204-210,2009.

43-Aslan R, Hekimlikte Alternatif Ve Tamamlayıcı Tıbbi Yaklaşımlar, Kocatepe Veterinary Journal, 9(4): 363-371, 2016.

44-Sayek F. Tıbbi Raporları, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler Türk Tabipleri Birliği, s55,2009

45- Gorski D, Science Based Medicine Credulity About Acupuncture İnfiltrates. The New England Of Journal, England, 2010.

46-Traditional medicine, Fact sheet N°134 December 2008
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/index.html> (Erişim tarihi: 05. 01 .2018)

47-Lui C, Dower J, Donald M, Coll J. Patterns and determinations of complementary and alternative medicine practitioner use among adults with diabetes in Queensland, Australia. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine s.1-7, 2012.

48- Fabian E, Töscher S, Elmadfa I, Pieber TR. Use of complementary and alternative medicine supplements in patients with diabetes mellitus. *Annals of Nutrition & Metabolism*,58:101-8, 2011.

49-Chang HA, Wallis M, Tiralongo E, Wang HL. Decisionmaking related to complementary and alternative medicine use by people with Type 2 diabetes: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*,21: 3205-15,2012.

50-Ceylan S, Azal Ö, Taşlıpınar A, et al. Complementary and alternative medicine use among turkish diabetes patients. *Complementary Therapies in Medicine* 2009; 17: 78-83. 13. Ben-Arye E, Schiff E, Karkabi K, et al. Exploring association of spiritual perspectives with complementary medicine use among patients with Type 2 diabetes in İsrail. *Ethnicity & Health*, 16:1-10, 2011.

51- Birdee GS, Yeh G. Complementary and alternative medicine therapies for diabetes: a clinical review. *Clinical Diabetes*, 28:1547- 57, 2010.

52-Hongwen Y, Shouming Z, Artemisia taylor and francis ss.149-158, 2002.

53-Tamaki T, Kanno S, Soda J. Radionic nonuniform black strings. *Phys Rev*. 69(2):8-13,2004.

54-Yıldırım N, Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi, C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik A.B.D., Yüksek Lisans Tezi, Sivas,2005

55- Tokaç M. Geleneksel tıbbi akademik yaklaşım: GETTAM. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Derg*, 28:82-85, 2013.

56-Altıntaş, E. Stres Yönetimi. İstanbul: Alva Basım Yayım, 2003.

57-Ata Ee, Hemşirelik Eğitim Programının Öğrencilerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Gelişimine Ve Yaşam Kalitesine Etkisi, C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği A.B.D., Yüksek Lisans Tezi, Sivas,2008

58-Balliel N, Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi Hemşirelerinde Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları Ve İlişkili Davranışlar.A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D., Yüksek Lisans Tezi,Ankara,2009

59-Sönmezer H, Kayseri İl Merkezi'nde Seçilmiş Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 18-64 Yaş Grubu Kadınların Sağlıkla İlgili Yaşam Biçimi Davranışları, Erciyes Üniversitesi 89-Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı A.B.D., Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2009

60-Akgül N, Sivas İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Öz Etkililik -Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi, C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Toplum Sağlığı Hemşireliği, Sivas,2008.

61-Chen M. The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers. Public Health Nursing , 16(2):125-132,1999.

62-Özkan S, Yılmaz E, Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Ulusal Cerrahi Kongresi Kongre Kitabı, 24-28 Mayıs, Antalya, 2006.

63-Ünal D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü, Meslek Yüksekokullarının Sağlık Ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İ.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi,14(2):101-109, Malatya, 2007.

64-Crisp J, Potter P.A, Perry A.G, Taylor C, Potter And Perry's Fundamentals Of Nursing. (2nd Ed.). Elsevier Inc. P.1667, Australia, 2005.

65-Deborah B, Taylor H, Henderson J. The Alspac Study Team. Inequality In Infant Morbidity: Causes And Consequences In England In The 1990s, Journal Epidemiol Community Health, 52(7): S.451-458, 1998.

66-Edelman C.L, Fain J.A. Health Defined: Objectives For Promotion & Prevention,3-24,1999

67-Edelman C, Mandle C.L, Health Promotion Throught The Lifespan. Mosby Company. Philadelphia, 2002.

68-Gordon E, Golanty E, Brown KM, Health And Wellness: Physical Activity For Health And Well- Being, Boston, Jones Andbarlett Publishers, S.136-147, 2002.

69-Toprak İ, Şentürk Ş, Yüksel B, Özer H, Çakır B, Bideci E, Saha Personeli İçin Toplum Beslenme Programı Eğitim Materyali. Onur Matbaacılık Ofset Ltd. Sti. 3. Baskı, Ankara,2002.

70-Dowdell EB, Santucci M.E, Health Risk Behavior Assesment: Nutrition, Weight And Tobacco Use İn One Urban Seventh-Grade Class. Public Health Nursing, 21 (2), 128-136 ,2004

71-Kant A.K, Dietary Patterns And Health Outcomes. J Am Diet Assoc, 104 (4), 615-635, 2004.

72-Kavas A. Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme. 3. Basım, İstanbul: Literatür Yayıncılık,: 6-15, 2003.

73-Soylu M. Sağlıklı beslenme-sağlıklı süt. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı. Marmaris-Muğla, 9-12 Kasım: 37,2006.

74-Abakay U, Kuru E, Futbolcu-Antrenör İletişiminin Farklı Statülerdeki Futbolcuların Başarı Motivasyonu İlişkisi., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, S.124, Ankara, 2010

75-Çetinkanat C. Örgütlerde Güdüleme Ve İş Doyumu.: Anı Yayıncılık,7: S.35-36 Ankara, 2000.

76-Tabak RS. Sağlık İletişimi. Literatür Yayınları, 7:32-3, İstanbul, 1999.

77-İslamoğlu A.H, Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Beta Basım, S.150 , İstanbul,2003.

78- Salant P ve Don A. Dillman, How to Conduct Your Own Survey, John Wiley & Sons, Inc. Newyork, , s. 55, 1994.

79-TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük Editör Altan Onat Türk Erişkinlerinde Prediyabet Ve Diyabet: Yeni Patogenez Tespiti s.182,2017

80-Akpunar D, Diyabet Eğitiminin Hastaların Sağlık İnancına, Bilgi Düzeyine Ve Diyabet Yönetimine Etkisi, A.Ü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Tez Yöneticisi Yüksek Lisans Tezi, Erzurum,2012

81-Kaynak İ, Diabetes Mellitus’lu Hastaların Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavileri Kullanma Durumları Ve Diyabet Tutumları İle İlişkisi, G.Ü. Yüksek Lisans Tezi Hemşirelik Anabilim Dalı Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara , 2015.

82-Akgül E, Türkiye’nin Farklı İllerindeki Kanser Hastalarında Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanımı Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2009

83- Esin, M.N. “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçe’ye Uyarlanması”, Hemşirelik Bülteni, 12:45, 1999.

84-41. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı 2004, Ankara

85-Taşkaya S, Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri İle Sağlık Hizmeti Kullanımı Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Doktora Tezi, Ankara, 2014

86-Şermet Ş, Diyabetli Yaşlıların Diyabetin Bakım Ve Tedavisine Yönelik Sağlık İnançları,G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı,Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012

87-Orhan B, Tip 2 Diyabetlilerde Diyabete İlişkin Bilişsel Ve Sosyal Faktörlerin Metabolik Kontrole Etkisi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,İstanbul,2012

88-İzgi C, Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısının Diyabet Yönetimine Etkisi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, S.D.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı ,Isparta, 2014

89-Çallı D, Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Algısı Ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi, P.Ü. Sağlık Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,Denizli ,2014

90-Cemalettin E, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Endokrinoloji Polikliniğine Başvuran Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Hedef Lipid Düzeyine Ulaşma Oranı Ve Tedaviyeuyumu Etkileyen Faktörler O.Ü. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2015

91-Tahmiscioğlu G, Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Takip Edilen Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Glisemik Kontrollerinin, Lipid Profillerinin Ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Ç.Ü. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.Uzmanlık Tezi ,Adana, 2008

92-Mustafova Z, Yaşlı Diyabetli Hastalarda Diyabet Yüğü Ve Hastalığı Kabul Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tez, Ankara,2015.

93-Haliloğlu B, Tip 1 Diabetes Mellitus Tanılı Çocuklarda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanımı, Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesiçocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniğitıpta Uzmanlık Tezi,İstanbul, 2009

94-Satman, I. Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi. “Diabetes Mellitus“İçinde. (Ed) İmamoğlu Ş, Ersoy C. 3. Baskı. İstanbul, Deomed Medikal Yayıncılık ,11-35 , 2009.

95-International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 3rd Edition. International Diabetes Federation Publ, Brussels, S.22,2006.

96-International Diabetes Federation: Diabetes Atlas, 4th Edition, 2009, <http://www.Diabetesatlas.Org> Adresinden 08/08/2017 Tarihinde Erişilmiştir.

97-American Diabetes Association: Standards Of Medical Care İn Diabetes-2011. Diabetes Care;34 (1):11-61, 2011.

98-National Center For Complementary and Alternative Medicine, <http://www.healthfinder.gov/scripts/searchContext.asptopic87> (22 Eylül 2011)

99-Konrad R.J, Kudlow J.E. The role of linked protein glycosylation in β -cell dysfunction.Int J Mol Med; 10: 535-9. 2002

100-American Diabetes Association: Standards Of Medical Care İn Diabetes-2010. Diabetes Care;33(1):11-61, 2010.

101-Koç E.M, Ayhan Başer D, Özkara A, Kahveci R, Demir Alsancak A, Yaşar İ , Yılmaz E.T, Diyabet Tanısıyla İzlenen Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi: Türkiye İçin Bir Pilot Çalışma, Konuralp Tıp Dergisi 2015;7(2):76-82, 2013

102-Ball J.W, Bindler R.C, Child Health Nursing Partnering With Children & Families. (Ed. Withn, J.H.D.). Co: Pearson Education, New Jersey,2006.

103-Wijesuriya M.A, De Abrew W.K, Weerathungal A, Perera A, Vasantharajah L. Association Of Chronic Complications Of Type 2 Diabetes With The Biochemical And Physical Estimations İn Subjects Attending Single Visit Screening For Complications. Journal Of Diabetolog, 1(3): 1-9, 2012.

104-Sivrikaya S, Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarına Verilen Planlı Eğitimin Hastaların Tutumlarına, İyilik Hallerine Ve Metabolik Kontrol Değişkenlerin Etkisi, A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum, 2006.

105-Kızıldaş Ö, Arslan İ, Tekin O, Fidancı İ, Kızıldaş B, Kuzulu A, Çelik M, Çiğdem E, Tip 2 Diyabet Hastalarında Psikolojik Belirtilerin İncelenmesi, Konuralp Tıp Dergisi 2016;8(3) 187-194,2016

106-Çubuk G, İnce S, Oral Antidiyabetik İlaçlar Afyon Kocatepe Üniversitesi, Veteriner Fakültesi, Farmakoloji Ve Toksikoloji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Kocatepe Vet J 8(1): 95-102 ,2015

107-Ayvaz G, Kan E, Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Oral Antidiyabetik İlaçlar Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisi, Mised, S.10, Mayıs 2010

108-Kosti M, Kanakari M. Education And Diabetes Mellitus. Health Science Journal. 6(4): 654-660, 2012.

109-Martha M. Funnell, Tammy L. Brown, Belinda P. Childs, Linda B. Haas, Gwen M. Hosey, Brian Jensen, Melinda Maryniuk, Mark Peyrot, John D. Piette, Diane Reader, Linda M. Siminerio, Katie Weinger, Michael A. Weiss, National Standards For Diabetes Self-Management Education. Diabetes Care; 32 (1): 13–61, 2009.

110-Diyabet Hemşireliği <http://Www.Tdhd.Org/Pdf/DiyabetHemsireligiNedir.Pdf> (01.05.2017), 91. Diyabet Sağlık Profesyonellerinin Eğitimi İçin Uluslararası Eğitim Rehberi (2005) http://www.Tdhd.Org/Pdf/Prof_Egt_Giris.Pdf (01.05.2017)

111-Complementary and alternative medicine (CAM) use among Jordanian patients with chronic diseases Wazaify M , Alawwa I , Yasein N ,Al-Saleh A, Afifi F.U. Complementary Therapies in Clinical Practice ,2013.

112-Gökkoca Z, Sağlık Eğitimi Açısından Yetişkin Eğitimi Sted 2001 ,Cilt 10 , Sayı 11,412, 2007

113-American Diabetes Association: clinical practice recommendations 2001.diabetes care, 2001

114-Hashempur H.M,Heydari M,Mosavat SH, Heydari TS,Shams M. ,Complementary and alternative medicine use in iranian patients with diabetes

mellitus, *Journal of Integrative Medicine* Volume 13, Issue 5, , Pages 319-325
September 2015

115-Molassiotis A, Ortega P.F, Pud D, Ozden G, Scott J.A, Panteli V, et al. Use Of

116-Sollner W, Zingg-Schir M, Rumpold G. Attitude Toward Alternative Therapy,
Compliance With Standard Treatment, And Need For Emotional Support İn Patients
With Melanoma. *Arch Dermatol*; 133(3):316-21, 1997.

117-Gözüm S, Arıkan B, Büyükavcı M. Complemantery Alternative Medicine Use
İn A Pediatric Oncology Patients İn Eastern Turkey. *Cancer Nurs*; 21:282–8, 2007.

118-Bilgiç Ö, Akne Vulgaris’li Hastalarda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp
Uygulamaları, *Muharrem Ak İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*;18(2):111-4,
2011.

119-Uğurluer G, Karahan A, Edirne T, Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde Tedavi Alan
Hastaların Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Başvurma Sıklığı Ve
Nedenleri, *Hüseyin Avni Şahin Van Tıp Dergisi*: 14 (3):68-73, 2007

120-Karadeniz C, Pınarlı F, Oğuz A, Gürsel T, Canter B. Complemantery/alternative
medicine use in a pediatric oncology unit in Turkey. *Pediatr Blood cancer*.;48:540–
3,2007.

121-Kurt H, Keşkek Şö, Çil T, Canataroğlu A, Meme Kanserli Hastalarda
Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Kullanımı,*Türk Onkoloji Dergisi*;28(1):10-15, 2013.

122- Durusoy Ç, Güleç At, Durukan E, Bakar C, Dermatoloji Polikliniğine Başvuran
Akne Vulgaris Ve Melasma Hastalarında Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanımı:
Anket Çalışması *Turk J Dermatol*, 4: 14-7, 2010.

123-Öğüt Düzen K, Korkmaz M, Kanser Hastalarında, Semptom Kontrolü Ve
Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanımı *Deuhfed* 2015, 8(2), 67-76 Dokuz Eylül

Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi Yayınlanma Tarihi 2015,
Yazılma Tarihi 2012

124-Dannemann K, Hecker W, Haberland H, Et Al. Use Of Complementary And
Alternative Medicine İn Children With Type 1 Diabetes Mellitus Prevalence,
Patterns Of Use And Costs. Pediatric Diabetes; 9-1: 228-235, 2008.

125-Karacan Y, Akkuş Y, Akdemir N, Göker H, Aksu S, Sucak Ga, Özet G,
Tekinalp A, Özkocaman V, Ali R, Özkalemkaş F, İlhan O ,Kök Hücre Nakli
Hastalarında Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanımı Uludağ Üniversitesi Tıp
Fakültesi Dergisi 38 (1) 1-6, 2012

126-Kılıç Ma, Birinci Basamağa Başvuran Hastalarda Tamamlayıcı-Alternatif
Tedavi (Tat) Kullanımı Ve Nedenleri, D.E. Ü.Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim
Dalı Uzmanlık Tezi,İzmir ,2013

127-Araz A, Harlak H, Meşe G, Sağlık Davranışları Ve Alternatif Tedavi Kullanımı
Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (2), 2007

128-Çakmak S, Nural N, Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Tamamlayıcıvealternatif
Tedavileri Kullanma Durumu, 2016 Doı: 10.5336/Jtracom-54818, 2017.

129-Tükenmez Demirci G, Altunay İ, Küçükünal A, Mertoğlu E, Sarıkaya S, Atış G,
Ateş B, Deri Hastalıklarında Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıbbi Yöntem Kullanımı Ve
Hastalar Üzerindeki Olumlu Ve Olumsuz Etkileri Turk J Dermatol; 6: 150-4
Doı:10.5152/Tdd.2012.32, 2012.

130-Güven Şd, Muz G, Ertürk Ne, Özcan A, Hipertansiyonlu Bireylerde
Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumu Balikesir Sağlık Bil Derg
Cilt:2 Sayı:3 Aralık 2013

131-Osamor P, Owum B. Complementary And Alternative Medicine İn The Management Of Hypertension İn An Urban Nigerian Community. *Bmc Complementary And Alternative Medicine.*; 10(36):1-9, 2010.

132-Erci B. Attitudes towards holistic complementary and alternative medicine: a sample of healthy people in Turkey. *J Clin Nurs.*;16(4):761-8, 2007.

133-Özçelik G, Toprak D, Bitkisel Tedavi Neden Tercih Ediliyor? *Ankara Med J*, 15(2):48-58, 2015.

134-Kutlu S, Ekmekçi T.R, Köşlü A, Purisa S, Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Olgularda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin Kullanımı *Türkiye Klinikleri J Med Sci*;29(6):1496-502,2009.

135-Gözüm S, Tezel A, Koç M, Complementary alternative treatments used by patients with cancer in Eastern Turkey. *Cancer Nursing* 26 (3), 230-236,2003.

136-S. Ceylan, O. Hamzaoglu, S. Kömürcü, C. Beyan and A. Yalçın, Survey of the use of complementary and alternative medicine among Turkish cancer patients, *Complementary Therapies in Medicine* 10 (2002) (2), pp. 94–99.

137-Algier L, Hanoğlu Z, Özden G, Kara F. The use of complementary and alternative (nonconventional) medicine in cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 9: 138-146,2005.

138- Akyürek S, Önal C, Kurtman C : Akciğer Kanseri Hastalarında Alternatif Tedavi Kullanımı *THOD* cilt:15 (2) 2005

139-Sağkal T, Demiral S , Odabaş H , Altunok E ,Kırsal Kesimde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumları *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.* 27 (1): 19 – 26, <http://www.fusabil.Org> ,2013.

140-Downer SM, Cody MM, McCluskey P, et al: Pursuit and practice of complementary therapies by cancer patients receiving conventional treatment. Br Med J 309:86-89, 1994

141-Crocetti E, Crotti N, Feltrin A, et al: The use of complementary therapies by breast cancer patients attending conventional treatment. Eur J Cancer 34:324-328, 1999

142-Begbie, SD, Kerestes ZL, Bell DR. Patterns of alternative medicine use by cancer patients: Med J Aust 165:545-8, 1996

143-Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: Results of a follow-up national survey. JAMA;280:1569–75, 1998.

144-Sirois FM. Provider-based complementary and alternative medicine use among three chronic illness groups: Associations with psychosocial factors and concurrent use of conventional health-care services. Complement Ther Med;16:73- 80, 2008.

145-Tas F, Karagöl F, Üstüner Z, Yazar A, Can G ve ark. Türkiye’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanan Kanser Hastalarının Prevalansı. 23- 27 Nisan XV. Ulusal Kanser Kongresi Program ve Bildiri Özet Kitabı, Antalya 2003.

146-Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiye de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. International Journal of Hematology and Oncology;18:32-8, 2008.

147-Karakurt, F., Çarlıoğlu, A., Kasapoğlu, B., ve Gümüş, İ, Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanı ve Tedavisi. Yeni Tıp Dergisi, 26,134-138,2009.

148-Mollaoğlu M ,Tuncay F, Fertelli, T.K., ve Çelik, Z, Diyabet Eğitim Programının Diyabetik Hastaların Tutumları Üzerinde Etkisi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5(13), 96-105, 2010.

149-Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res; 12:189-198, 1975.

150-Kulakçı H,Ayyıldız Kuzlu T,Emiroğlu N.O,Köroğlu E,Huzurevinde yaşayan yaşlıların yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi,DEUHYO,5(2),53-64 2012

151- Yalçınkaya M, Gök Özer F, Yavuz Karamanoğlu A, Sağlık alışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi , Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6) 2007

152- Cürcani M, Tan M, Küçükoğlu S,Hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler, Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi;14;12,011,2018

153- Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H, Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi Anadolu Kardiyol Derg; 11: 619-26,2011.

154- Koçak S.H, Öncel S, Zincir H,Seviğ Ü.E ,Sınıf öğretmenlerinde tip 2 diyabet riski ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi, ,Turk public health ;15(2),2017

155- Polat Ü,Bayrak Kahraman B, Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki Fırat Tıp Derg/Firat Med J 18(4): 213-218,2013.

156-Dalak H, Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki, yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin,2010

157-Karadeniz G, Uçum Y.E, Dedeli Ö, Karaađaç Ö. Üniversite öđrencilerinin sađlıklı yařambičimi davranıřları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7(6): 497–502; 2008.

158- Kaçan Softa H, Bayraktar T ve Uğuz C Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Sistemleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler *Elderly issues research journal* cilt 9, s.1-12 ,Haziran,2016.

159- Rohde, C. L. E, Kendle, A. D, Nature for people. In: Kendle, A. D. and Forbes, S. J. (Eds), *Urban Nature Conservation: Landscape Management in the Urban Countryside*, E & FN Spon, London. 1997.

160-Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A,Rastas M, Salminen V, Aunola S, Cepaitis Z, Moltchanov V, Hakumaki M, Mannelin M, Martikkala V, Sundvall J, Uusitupa M, the Finnish DiabetesPrevention Study Group: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*, 344(18):1343-1350,2001.

161- Pan X.R, Li G.W, Hu Y.H, Wang J.X, Yang W.Y, An Z.X, Hu Z.X, Lin J, Xiao J.Z, Cao H.B, Liu P.A, Jiang X.G, Jiang Y.Y, Wang J.P, Zheng H, Zhang H, Bennett P.H, Howard B.V: Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance.The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care*, 20(4):537-544,1997.

162-Knowler W.C, Barrett-Connor E, Fowler S.F, Hamman R.F, Lachin I.M,Walker E.A, Nathan D.M, Diabetes Prevention Program Research Group: Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*, 346(6):393-403,2002.

163-Bahar A, Sertbaş G,Sönmez A,Diabetes mellituslu hastaların Depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi .*Anadolu psikiyatri derg* 7(1);18-26,2006

164-Bendik F, Keller V,Moriconi N,Gessler A,Schindler C,Zuilewski H,Ruiz J,Ttraining in flaxible intensive insülin therapy improves quality of live decreases

poor metabolic control in patients with type 1 diabetes,diabetes res clin pract 83(3);327,333,2009

165- Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,; 21(1) :63–77,2005.

166-Uçan Ö,Ovayolu N,Torun S, Diabetes Mellitus’lu Hastaların Kan Şekeri Kontrolü ve İnsülin Kullanımına Yönelik Bilgilerinin Belirlenmesi,Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;10(1) 2007,

167- Erdoğan Z, Çınar S, Reiki: Eski Bir İyileştirme Sanatı – Modern Hemşirelik Uygulaması Reiki: An Ancient Healing Art – Modern Nursing Practice Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kafkas J Med Sci 2011; 1(2):86–91 ,doi: 10.5505/kjms, 70288,2011.

168-M.Yurtkuran, A.Alp ,M.Yurtkuran, K.Dilek, A modified yoga-based exercise program in hemodialysis patients: A randomized controlled study Author links open overlay panel <https://doi.org/10.1016/j.ctim.06.008>,2006.

169-Sezgin D ,Yaşam tarzı önerileri bağlamında sağlık haberlerinin analizi ankara üniversitesi iletişim fakültesi halkla ilişkiler ve tanıtım bölümü

170-Erdoğan Z, Çınar S, Şimşek S. Hemodiyaliz hastalarında tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma durumu ve umutsuzluk düzeyi ile ilişkisi. Spatula DD,3:107-12,2013.

171-Naomi D. Herbs and supplements in dialysis patients: panacea or posion. Semin Dial,14:186-92,2001.

172-Ceylan S, Azal Ö, Taşlıpınar A, et al. Complementary and alternative medicine use among turkish diabetes patients. Complementary Therapies in Medicine,17: 78-83, 2009

173-Danneman K ,Hecker W, Haberland H and etc. Use of Complementary and Alternative Medicine in Children with Type 1 Diabetes Mellitus Prevalence, Pattern of Use Costs. Pediatric Diabetes Volom:9, 228-235, 2008

174- Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, s.116 ,2006.

175- Manya K, Champion B, Dunning T. The use of complementary and alternative medicine among people living with diabetes in Sydney. Biomed Central Complementary and Alternative Medicine; 12: 1-5. 2012.

176- Akçay D, Yıldırımlar A. Çocuklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı ve Ebeveyn Bilgilerinin Değerlendirilmesi ,Çocuk Dergisi s.174-181, 2017.

10.EKLER

Bu çalışma Diabetes Mellituslu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak olup sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Katılımınızda gönüllük esastır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Süleyman TOPUZ

EK 1.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1)Cinsiyetiniz

a.Erkek b .Kadın

2)Yaşınız.....

3)Medeni durumunuz

a.Evli b.Bekar

4)Öğrenim durumunuz

a.Okuryazar değil b.İlkokul c. Ortaokul d. Lise e.Üniversite
f.Yüksek lisans

5) Mesleğiniz

a. Memur b.İşçi c. Serbest Meslek d.Ev Hanımı e.Emekli
f.Diğer.....

6)Ekonomik durumunuz

a.İyi b. Orta c. Kötü

7) Yaşamakta olduğunuz yer

a .il b.İlçe c.Köy-Kasaba

8)Sosyal güvenceniz

a.Var b.Yok

EK 2.DİABETES MELLİTUS İLE İGİLİ ÖZELLİKLER

1) Diabetes Mellitus Tipi

a.Tip 1 b.Tip 2

2)Ne kadar süredir diyabet hastasıınız?.....

- 3)Başka bir kronik hastalığınız var mı?
a.Var..... b.Yok
- 4) Diabetes Mellitus hastalığına bağlı herhangi bir sağlık sorunu oluştu mu?
a.Evet..... b.Hayır
- 5) Diyabet hastalığınız için uygulanan tedaviler nelerdir?
a.Oral anti diyabetik ilaçlar
b. İnsülin
c.İnsülin ve Oral Anti Diyabetik
- 6)Ne kadar süredir bu tedavileri kullanıyorsunuz?.....
- 7) Diyabet hastalığınız konusunda bilgi aldınız mı?
a.Evet b.Hayır
- 8) 7. soruya cevabınız evet ise bilgiyi kimden aldınız?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
a. Hemşire b.Doktor c.Diyetisyen e.Eczacı f.Diğer.....
- 9)Aldığınız bilgiyi yeterli buluyor musunuz?
a.Evet b.Hayır
- 10.Kan Şekerinizi Düzenli Ölçer Misiniz?
a.Evet b.Hayır
- 11)Açlık Kan Şeker Düzeyi:.....
10) Tokluk Kan Şeker Düzeyi:.....
11)HBA1C.....

EK 3.TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN SORULAR

- 1)Diyabet hastalığınız için tıbbi tedaviler (ilaç, insülin gibi) dışında kullandığınız tamamlayıcı ve alternatif tedaviler var mı?
a.Evet b.Hayır
- 2) 1.soruya cevabınız evet ise bunlar nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
a. Şifalı bitkiler b. Megavitamin tedavisi c.Aromoterapi d.Yoga
e.Akupunktur f.Biyoenenerji g.Masaj h.Kaplıca ı.Vakum(kupa)

terapişi i.Hacemat j.Dinsel tedavi k.Sülük tedavisi
l.Müzik tedavisi
m.
Diğer.....
.....

3)Bu tedaviyi kimden/nereden duydunuz?

a.Komşular b.Akrabalar c.Arkadaşlar d.Televizyon-
Radyo- Gazete -İnternet
e.Aktar f.Eczacı g.Doktor h.Hemşire ı.Diğer.....

4) Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine neden başvurduunuz?

.....
.....
.....
.....

5) Tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi ne zamandır kullanıyorsunuz?

a.Diyabet tanısı konur konmaz kullanmaya başladım.
b.Hastalığın ilerleyen dönemlerinde kullanmaya başladım.
c.Diğer.....

6))Tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi kullanmadan önce sırasında sağlık çalışanına danıştınız mı?

a.Evet b.Hayır

7)Tamamlayıcı ve alternatif tedavinin etkilerini biliyor musunuz?

a.Evet b.Hayır

8) Tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi kullanmaya başladığınızdan beri herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştınız mı?

a.Evet.....
b.Hayır

9)Tamamlayıcı ve alternatif tedaviden yarar gördüğünüzü düşünüyor musunuz?

a.Evet b.Hayır

10) Tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi kullandığınız süreçte tıbbi tedavinizi de (ilaç, insülin gibi) devam ettirdiniz mi?

a.Evet, tıbbi tedavime (ilaç, insülin gibi) devam ettim.
b.Hayır, tıbbi tedavime (ilaç, insülin gibi) devam etmedim.
c.Tıbbi tedavime (ilaç, insülin gibi) ara verdim, sonra tekrar başladım.

11) Kullandığınız tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi çevrenizdeki Diyabet hastalarına önerir misiniz?

a.Evet b.Hayır c.Bilmiyorum

EK 4. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınızı veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler bulunmaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her seçeneğin karşısındaki cevaplardan size en uygun olanı parantez içine (x) koyarak işaretleyiniz. Teşekkür ederiz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1.Sabahları kahvaltı ederim				
2.Sağlığımla ilgili değişiklikleri fark eder,doktora giderim				
3.Kendimi beğenirim				
4.Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım				
5.Yiyecek maddelerini alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim				
6.Her gün kendime rahatlatmak için zaman ayırırım				
7.Kan kolestrol düzeyimi ölçtürürüm sonucun ne anlama geldiğini bilirim				
8.Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım				
9.Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim				
10.Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım				
11.Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim				
12.Kendimi mutlu ve memnun hissederim				
13.Haftada en az 3 kez 20 dk yoğun egzersiz yaparım				
14.Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim				
15.Sağlıkla ilgili konularda kitap dergi okurum				
16.Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım				
17.Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için				
18.Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim				
19.Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum				

20.Doktorların önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman soru sorarım veya başka doktorun görüşünü alırım				
21.Geleceğe ümitle bakarım				
22.Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım				
23.Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim				
24.Yakın bulunduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım				
25.İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm				
26.Çiğ sebze meyve baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim				
27.Hergün rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dk zaman ayırırım				
28.Sağlığımla ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım				
29.Kendi başarılarımla övünürüm				
30.Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim				
31.Yakın arkadaşlarımla birlikte vakit geçiririm				
32.Tansiyon ölçtürürüm ve ne anlama geldiğini bilirim				
33.Yaşadığım çevreyi iyileştirme konusunda eğitici programlara katılırım				
34.Her günü ilginç mücadeleye değer bulurum				
35.Her gün 4 besin grubu (protein karbonhidrat yağ vitamin)içeren öğünler planlarım				
36.Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp gevşetirim				
37.Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum				
38.Dinlenmek için yürüme yüzme futbol bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum				
39.Başkalarına kolaylıkla ilgi sevgi yakınlık gösteririm				
40.Yatarken mutlu hoş düşüncelere yoğunlaşırım				
41.Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum				
42.Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım				
43.Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim				

44.Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım				
45.Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım				
46.Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım				
47.Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim				
48.Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım				



EK. 5 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEK İZİNİ

 MELEK NİHAL ESİN <mnesin@istanbul.edu.tr> 11.08.2016 ☆ ↩

Alıcı: bana ▾

Sayın Süleyman Topuz,

Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmasını yaptığım "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği" ni çalışmanızda kullanacağınız için teşekkür ederim. Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Kaynak gösterirken lütfen aşağıdaki gibi gösteriniz. Ekte ölçek ile ilgili bilgileri bulabilirsiniz. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Esin, M.N. (1999) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, *Hemşirelik Bülteni*, (12):45: 87-96

Prof.Dr.M.Nihal ESİN
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

11 Ağustos 2016 09:48 tarihinde MELEK NİHAL ESİN <mnesin@istanbul.edu.tr> yazdı:

...

28 Temmuz 2016 00:40 tarihinde Süleyman TOPUZ <stopuz@st.medipol.edu.tr> yazdı:

Sayın Hocam;

Ben İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Yüksek Lisans öğrencisiyim. **Diabetes Mellituslu Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi** adlı tez çalışmamda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğini kullanabilmek için izin ve onayınıza ihtiyaç duymaktayım saygılarımla.

EK. 6 KURUM İZİNİ



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

Istanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ ÇEKMECE BÖLGESİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
İSTANBUL İLİ ÇEKMECE BÖLGESİ İSTİSAS İDARI
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
0458 0992 501 07 01 - E 15311



0458 0992 501 07 01 - E 15311

Sayı : 40580992/501.07.01
Konu : Süleyman TOPUZ'un Araştırma İzni
Hk.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

(Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No:19 Kavacık Kavşağı 34810 Beykoz/İSTANBUL)

İlgi: 28/06/2016 tarihli ve 35570620-1010 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Süleyman TOPUZ'un "Diyabetes Mellituslu Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları ve Sağlık Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi" konulu yüksek lisans tezi kapsamında; Genel Sekreterliğimize bağlı Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyabet Eğitim Birimi, Dahiliye Poliklinikleri ve Klinikleri'nde çalışma yapma talebi ile ilgili yapmış olduğu başvuru değerlendirilmiş olup, söz konusu araştırma konusundaki çalışmaların hizmeti aksatmayacak şekilde, gönüllülük esası, kişisel veriler ve özel hayatın korunması ile yapılacak çalışmanın kurumunuz bilgisi dışında ilan edilmemesi ilkelerine dikkat edilmesi kaydıyla yapılması uygun görülmüştür.

Çalışmanın Üniversite tarafından kabul edilmesini müteakip bir nüshasının Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Abdülhak KUMBASAR
Genel Sekreter V.

EK. 7 AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bu araştırma, Diabetes Mellituslu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul edenler ile yürütülecek olan bu çalışma için, yararları ve zararları belirtilerek araştırma ile ilgili bilgiler bana aktarıldı. Bu araştırmaya katılırsam araştırmacılar ile aramızda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ile yaklaşılacağına ve güvenle korunacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden, araştırmacılara bilgi vererek araştırmadan çekilebileceğim ya da araştırmacılar tarafından araştırma dışı bırakılabileceğim ve araştırma için bana bir ödeme yapılmayacağı bilgisi verildi.

Yapılacak olan araştırmayla ilgili bilgilendirildim. Bana yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya katılmayı kendi rızamla, hiçbir baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı-Soyadı :

Adresi

Telefon Numarası :

İmzası :

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-soyadı :

İmzası :

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.9266
Konu : Etik Kurulu Kararı

23/06/2016

Sayın Süleyman Topuz

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Diabetes Mellituslu Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 23.06.2016 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <http://chys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 33C00FC2X4 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr





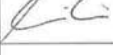
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Diabetes Mellituslu Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Süleyman Topuz			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	30.05.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	30.05.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 353	Tarih: 22/06/2016		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	SÜLEYMAN	Soyadı	TOPUZ
Doğum Yeri	Samsun	Doğum Tarihi	22.08.1991
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No
E-mail	stopuz@st.medipol.edu.com.tr	Telefon

Eğitim Bilgileri

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi	2014
Lise	Bafra Lisesi	2010

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Erişkin Kemik İliği Transplantasyon Hemşiresi	Medipol Mega Üniversite Hastanesi	2014 - 2015
Çocuk Acil Hemşiresi	İstanbul Kanuni Sultan Süleyman E.A.H	2015 - ...

Yabancı Dil Bilgisi

	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	-	-

Bilgisayar Program Bilgisi

Program	Kullanım Becerisi
Microsoft Office Powerpoint	İyi
Microsoft Office Word	İyi
Microsoft Office Exel	İyi
SPSS	İyi

Uluslararası ve Ulusal Yayınlar /Sertifikalar /Ödüller/Bildiriler

Sertifika ve Katılım Belgeleri

- 13. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (2014-Trabzon)

Bildiriler

- 13. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi
“STİGMATİSAZYON ” (poster bildiri) (2014-Trabzon)

Ödüller

- 13. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi
“STİGMATİSAZYON ” (2014-Trabzon) 3.lük ödülü