



**DİABETES MELLİTUS'LU HASTALARIN TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF
TEDAVİLERİ KULLANMA DURUMLARI VE DİYABET TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİ**

İlknur KAYNAK

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

MART 2015

..... tarafından hazırlanan
“ ”
adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Gazi
Üniversitesi Anabilim Dalında
YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Unvanı Adı SOYADI

Anabilim Dalı, Üniversite Adı

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu
onaylıyorum/onaylamıyorum

Başkan: Unvanı Adı SOYADI

Anabilim Dalı, Üniversite Adı

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu
onaylıyorum/onaylamıyorum

Üye: Unvanı Adı SOYADI

Anabilim Dalı, Üniversite Adı

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu
onaylıyorum/onaylamıyorum

Tez Savunma

Tarihi:/...../.....

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları
yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....
Doç. Dr. Ufuk KOCA ÇALIŞKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi takdirde aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İlknur KAYNAK
11.03.2015

DİABETES MELLİTUS'LU HASTALARIN TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF
TEDAVİLERİ KULLANMA DURUMLARI VE DİYABET TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİ
(Yüksek Lisans Tezi)

İlknur KAYNAK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Mart 2015

ÖZET

Bu araştırma Diabetes Mellitus'lu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumlarının diyabet tutumlarıyla ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, 1 yıl içinde Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları polikliniğine diyabet eğitimi için başvuran diyabetli hastalar; örneklemini ise araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde eğitim için gelen 285 hasta oluşturmuştur. Veriler hastaların tanımlayıcı özelliklerini, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ve TAT kullanımını içeren anket formu, Diyabet Tutum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler, frekans- yüzde, standart sapma, Ki-Kare, T-test, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis analizi kullanılarak test edilmiştir. Araştırmada elde edilen veriler değerlendirildiğinde, hastalarda TAT kullanım oranının %48,1 olduğu ve kullananların tamamının bitkisel uygulamaları kullandığı belirlenmiştir. TAT kullanımı ile yaş, sağlık hizmetlerine ulaşım durumu, diyabet tipi ve diyabet süresi arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların diyabet tutum puan ortalamaları yüksek olup ($4,117\pm0,17$), en yüksek puan ortalamalarının özel eğitim gereksinimi ($4,788 \pm 0,21$), en düşük puan ortalamalarının ise Tip 2 diyabetin ciddiyeti ($2,200 \pm 0,48$) alt gruplarında olduğu görülmüştür. TAT kullanan ve kullanmayan hastaların diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının yüksek olup (kullananlarda $4,095 \pm 0,18$, kullanmayanlarda $4,139 \pm 0,16$), puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). TAT kullananlarda medeni durumun, TAT kullanmayanlarda ise hastalık ve tedavisi hakkında alınan eğitimi yeterli bulma durumunun diyabet tutumlarını etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırmada sonuç olarak, Diabetes Mellitus'lu hastaların TAT kullanımı ile diyabet tutumları arasında ilişki bulunmamıştır. Araştırma sonuçları doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Bilim Kodu :1032.2
Anahtar Kelimeler :Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi, Diyabet Tutum, Hemşirelik, Diabetes Mellitus
Sayfa Adedi : 85
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Ülkü POLAT

THE RELATIONSHIP BETWEEN DIABETES ATTITUDES AND THE USE OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE THERAPIES IN DIABETES MELLITUS PATIENT

(M. Sc. Thesis)

İlknur KAYNAK

GAZİ UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

March 2015

ABSTRACT

The present study was designed as a descriptive and cross-sectional study to evaluate the relationship between use of complementary and alternative treatment and diabetes attitudes with diabetes mellitus patient. The study universe comprised of diabetic patients, who were admitted to the Endocrinology and Metabolic Disorders outpatient clinics at Ankara Numune Education and Research Hospital to attend diabetes management classes in the last one year, and the study sample comprised of 285 patients, who were attended training classes in the study period. The data were collected using a questionnaire containing items about demographic features, disease characteristics, features related to the use of Complementary and Alternative Treatment (CAT) and the Diabetes Attitude Scale. The data were analyzed using frequency, percentage, standard deviation, chi-square test, T-test, Mann-Whitney U test, and Kruskal-Wallis test. The analysis of the study data revealed that 48.1% of the patients with diabetes used CAT and among patients that used the CAT, all used herbal remedies. Significant statistical relationship was found between CAT use and age, access to health services, diabetes type and diabetes duration ($p < 0,05$). The mean score in diabetes attitude were higher in patient ($4,117 \pm 0,17$), highest scores were achieved in "the need for special training" domain ($4,788 \pm 0,21$), the lowest scores were observed in the severity of Type 2 diabetes domain ($2,200 \pm 0,48$). The scores in diabetes attitude scale were higher both in patients that used CAT techniques and patients who did not use CAT (CAT users, 4.095 ± 0.18 ; nonusers, 4.139 ± 0.16), the difference between mean scores were found not to be significant ($p > 0,05$). Among CAT users marital status, among nonusers considering received education about the disease and its treatment sufficient affecting their attitude toward diabetes ($p < 0.05$). The present study concluded that there was no relationship between diabetes attitudes and use of CAT in diabetes mellitus patient. Suggestions were made in line with the study results.

Science Code : 1032.2

Key Words : Complementary and Alternative Therapy, Diabetes Attitude, Nursing,
Diabetes Mellitus

Page Number : 85

Supervisor : Assist. Prof. Dr. Ülkü POLAT

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım boyunca yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, kıymetli tecrübelerinden faydalandığım, değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr Ülkü POLAT'a ("Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi"), çalışmamın istatistik planlama ve değerlendirme aşamalarında yardım ve desteğini esirgemeyen Doç.Dr. Erdem KARABULUT'a (Hacettepe Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı) saygı ve şükranlarımı sunarım.

Ayrıca her zaman yanımda olan ve manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan değerli annem Zübeyde KAYNAK, babam Seyit Ali KAYNAK 'a, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürüm Süreyya KALE ve Birim Sorumlum Derya ERİKOĞLU 'na (Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi), Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı Prof.Dr. Hürrem BODUR 'a, Özel Servis'te beraber çalıştığım tüm arkadaşlarıma, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniği çalışanlarına ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	5
2.1. Diabetes Mellitus	5
2.1.1. Tanım, tarihçe ve sınıflandırılması	5
2.1.2. Tanılama kriterleri	7
2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler	9
2.2.1. Tanımı	9
2.2.2. Sınıflandırılması	9
2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerde Hemşirelerin Rolü	13
2.4. Diyabet Bakım ve Tedavisinde Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları	15
3. YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	19
3.3. Araştırmanın Evreni	19
3.4. Araştırmanın Örneklemi	19
3.5. Veri Toplama Araçları	20
3.6. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	22
3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	22

	Sayfa
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	23
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA.....	43
5.1. Hastaların TAT Kullanma Durumları ile İlgili Özelliklerinin Tartışılması	43
5.2. TAT Kullanan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri, Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bilgilerinin Tartışılması	45
5.3. Hastaların Diyabet Tutumları ve TAT Kullanımı ile Diyabet Tutumları Arasındaki İlişkinin Tartışılması	48
5.4. Hastaların Diyabet Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin Tartışılması	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
KAYNAKLAR	57
EKLER.....	65
Ek-1. Ölçek Kullanımı İçin Ölçeğin Türkçe Geçerlik- Güvenirlik Çalışmasını Yapan Sayın Doç. Dr. Şeyda Özcan İzin Yazısı	66
Ek-2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı	67
Ek-3. Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı	68
Ek-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	71
Ek-5. Anket Formu	71
Ek-6. Diyabet Tutum Ölçeği	82
ÖZGEÇMİŞ	85

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri.....	25
Çizelge 4.2. Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri	26
Çizelge 4.3. Hastaların TAT kullanma durumları ile ilgili özellikleri	27
Çizelge 4.4. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre TAT kullanım durumlarının karşılaştırılması	28
Çizelge 4.5. Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilerine göre TAT kullanım durumlarının karşılaştırılması	29
Çizelge 4.6. Hastaların diyabet tutum ölçeği ve alt grup puan ortalamalarının dağılımı	31
Çizelge 4.7. Hastaların TAT kullanım durumuna göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının dağılımı	32
Çizelge 4.8. Hastaların tanıtıcı özellikleri ve TAT kullanım durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının dağılımı	32
Çizelge 4.9. Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile TAT kullanım durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının dağılımı	35

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılan bazı kısaltmalar, açıklamaları ile beraber aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
ADA	American Diabetes Association
APG	Açlık Plazma Glikozu
DCCT	The Diabetes Control and Complications Trial
DTÖ	Diyabet Tutum Ölçeği
GDM	Gestasyonel Diabetes Mellitus
HbA1c	Hemoglobin A1c
IDF	International Diabetes Federation
LADA	Latent Autoimmune Diabetes of Adult
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine
NGSP	National Glycohemoglobin Standardization Program
OAD	Oral Antidiyabetik
OGTT	Oral Glikoz Tolerans Testi
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TAT	Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
TURDEP II	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması-II

1. GİRİŞ

Problem Durumu

Diabetes Mellitus, ülkemizde ve dünyada görülme sıklığı giderek artan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli kronik hastalıklar içinde yer almaktadır. Diyabet birçok ülkede ölüm nedenleri arasında dördüncü ya da beşinci sırada bulunmaktadır [1,3] .

Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation, IDF) 2013 verilerine göre, dünyada 40-59 yaş arası nüfusta 382 000 000 diyabet hastası vardır. Bu sayının 2035 yılına gelindiğinde 592 000 000 ulaşacağı tahmin edilmektedir [2]. Bunun başlıca nedenleri nüfus artışı ve kentleşmenin getirdiği yaşam tarzı değişimi sonucu, obezite ve fiziksel inaktivitenin artması, sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler ve yaşam süresinin uzamasıdır [3].

Ülkemizde ise 2010 yılında yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması-II (TURDEP-II) sonuçlarına göre, Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının %13,7 ye ulaştığı belirlenmiştir [1,3]. IDF verilerine göre ise 2011 yılında Türkiye'deki diyabet prevelansı erişkin (20-79 yaş) nüfusta %7,5 olup, 2013 itibarı ile bu oranın %14,9 olduğu belirtilmektedir [34].

Diyabet, bireyi fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönden etkileyen metabolik bir hastalıktır [4]. Diyabetli hastalarda kan şekeri normal sınırlarda tutulamadığında akut (hipoglisemi, diabetik ketoasidoz, hiperglisemik hiperozmolar nonketotik sendrom, laktik asidoz) ve kronik komplikasyonlar (kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, nefropati, retinopati ve nöropati) görülebilmektedir [1,3]. Bu komplikasyonların yanı sıra ağır diyet kısıtlamaları, günlük düzenli ilaç kullanımının gerekliliği yaşam kalitesini etkilemektedir. Tüm bu sorunlar diyabet hastalarında fonksiyonel kısıtlılık, iş ve okul yaşamında zorluk, yeti yitimine yol açmaktadır [4].

Diyabet gibi kronik hastalıklarda yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmak için bireyin yaşam tarzı ve alışkanlıklarında değişiklik yapması, tedaviye

uyum sağlaması gerekmektedir. Ancak diyabet hastalığının tam tedavisinin olmayışı, uzun süre tedavi gerektirmesi, akut-kronik komplikasyonlarının olması ve kişinin aldığı eğitimi davranışa dönüştürmesindeki aksaklıklar nedeniyle bunun oldukça güç olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte hastalığın kronik olması, tedavisinin hem duygusal hem de fiziksel olarak yıpratıcı olması nedeniyle hastalar tıbbi tedavilerine ek olarak farklı uygulamalara başvurabilmektedirler. Bu uygulamalar içinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin (TAT) önemli bir yeri vardır [8,11, 55].

TAT kullanımının, bireylerin kendi sağlık yönetim davranışları, kronik hastalıklarının olması, hastalıklarını tedavi etmedeki kişisel (eğitim, yaşı, cinsiyet, ekonomik durum, ailesel destek ve sosyal destek ağı), davranışsal (sosyoekonomik durum, inanç ve değerler) faktörlere bağlı olduğu belirtilmektedir [8,11]. Bu bağlamda diyabet hastalarının TAT kullanım durumlarının ve hastalık yönetimlerinin nasıl olduğunun değerlendirilmesi son derece önemlidir [8,9,11,55].

Literatürde son 10 yılda diyabetli hastaların TAT uygulamaları kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, diyabetliler arasında TAT kullanım oranının %17-%73 olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda diyabetli hastalar arasında TAT kullanım oranının %25-85 oranlarında olduğu belirtilmektedir [8, 37]. Ancak diyabetli hastalarda TAT kullanımının hastalık bakım ve tedavisine yönelik tutumlara etkisini inceleyen çalışmalara ulaşamamıştır.

Günümüzde kronik hastalığı olanlarda TAT kullanım oranlarının artması nedeniyle sağlık çalışanları, özellikle hastalarla daha çok zaman geçiren hemşirelerin bunların etkinliği, güvenilirliği, hasta üzerindeki etkilerini değerlendirmek için bu konuda bilgi ve farkındalıklarını arttırmaları, hastaları doğru yönlendirebilmeleri gerekmektedir [94].

Etkili diyabet yönetiminin sağlanması, hastaların bakım ve tedavilerine uyum sağlayabilmeleri için olumlu inanç ve tutumlarının olması gerekmektedir [31,33]. Hasta bakımında bütüncül yaklaşımı benimseyen hemşirelerin, tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin etkileri, yan etkileri ve güvenilirliği ile ilgili bilgi sahibi olması

önemlidir [95,96,97]. Ayrıca hemşireler, diyabetli hastaların TAT kullanım durumlarını, hastalık bakım ve tedavisine yönelik tutumlarını değerlendirmelidirler.

Araştırmanın Amacı

Çalışma; Diabetes Mellitus'lu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumlarının diyabet tutumları ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel olarak yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt bulunmaya çalışılmıştır:

- Diyabet hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma oranı nedir?
- Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ile ilgili faktörler nelerdir?
- Hastaların diyabet tutumları nasıldır?
- Hastaların TAT kullanma durumları ile diyabet tutumları arasında ilişki var mıdır?
- TAT kullanan ve kullanmayan hastaların, tanıtıcı özelliklere göre diyabet tutumları arasında fark var mıdır?
- TAT kullanan ve kullanmayan diyabetli hastaların, hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerine göre diyabet tutumları arasında fark var mıdır?

Araştırmanın önemi

Diyabet yaşam boyu tedavi gerektiren, kan şekeri kontrol altına alınamadığında akut ve kronik komplikasyonları nedeniyle yaşam kalitesini etkileyen önemli kronik hastalıklardandır. Diyabetli hastaların kan şekerini düzenlemek, diyabet komplikasyonlarından korunmak için tıbbi tedavilerine ek olarak TAT 'a başvurdukları görülmektedir. Diyabetli hastalarda TAT kullanımını inceleyen çalışmalar olmakla birlikte, bunların hasta üzerindeki etkisini, hastalık bakım ve tedavisine yönelik tutumlar ile ilişkisini inceleyen çalışmalar bulunmamaktadır. Hemşireler hastayla daha fazla zaman geçiren ve doğrudan bakımlarında görev alan sağlık meslek grubu olarak diyabet hastalarında TAT kullanımını sorgulamalıdır. Bu nedenle TAT kullanımının Diabetes Mellitus'lu hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumlarıyla ilişkisini incelemek ve çalışma sonuçlarının,

TAT kullanan ve kullanmayan hastaların diyabet tutumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve hastaların bakım ve tedaviye uyumlarının artırılmasında hemşirelere yol göstereceği düşünülerek bu çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir.

Sınırlılıklar

Kavramsal Sınırlılıklar

Bu araştırmanın kavramsal çerçevesi, literatürde ulaşılabilen kaynaklar ile sınırlıdır.

Yöntemsel Sınırlılıklar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar örnekleme ile sınırlıdır.

Tanımlar

Diabetes Mellitus (DM): İnsülin salgısının yokluğu ve/veya dokularda insülin direncinin olduğu karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasında bozuklukla karakterize bir hastalıktır [1, 3, 18, 22].

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT): Tamamlayıcı tedaviler, konvansiyonel tedavi uygulamaları ile beraber kullanılabilen; alternatif tedaviler ise konvansiyonel tedavi uygulamaları yerine kullanılan, sağlık uygulamaları olarak tanımlanmaktadır [35].

Tutum: Duygu, inanç ve davranışta bulunma eğilimi olmak üzere 3 yönü olup, kendisi doğrudan gözlemlenemesede gözlemlenebilen davranışlara yol açtığı bilinen bir kavramdır [32].

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Diabetes Mellitus

2.1.1. Tanım, tarihçe ve sınıflandırılması

Diabetes Mellitus, insülin salgısının yokluğu ve/veya dokularda insülin direncinin olduğu karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasında bozuklukla karakterize bir hastalıktır [1, 3, 18, 22].

Diyabet 4 klinik kategoride sınıflandırılır [15, 83].

1)Tip 1 Diabetes Mellitus

- Otoimmün
- İdiyopatik

2) Tip 2 Diabetes Mellitus

- Periferik insülin direncinin varlığı
- İlerleyici insülin sekresyonu yetersizliğinin varlığı

3) Gestasyonel Diabetes Mellitus

4) Diğer Spesifik Diyabet Türleri

- Pankreas hastalıkları
- Enfeksiyonlar ve bazı kimyasal ajanlar
- β hücre fonksiyonlarının genetik bozuklukları
- İnsülin etkisindeki genetik sorunlar

Tip 1 Diabetes Mellitus: Tüm diyabet vakalarının %5-10 kadarını Tip 1 diyabetliler oluşturmaktadır [3]. Tip 1 diyabetin tip1a ve tip1b olmak üzere 2 alt grubu vardır. Çoğunlukla görülen tip otoimmün pankreatik beta hücre (β hücre) yıkımının ve mutlak insülin eksikliğinin olduğu tip 1a; daha az görülen tip ise idiyopatik gelişen hem insülin yetersizliğinin olduğu hem de ketozise yatkınlığın olduğu tip1b'dir [13,14]. Tip 1 diyabet gelişiminde riskli doku grubuna sahip olma ve çevresel

faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Çoğu vakada ailede diyabet öyküsünün olmadığı görülmüştür. Çevresel faktörler arasında virüsler, kimyasal ajanlar vb. olduğu düşünülmektedir [13, 14, 22]. Tip 1 diyabet vakaları genellikle 30 yaş öncesi görülmektedir. Tanı aşamasında hastalarda ağız kuruluğu, halsizlik, çok su içme, sık idrara çıkma, sürekli açlık hissi ve kilo kaybı gibi bulguları olup, bunlar son bir kaç gün ya da bir kaç hafta içinde ortaya çıkar [3]. Okul öncesi (6 yaş civarı), puberte (13 yaş civarı) ve adölesan dönem (20 yaş civarı) en sık görülebildiği dönemler olarak bilinmektedir. β hücre yıkımının daha yavaş olduğu hastalarda klinik bulgular daha ileri yaşlarda ortaya çıkabilir [1,19]. Bu tipi 'Latent Otoimmün Diyabet' (LADA: Latent Autoimmune Diabetes of Adult) olarak bilinmektedir. Tip 1 diyabet tedavisinde yaşam boyu insülin kullanımı gerekmektedir [1,3, 19].

Tip 2 Diabetes Mellitus: En sık görülen diyabet tipi olup, tüm diyabet vakalarının %90-95'ini oluşturmaktadır. Tip 2 diyabet'in gelişme nedeni multifaktöriyeldir. Gelişme nedenleri arasında genetik yatkınlık, santral obezite, sedanter yaşam, düzensiz beslenme yer almaktadır. Hem insülin direnci hem de pankreas β hücrelerinden insülin salgısında yetersizlik vardır. İnsülin direncinde hücre-reseptör defektine bağlı olarak salgılanan insülin kullanılamamaktadır. Hastalığın başlamasından uzun süre önce kas ve karaciğer gibi dokulardaki insülin direnci nedeniyle kullanılamayan glikoz, pankreas β hücrelerini aşırı çalışmaya zorlamakta ve hiperinsülinemi nedeniyle başlangıçta normal glisemik düzey korunabilmektedir. Ancak pankreas β hücrelerinden insülin salgılanması giderek azalmakta ve özellikle tokluk durumunda kan şekeri yükselmektedir. Bu nedenle Tip 2 diyabet tanı konmadan uzun süre devam edebilmektedir. Hatta diyabet tanısı konduğu dönemde bazı mikrovasküler /makrovasküler sorunların gelişmiş olduğu vakalar belirlenmiştir. Genellikle 30 yaş sonrası ortaya çıkmaktadır. Diyabetik ketoasidoza yatkınlık ilk evrelerde görülmese de hastalığın ilerleyen evrelerinde yetersiz glisemik kontrol nedeniyle görülebilmektedir. Tip 2 diyabet, düzenli fiziksel aktivite, diyet, oral antidiyabetik ajanlar ve insülin gibi yöntemlerle tedavi edilmektedir [1,14].

Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM): İlk kez gebelikte ortaya çıkan yada gebelik sırasında tanı konulan glikoz tolerans bozukluğudur. Gebeliklerde %4 oranında görülebilmektedir. Gebelik hormonlarını varlığı, annenin azalmış egzersiz düzeyine karşın kalori alımının artması, adipoz doku artışı gibi nedenler insülin direncinin artmasına neden olabilir. Genel tarama testleri gebeliğin 24.-28. haftalarında yapılmaktadır. Makrozomi, preeklemsi ve anne ve bebekte metabolik sorunlara neden olabilir. Erken tanı konması ve tedavisi ile GDM' nin anne ve bebek üzerindeki olumsuz etkileri önlenabilir [25].

Diğer Spesifik Diabet Türleri: β -hücre fonksiyonlarını, insülin aktivasyonunu etkileyen genetik defektler, ekzokrin pankreas hastalıkları (örn: Kistik Fibrozis) veya ilaçlar, bazı kimyasallar nedeniyle (örn: organ nakli sonrası kullanılan ilaçlar) gelişmektedir [26].

2.1.2. Tanılama kriterleri

*HbA1c (Hemoglobin A1c) $\geq$ %6,5 olması: Bu test Ulusal Glikohemoglobin Standardizasyon Programı (NGSP) 'dan sertifika almış ve The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) tarafından standardize edilmiş laboratuvar metodlarıyla çalışılmalı (Hiperglisemi varlığı tekrarlayan testlerle doğrulanmalı).

*En az 8 saatlik açlık sonrası açlık plazma glikozunun (APG) $\geq$ 126 mg/dl (7.0mmol/L) olması (Hiperglisemi varlığı tekrarlayan testlerle doğrulanmalı).

*Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) (75g glikoz alımı sonrası) sonrası 2. saatte plazma glikozunun $\geq$ 200 mg/ dl (11,1mmol/L) olması (bu test Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından doğrulanmıştır) (Hiperglisemi varlığı tekrarlayan testlerle doğrulanmalı).

*Hiperglisemi semptomları olanlar, rastgele ölçülen plazma glikozu $\geq$ 200 mg/ dl (11,1mmol/L) olması [16,83].

Bunların dışında en son Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association, ADA) önerilerine göre açlık plazma glikozu 100-125mg/dl, OGTT sonrası 2. saatte

kan glikoz değerinin 140-199 mg/dl olması, HbA1c değerinin %5,7-6,4 olmasını prediyabetik dönem olarak tanımlamıştır [20, 21, 23, 86].

Rastgele ölçülen plazma glikozu, gıda alımına bağlı olmadan günün herhangi bir saatinde bakılabilir. Ayrıca HbA1c uluslararası standardize edilmiş yöntemlerle ölçüm yapıldığında tanı testi olarak kullanılabilirdiği bildirilmektedir. Ancak ülkemizde HbA1c ölçüm testleri standardize edilemediği için tek başına tanıda kullanılamamaktadır. Anemi, hemoglobinopati ve gebelik varlığında tanı testi olarak HbA1c kullanılmamaktadır [17, 86].

Diyabet' in kronik bir hastalık olması, yaşamı tehdit eden ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyecek komplikasyonlarının olması, diyabet tedavisinin karmaşıklığı, sıkı diyet uygulamalarını gerektirmesi, konvansiyonel tedaviden çok yarar görülememesi gibi sorunlar nedeniyle hastaların yaşam kaliteleri de bozulmaktadır [27].

Diyabet gibi kronik hastalıklarda yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmak için bireyin uygun diyet ve egzersiz yapma, oral antidiyabetik ve/veya insülin gibi ilaç tedavilerinin etki ve yan etkilerini bilme, kendi kendine kan şekeri ölçmeyi öğrenme, sigara-alkol tüketimini bırakma gibi yaşam tarzı ve alışkanlıklarında değişiklik yapması ve hastalığını, tedavisini benimsemesi gerekmektedir. Ancak diyabet hastalığının tam tedavisinin olmayışı, uzun süre tedavi gerektirmesi, akut-kronik komplikasyonlarının olması ve kişinin aldığı eğitimi davranışa dönüştürmesindeki aksaklıklar nedeniyle bunun oldukça güç olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda diyabetli hastaların aldıkları tıbbi tedavileri dışında yaşam şekilleri, inançları ve kültürlerinin etkisiyle yaptıkları farklı uygulamalarda olabilmektedir. Bu uygulamalar içinde tamamlayıcı ve alternatif tedaviler önemli bir yer tutmaktadır [5, 6].

2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler

2.2.1.Tanımı

Tamamlayıcı tedaviler, konvansiyonel tedavi uygulamaları ile beraber kullanılabilen; alternatif tedaviler ise konvansiyonel tedavi uygulamaları yerine kullanılan sağlık uygulamaları olarak tanımlanmaktadır [35].

TAT, Eski Çin ve Ayurvedik Tıp uygulamalarına dayanmakta olup bu dönemlerde şamanlar ve toplumun içindeki geleneksel iyileştiriciler, hastalıkların tedavisinde bitkisel ilaçlar kullanmışlardır. Zamanla TAT uygulamalarına yenileri eklenmiş olup bu uygulamaların etkinliği ve güvenilirliklerini incelemek, bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmış uygulamaların konvansiyonel tedavilere eklenmesini sağlamak amacıyla 1998 yılında Birleşik Devletlerde Ulusal Sağlık Enstitüsüne (NIH) bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)) kurulmuştur [35].

Ülkemizde TAT ile ilgili bir düzenleme olmamakla birlikte, bu konuda çalışmalar devam etmektedir. 02.11.2012 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısını ve görevlerini düzenleyen 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede “Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalar ile ilgili düzenleme yapmak” Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün görevleri içinde yer almaktadır. Söz konusu kanun gereği, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün bünyesinde, Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı kurulmuş olup, bu konudaki yönetmelik taslağı çalışmalarının devam ettiği belirtilmektedir [85].

2.2.2.Sınıflandırılması

NCCAM, tamamlayıcı ve alternatif tedavileri henüz konvansiyonel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen sağlık bakım uygulamaları olarak tanımlamaktadır [7, 28]. TAT 4 kategoride sınıflandırılmıştır:

- 1). Doğal (Bitkisel) Üretimler: Bu grupta bitkisel ilaçlar, vitamin, mineraller, probiyotikler yer almaktadır.
- 2). Zihin-Beden Tıbbı: Bu grupta akupunktur, yoga, derin solunum egzersizleri, gevşeme teknikleri, tai chi, hipnoterapi gibi yöntemler yer alır.
- 3). Manüpülatif ve Beden Temelli Uygulamalar: Bu gruptaki uygulamalarda tamamıyla yapılara, vücuttaki sistemlere, saf dokulara, eklem-kemikler, dolaşım ve lenfatik sisteme odaklanılmaktadır. Spinal manipülasyon, masaj ve refleksoloji uygulamaları bu grupta yer almaktadır.
- 4). Diğer TAT Türleri: Bu grupta ise hareket terapileri (fiziksel, zihinsel, spiritüel iyilik halini sürdürmek için Doğu-Batı'nın hareket temelli yaklaşımları) kullanılmaktadır. Ayrıca enerji terapileri olan reiki, terapötik dokunma da bu grupta yer almaktadır [28].

Bitkisel Üretimler, Karışımlar

Günümüzde doğal olana dönüş, tüm ilaçlarında bitkilerden köken aldığı, her zaman doğal olan yararlıdır gibi düşünceler nedeniyle TAT uygulamaları olarak bitkilerin kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. Ancak her bitki güvenilir olmadığı kadar, ilaçlarla etkileşerek toksik etkilerde ortaya çıkarabilmektedir. Oysaki bitkilerden elde edilen ilaçların dahi olabilecek yan etkileri prospektüslerinde yer almaktadır. Bunlara rağmen bitkilerle tedavi bir çok ülkede TAT uygulamaları adı altında kabul görüp uygulanmaktadır [36].

Ülkemizde diyabetli bireylerde TAT kullanımıyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında TAT'ı kan şekerini düşürmek ya da rahatlamak amacıyla kullandıkları ve bunların büyük çoğunluğunun da bitkisel ürünler kullandıkları bulunmuştur [8, 37].

Zihin-Beden Tıbbı Uygulamaları

Yoga, Tai Chi, akupunktur, gevşeme teknikleri gibi uygulamalar bu grupta olup bireylerin zihinleri ve vücutları arasındaki iletişime odaklanılmaktadır. Organizma bir stres ile karşılaştığında kan basıncı, kalp hızı artmakta, immün sistem baskılanmakta, stres hormonları özellikle kortizol salgılanması da artmaktadır. Bu rahatlama tekniklerinin uygulanması ile kan basıncı, kalp hızı azalmakta, solunum yavaşlamakta ve stres hormonlarının salgılanması da azalmaktadır. Tüm hastalıklarda olduğu gibi diyabet hastalarında da bu strese tepki olarak oluşan tepkilerin azaltılmasında bu terapiler kullanılabilmektedir. Ayrıca bu uygulamalar invaziv işlemler olmayıp, öz yönetim, öz bakım davranışlarının kazanılması, zihinsel ve bedensel rahatlık sağlama özelliklerinden dolayı önemlidirler [38].

Yoga, tarihi eski Hint felsefesine dayanan bir uygulamadır. Fiziksel duruş, nefes alma teknikleri, meditasyon ve gevşeme uygulamalarının birleşiminden oluşur. Uygun teknikler ve uzmanların yardımıyla uygulandığında kan basıncı, kalp hızını azalttığı, ağrıyı giderdiği, stres ve anksiyeteyi azalttığı, depresyonu ve uykusuzluğu önlediği belirtilmektedir [45]. Yoga invaziv olmayan bir işlem olduğu, stresi ve anksiyeteyi azaltması, yan etkisinin olmaması gibi özelliklerinden dolayı günümüzde diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminde kullanılmaktadır [46].

Tai Chi, Çin kökenli bir uygulamadır. Vücut hareketleri ile nefes düzenlenmesi, el-göz koordinasyonunu sağlanması ve sakinleşme, gevşeme ile zihin-beden etkileşiminin gelişmesini sağlamaktadır. Hafıza, konsantrasyon, denge, esneklik sağlanması gibi özelliklerinin yanında stres ve anksiyeteyi azaltmakta, depresyonu önlediği belirtilmektedir [48]. Özellikle yaşlı bireylerde kognitif fonksiyonların azalmasını yavaşlatabildiği, çeviklik ve dengenin korunmasını sağladığı, yeni yeteneklerin öğrenilmesini hızlandırdığı, hafızayı güçlendirdiği ve iyilik halinin arttırabildiği bildirilmiştir [47].

Akupunktur, vücuttaki çeşitli bozuklukların düzeltilmesinde uygun akupunktur noktalarına iğne batırılarak yapılan tedavi yöntemidir. Ana felsefesi her alandaki canlı-cansız her yerdeki enerji akışları arasındaki dengeyi sağlamak olup 1970 'li yıllarda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da bilimsel bir tedavi yöntemi

olarak kabul edilmiştir. Uzun yıllardır bir çok hastalık yada semptomların tedavisinde, çeşitli amaçlarda kullanılmaktadır [39].

Gevşeme Teknikleri, gevşeme yanıtının uyarılması yoluyla sempatik sinir sistemi uyarılabilirliğinin azaldığı, derin bir gevşemenin olduğu çeşitli yöntemleri içermektedir. Böylece kronik ağrı çekenlerde rahatlama sağlanabilir yada uyku sorunu yaşayan kişilerde bu sorun giderilebilmektedir. Meditasyon, solunum egzersizleri, hayal kurma ve müzik terapileri bu grupta yer alan uygulamalardır [44].

Manüpülatif ve Beden Temelli Uygulamalar

Bu uygulamalar kemik-eklemler, yumuşak dokular ve dolaşım sistemi gibi vücut yapılarına odaklanmışlardır. Çin, Hindistan, Mısır gibi ülkelerin geleneksel tıp uygulamalarından türetilmiştir. Günümüzde bu uygulamalar daha da geliştirilmiştir. Bu terapilerde her birey ayrı kabul edilir ve her bireye karşı uygulanacak yöntemde farklıdır. Örneğin yaşlı bireye uygulanan dokunma/masaj terapileri fiziksel rahatlama sağladığı gibi duygusal, zihinsel bir rahatlık sağlamakta, stres ve ağrıyı azaltarak hareket kolaylığı sağlamaktadır [40].

Masaj, vücudun yumuşak dokularının ellerle yada mekanik olarak uyarılmasıdır. Bu yöntemle vücuttaki çevresel reseptörler uyarılır ve uyarı spinal kord yoluyla beyne iletilir. Böylece rahatlama sağlanır [12]. Kan ve lenf dolaşımının sürdürülmesi, kas gevşemesi ile ağrıyı dindirilmesi ve rahat bir uykuya erişimin sağlanmasında kullanılabilmektedir [44].

Refleksoloji, vücudun spesifik organ ve bölgelerinin küçük temsilcileri olan kulak, el ve ayaklardaki refleks noktalarının masaj ile uyarılmasıdır. Bu bölgesel refleks noktalarına yapılan masaj ile küçük kaslar harekete geçirilip bir enerji akımı sağlanmaktadır [87, 89].

Diğer TAT Türleri

Terapötik Dokunma ve Reiki gibi enerji terapileri ise ilaç-cerrahi yöntemlerin aksine insanları saf enerji ile tedavi etmeye odaklanmış TAT uygulamalarıdır. İnsan fizyolojik yapısının yanı sıra birbiriyle etkileşen enerji alanlarıyla çevrilidir ve bu enerji alanlarındaki dengesizliğin hastalıklara yol açtığı düşüncesinden hareketle Terapötik Dokunma ve Reiki gibi yöntemlerle bu enerji alanları arasındaki enerji akımı sağlanmaya çalışılmaktadır [41]. Bu uygulamalar hemşirelik uygulamaları içinde yer almaktadırlar. Non-invaziv ve yan etkileri olmayan uygulamalar olup rahatlama sağlama, stres ve ağrıyı azaltma, kan glikozunu düşürme gibi etkileri de vardır [42].

Dua etmek, bütün toplumlarda hastalık yada ağrı gibi durumlarda iyileşmek, kendini daha iyi hissetmek için yapılan uygulamalar arasındadır [49].

Literatürde son 10 yılda diyabetli hastaların TAT kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; diyabetliler arasında TAT kullanım oranının %17-%73 olduğu belirtilmektedir [7,10, 29, 30, 37, 54, 78]. Ülkemizde yapılan çalışmalarda diyabetli hastalar arasında TAT kullanım oranının %25-85 oranlarında olduğu belirtilmektedir [8, 37]. Yapılan araştırma bulgularına göre beslenme ürünleri, bitkisel ürünler, rahatlama teknikleri, spirüel uygulamaların diyabetli hastaların sık kullandıkları TAT türleri olduğu bildirilmektedir [10, 29, 30, 78].

2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerde Hemşirelerin Rolü

Son yıllarda ülkemizde ve dünyada TAT kullanımında önemli bir artış görülmektedir. Yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların artması ve bunların uzun süre tedavi gerektirmeleri, mevcut tedavilerden memnun olmama, yeni teknolojilerin artması ve bunların maliyetinin fazla olması, sağlık çalışanlarının hastalara yeterli zaman ayıramayışı gibi nedenlerden dolayı hastaların TAT' a başvurdukları belirtilmektedir [88]. Hemşirelik uygulamaları bireyin, toplumun sağlığını korumayı, hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonunu, başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesi, desteklenmesini kapsamaktadır. Hemşireler hastalarla en çok zaman geçiren ve onları bütüncül sağlık bakımı anlayışıyla

değerlendirebilen profesyonel sağlık bakım ekibi üyeleridir [90]. Bu bağlamda hemşirelik bakımı ile TAT felsefesi birbirine benzemektedir. Çünkü TAT' da da hemşirelik bakımında olduğu gibi bireyi bütüncül olarak ele almayı, zihin, beden ve ruhun iyileşmesi ve beslenmesi amaçlamaktadır [90].

TAT türleri bilimsel sorun çözme beceri ve bilgisine sahip profesyonel hemşirelerin rolleri kapsamında yer almakta ve hemşirelik girişimleri ile benzerlik göstermektedir. Örneğin ağrısı olan bir hastada derin solunum- nefes egzersizleri, dikkati başka yöne çekme, masaj gibi uygulamalar TAT türleri içinde yer alan yoga, masaj terapileri ile benzemektedir. Benzer şekilde bireyin spirüel ihtiyaçlarından olan dua, TAT uygulamaları içinde de yer almaktadır [91].

NCCAM, konvansiyonel tedaviyi etkilemediği sürece, TAT' ın tıbbi uygulamalar içinde yer almasını desteklemektedir [91]. Hemşirelerin TAT'ın bakıma entegre edilmesinde önemli rolleri vardır [90].

Hemşireler, TAT'da doğrudan uygulayıcı olabildikleri gibi (masaj, derin solunum- nefes egzersizleri, refleksoloji, terapötik dokunma), uygulama yapmayıp sağlık bakım ekibinin diğer üyeleri ve hasta ile beraber bilimsel etkinliği kanıtlanmış bir TAT türüne karar vermek için bakım planı geliştirme, bu uygulamanın hasta üzerindeki etkilerini, risklerini değerlendirme, hastayı TAT konusunda bilgilendirme şeklinde eğitici, yönetici, danışmanlık yapma gibi rol ve sorumlulukları da bulunmaktadır [87].

Günümüzde Amerika 'da lisans eğitimi sonrası mastır ve doktora eğitimi almış klinik uzman hemşirelerinin, NCCAM tarafından yayımlanan, bilimsel etkinlikleri kanıtlanmış TAT türlerini sertifika alarak uygulayabildikleri ve bu konuda hastaları, diğer sağlık çalışanlarını bilgilendirebildikleri belirtilmektedir. Ayrıca hemşirelerin, TAT konusunda hasta ve diğer sağlık bakımı ekibi üyeleriyle beraber hasta için en uygun TAT türüne karar verme, yöntemle ilgili bilgi ve yeteneklerini geliştirme, TAT'ın hastalar üzerindeki risklerini, yararlarını belirleme gibi profesyonel; hastanın inanç ve değerlerine saygı duyma, onları TAT konusunda bilgilendirme ve doğru yönlendirebilme gibi etik; hemşirelik uygulamaları tanımı kapsamındaki TAT türlerini uygulama, yapılan uygulamalarda hastaları bilgilendirme, onaylarını

alma ve tüm uygulamaları kayıt altına alma gibi yasal sorumluluklarının olduğu bildirilmektedir [96, 97].

TAT' ın doğru şekilde ve uygun zamanda uygulandığında hastalık bakım ve tedavisine olumlu etkileri olabildiği gibi, bilinçsiz kullanımları da ilaç etkileşimlerine yol açarak hastalık yönetim sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle TAT kullanımının tam anlamıyla etkili ya da zararlı olduğu söylenememekle birlikte, hemşirelerin araştırma, eğitim, danışman ve yönetim rolleri kapsamında hastaların TAT kullanımını değerlendirmeleri oldukça önemlidir [97]. Hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliği her zaman ön planda olduğu için hemşirelerin, hastaların kültürel özelliklerini, hastalık algılarını, TAT kullanım durumlarını, TAT' a ilişkin bilgi, inanç ve tutumlarını değerlendirmeleri ve onları doğru yönlendirmeleri, konvansiyonel tedavilerini ertelememeleri konusunda bilgilendirmeleri, TAT konusundaki bilgi ve farkındalıklarını arttırmaları, TAT konusunda bilimsel kanıt düzeyi yüksek çalışmalara katılmaları/ çalışma sonuçlarını takip etmeleri, TAT konusundaki politika ve güncel gelişmeleri takip etmeleri gerekmektedir. Ayrıca hemşirelik okulları ile işbirliği içinde olunması ve hemşirelik okullarının müfredatında TAT' a yer verilmeside oldukça önemlidir [95].

Hemşireler, hastalar ve aileleri ile en çok iletişim içinde olan ve onları en iyi gözlemleyebilen ekip üyelerindendir. Bu sebeple toplumda TAT kullanımını ve bunların hastanın bakım ve tedavisine yönelik tutumlarla ilişkilerini değerlendirebilmeleri oldukça önemlidir [89, 91].

2.4. Diyabet Bakım ve Tedavisinde Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları

Diyabet hasta ve ailesinin yaşamını birçok yönüyle etkileyen, yaşam tarzı değişimi gerektiren, yol açtığı komplikasyonlar nedeniyle yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Yaşam boyu devam eden bu süreçte bütüncül bakım ve interdisipliner ekip yaklaşımı oldukça önemli unsurlardır. Hemşirelerin diyabet bakım sürecinde bireyi fiziksel, psikososyal yönden bir bütün olarak ele alma ve eğitim, danışmanlık, tedavi hizmeti verme gibi rol ve sorumlulukları vardır. Ayrıca diyabet hemşirelerinin, ulusal ve uluslararası diyabet derneklerinin çalışmalarına katılma, diyabet konusundaki son gelişmeleri takip etme, diyabetin önlenmesi için

topluma yönelik sağlık programları geliştirmek gibi görevlerinin olduğuda belirtilmektedir [92].

Etkili diyabet yönetimi, ekip çalışmasını ve hasta ile işbirliği içinde olmayı, hedefler belirleyip bireyselleşmiş bakım sunmayı gerektirmektedir. Hemşireler diyabet bakımının sunulması, hasta ve çevresinin desteklenmesi ile diyabet öz yönetim eğitimi sunumundaki hizmetlerinden dolayı bu ekibin olmazsa olmaz üyelerindendir [50, 51]. Hemşireler diyabetli hastalara psikososyal destek sağlama, diyabet bakımı, tedavisi ve komplikasyonlardan korunmayı öğretme, öz yönetimi teşvik etme gibi birçok alanda hizmet vermektedir. İyi bir hemşirelik yaklaşımı ile hastaların diyabet bilgileri, öz yönetim davranışları geliştirilebilir ve böylece iyi bir glisemik kontrol sağlanıp, fiziksel, psikososyal sorunlar nlenebilir [50].

Diyabet bakım sürecinde, diyabet öz yönetim eğitimi bu sürecin temelini oluşturmaktadır. Bu şekilde diyabetli hastaların hastalık ve hastalık sürecinde olabilecekleri başarılı bir şekilde yönetebilmeleri, davranış değişikliği yapabilmeleri için aktif sorumluluk almaları, yeterli bilgi, beceriye sahip olmaları gerekmektedir [53, 93].

Diyabet yönetiminde hasta uyumu oldukça önemlidir. Olumlu inanç ve tutumlar, beraberinde davranış uyumunu getirmektedir. Diyabet yönetiminde, hastaların hastalık ve tedavileri ile ilgili yeterli bilgi, beceri ve olumlu tutumlara sahip olmaları gerekmektedir. Bu nedenle hastaların hastalık ve tedavileri ile ilgili tutumlarının belirlenip, olumlu olanların desteklenmesi, olumsuz olanların ise etkili eğitim programları ile değiştirilmeleri önerilmektedir [31, 33, 52].

Tutum, duygu, inanç ve davranışta bulunma eğilimi olmak üzere 3 yönü olan bir kavramdır. Kendisi doğrudan gözlemlenemez ancak gözlemlenebilen davranışlara yol açmaktadır. Tutumlar, belirli durumlar karşısında aynı davranışları göstermeye neden olmakla birlikte sonradan öğrenme ile kazanılıp, zamanla değişip gelişebilmektedirler [32]. Günümüzde diyabetli hastaların diyabet bakım ve tedavisine yönelik tutumlarını inceleyen çalışmalara bakıldığında, hastaların diyabet tutumlarının olumlu yönde olduğu ancak bunların geliştirilmesi gerektiği

görülmektedir [33, 71]. Hemşireler diyabetli hastaların tedavi ve hastalıklarına yönelik davranış ve tutumlarını değerlendirmeli, etkili ve başarılı diyabet yönetiminin sağlanması, uyumun artırılması için yanlış olan tutumları belirleyerek eğitim yoluyla değiştirebilmeli ve olumlu tutumları da desteklemelidirler [33].

Diyabet hastalarında, hastalığının tam tedavisinin olmayışı, yaşamı tehdit eden komplikasyonlarının olması ve hastaların sosyokültürel özellikleri nedeniyle konvansiyonel tedavilerine ek olarak TAT kullanım oranının arttığı görülmektedir. Ancak diyabetli hastalarda TAT kullanım oranları ve bunların diyabet yönetimindeki etkinliği tam olarak bilinmemektedir [30]. Bu nedenle hemşireler diyabet bakımındaki eğitici, yönetici, danışman rolleri kapsamında, hastaların TAT kullanımı ve bunun bakım ve tedaviye yönelik tutumlarla ilişkisi konusunda bilgi ve farkındalıklarını arttırmaları, hastaları doğru yönlendirebilmeleri gerekmektedir.

Çalışmanın Amacı

Çalışma; Diabetes Mellitus'lu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumlarının diyabet tutumları ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel olarak yapılmıştır.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma; Diabetes Mellitus'lu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumlarının diyabet tutumları ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği bulunmaktadır. Kliniğin hem yatan hasta servisi hem de poliklinik bölümleri vardır. Poliklinikte 6 muayene odası, 1 Ultrasonografi odası, 1 diyetisyen odası, 1 eğitim odası bulunmakta; 2 diyabet eğitim hemşiresi, 1 diyetisyen ve 6 uzman hekim görev yapmaktadır. Her haftanın belli günleri diyabet hastalarına yönelik diyabet tedavisi, komplikasyonları, diyabet ve beslenme, diyabet ve ayak bakımı gibi konuları içeren eğitim düzenlenmektedir. Ayrıca her gün insülin tedavisi başlanan hastalara insülin tedavisinin uygulanışı, komplikasyonları gibi konularda ve şehir dışından gelen hastalara da haftanın her günü diyabet bakım ve tedavisine yönelik eğitim verilmektedir. Haftalık eğitim toplantılarına ortalama 10 hasta başvurmaktadır. Poliklinikte diyabet hastalarına TAT kullanımı aralıklı olarak doktorlar tarafından sorulmakla birlikte, bu konuda kayıtlı veriler yoktur. Ayrıca hastanede diyabet hastalarına yönelik TAT hizmeti verilen bir birim yoktur.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, bir yıl içinde diyabet eğitimi amacıyla başvuran diyabetli hastalar oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniğine bir yıl içinde diyabet eğitimi için başvuran toplam hasta

sayısı belirlenememiştir. Bu nedenle araştırmanın örneklemini, Ocak 2014 - Mayıs 2014 tarihleri arasında eğitim için başvuran 292 hasta oluşturmuştur. 7 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediği için çalışmaya dahil edilmemiş olup, toplam 285 hasta ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmaya; 20 yaş ve üzerinde olan, ortaokul ve üzeri mezunu, 1 yıl ve üzeri süredir diyabet hastalığı olan, işitme, anlama sorunu olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, “Anket Formu”(Bkz. Ek-5) ve Diyabet Tutum Ölçeği (DTÖ) (Bkz. Ek-6) kullanılmıştır.

Anket Formu: Anket formu, hastaların tanımlayıcı (cinsiyet, yaş, medeni, eğitim durumu, yaşanılan yer, evde beraber yaşanılan kişiler, sağlık hizmetlerine ulaşım durumu gibi) özellikleri, hastalıkla ilgili özellikleri (diyabet tipi, diyabet süresi, diyabet tedavisi, başka kronik hastalık olma durumu, diyabet komplikasyonları, HbA1c değerleri gibi) ile tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımına ilişkin özelliklerini (hangi tedavileri kullandıkları, nereden temin ettikleri, yarar görme durumu gibi) içeren toplam 32 sorudan oluşmaktadır.

Diyabet Tutum Ölçeği (DTÖ): Amerika’da Ulusal Diyabet Komisyonu tarafından 1975 yılında, diyabetli hastaların tedavi ve bakıma uyumunu kolaylaştıran ve engelleyen tutumlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek hem diyabet bakım ekibine, hem de diyabet hastalarına uygulanabilmektedir. Böylece iki grubun tutumlarının karşılaştırılabilmesini, tutumlarının farklılığından kaynaklanan diyabet yönetimindeki engellerin belirlenebilmesine olanak sağlamaktadır.

DTÖ, teknik bir dile sahip olup algılama düzeyi iyi, en az ortaokul mezunu olan kişilere uygulanabilmektedir. DTÖ, 7 alt grup ve 34 maddeden oluşmaktadır. Alt gruplar:

- 1. Özel eğitim gereksimi alt grubu;** 7 maddeden (1, 8, 9, 13, 26, 28, 30) oluşmaktadır. Diyabetli hastaların, tedavi ve bakımlarında görev alan diyabet

ekibi üyelerinin diyabet konusunda özel eğitim almaları ve uzmanlaşmaları konusundaki tutumları sorgulanmaktadır.

2. **Hasta uyumuna karşı tutum alt grubu;** 6 maddeden (4, 15, 19, 22, 27, 29) oluşmaktadır. Hastaların diyabet tedavisi, yönetiminde bireysel yönetim ile ilgili düşünceleri ve bu konuda rol ve sorumluluklarını algılama, kabul etme durumları sorgulanmaktadır.
3. **Tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubu;** 3 maddeden (5, 6, 12) oluşmaktadır. Hastaların daha çok insülin kullanımına ilişkin tutumları sorgulanmaktadır.
4. **Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar alt grubu;** 4 maddeden (10, 17, 24, 34) oluşmaktadır. Kan glikoz kontrolü ile komplikasyonlar arasındaki ilişki hakkında hastaların tutumları sorgulanmaktadır.
5. **Hasta yaşamına diyabetin etkisi alt grubu;** 5 maddeden (2, 11, 14, 18, 21) oluşmaktadır. Diyabetin hastaların yaşamları üzerindeki etkileri sorgulanmaktadır.
6. **Hasta otonomisine karşı tutum alt grubu;** 5 maddeden (3, 7, 25, 31, 33) oluşmaktadır. Hastaların bireysel diyabet yönetiminde sorumluluk almaktan kaçınarak bu konudaki tek sorumlu olarak sağlık ekibi üyelerini seçme durumları, öz bakım rolünü üstlenme ve bu konuda eğitim alma ile ilgili tutumları sorgulanmaktadır.
7. **Ekip bakımına karşı tutum alt grubu;** 4 maddeden (16, 20, 23, 32) oluşmaktadır. Hastaların multidisipliner diyabet ekibi üyeleri tarafından takip edilme konusundaki tutumları sorgulanmaktadır [33, 43].

Ölçek maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile puanlanmıştır. Her bir alt grubu oluşturan madde puanları toplanıp madde sayısına bölünerek bireyin o alt gruba ait, 1 ile 5 arasında değişen tutum puanı hesaplanmaktadır. Aynı şekilde ölçekteki tüm maddelerin puanlarının toplanarak 34'e bölünmesi ile genel olarak diyabet tutum puanı hesaplanmaktadır (Kesinlikle katılıyorum:5- Kesinlikle katılmıyorum:1). Ancak 5., 6., 12., 18., 23., 24. maddelerin puanları ters çevrilerek

toplanmaktadır (Kesinlikle katılmıyorum:5- Kesinlikle katılıyorum:1). Puan > 3 ise pozitif tutum, puan ≤ 3 ise negatif tutumu ifade etmektedir. Puanın artışı ya da düşüşü o yöndeki tutumu güçlendirmektedir. Ölçek toplam puanlamasının yorumlaması ise yine alt grup puanlamasına benzemektedir ve ölçek puanı > 3 ise pozitif tutumu, ölçek puanı ≤ 3 ise negatif tutumu göstermektedir.

Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması ülkemizde Özcan (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin alt grup puanlarının test-tekrar test korelasyon katsayısı 0,52-0,93, genel ölçek cronbach alfa katsayısı ise 0,61-0,93 sınırları arasında olarak belirlenmiştir. Alt grupların ölçek toplam puanı ile korelasyonları değerlendirilmiş ve 0,39-0,94 sınırları arasında olduğu görülmüştür. Sonuçta geçerlik-güvenirlik işlemlerinde korelasyon katsayıları 0,30'dan büyük, test-tekrar test ve cronbach alpha değerleri genel olarak yüksek bulunmuştur [33, 43].

Çalışmamızda diyabet tutum ölçeği cronbach alfa değeri 0,68 olarak bulunmuştur.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Hazırlanan anket formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek için araştırmanın ön uygulaması, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniğine eğitim için başvuran toplam 10 hasta ile yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan hastalar çalışmanın örneklemine dahil edilmemişlerdir. Ön uygulama sonrasında ankette var olan açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri bilgisi her hastada bu değerlere bakılmadığı için çıkarılmış olup, hasta dosyasından yalnızca hbA1c değeri veri olarak alınmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçları Ocak 2014 - Mayıs 2014 tarihleri arasında eğitim için başvuran, 285 diyabetli hastaya uygulanmıştır. Hastalar, anket formu ve ölçeği kendileri okuyarak cevaplamıştır. Anket formunun uygulanması 15- 20 dakika kadar sürmüştür. Anketler her hafta diyabet eğitimi yapılan gün (genellikle Cuma günü) eğitim odasında uygulanmıştır. Ayrıca hafta içi 2-3 gün eğitim odasında şehir dışından gelip diyabet eğitimi almak isteyen hastalara da anket uygulaması

yapılmıştır. Eğitim günü dışındaki günlerde toplam 30 hastaya anket uygulanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen bilgiler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18,0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin frekans ve yüzdesel dağılımları alınmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov - Smirnov testi ile incelenmiştir. Veriler normal dağılıma uymadığından ikili bağımsız gruplar için non-parametrik testlerden Mann – Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız gruplar için ise Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda Ki-Kare testi ve iki bağımsız grubun HbA1c değerini karşılaştırmada T-test kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi için α değeri 0,05 olarak alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Bkz. Ek-3) ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Uygulamalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan (Bkz. Ek-2) yazılı izin belgesi alınmıştır. Örneklem kapsamına alınan hastalara uygulama öncesi çalışmanın amacı açıklanmış ve her hastadan sözlü, yazılı onam alınmıştır (Bkz. Ek-4).

Ayrıca Diyabet Tutum Ölçeği'nin (DTÖ) geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Sayın Doç. Dr. Şeyda Özcan'dan ölçeğin kullanılabilmesi için izin alınmıştır.(Bkz. Ek-1)

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan diyabetli hastaların tanıtıcı, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile TAT kullanım durumlarına ilişkin özellikleri, TAT kullanan ve kullanmayan hastaların diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=285)

Tanıtıcı özellikler		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	199	69,8
	Erkek	86	30,2
Yaş $\bar{X} \pm Sd = 54,57 \pm 9,89$	21-40	27	9,4
	41-60	172	60,4
	61 ve üzeri	86	30,2
Medeni durum	Evli	263	92,3
	Bekar	22	7,7
Öğrenim durumu	Ortaokul mezunu	209	73,3
	Lise mezunu	29	10,2
	Üniversite mezunu	47	16,5
Çalışma durumu	Çalışan	50	17,5
	Çalışmayan	235	82,5
Ekonomik durumu	İyi	40	14,0
	Orta	227	79,6
	Kötü	18	6,4
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	15	5,3
	Eşiyle	133	46,6
	Eşiyle ve çocuklarıyla	130	45,6
	Anne ve babasıyla	7	2,5
Yaşadığı yer	Kent	256	89,8
	Kır	29	10,2
Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik durumu	Kolay	272	95,4
	Zor	13	4,6

Çizelge 4.1 ' de hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %69,8' i kadındır. Hastaların yaş ortalaması $\bar{X} \pm Sd=54,57 \pm 9,89$ olup, %60,4 ü 41-60 yaş grubundadır. Hastaların %92, 3'ü evli, %73,3 'ü ortaokul mezunudur. Hastaların %82,5'i çalışmamakta olup, çalışanların %72 'si ise serbest meslek statüsünde bulunmaktadır. % 79,6'sı ekonomik durumunun orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Hastaların %46,6 'sı evde eşiyle beraber yaşamaktadır. %89,8'i kentte yaşamakta olup, %95,4 'ü sağlık hizmetlerine ulaşımının kolay olduğunu belirtmiştir.

Çizelge 4.2. Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri (n=285)

Hastalığa ilişkin özellikler		Sayı	%
Diyabet tipi	Tip 1 diyabet	15	5,3
	Tip 2 diyabet	270	94,7
Diyabet süresi $\bar{x} \pm Sd = 9,38 \pm 6,57$	1-5 yıl	99	34,7
	6-10 yıl	101	35,5
	11 yıl ve üzeri	85	29,8
Başka kronik hastalığı olma durumu	Var	221	77,5
	Yok	64	22,5
Tedavi tipi	Oral antidiyabetik ilaç + diyet	181	63,5
	İnsülin + diyet	64	22,5
	İnsülin + oral antidiyabetik ilaç + diyet	40	14,0
Tedavi süresi $\bar{x} \pm Sd = 6,99 \pm 5,27$	1-5 yıl	133	46,7
	6-10 yıl	108	37,9
	11 yıl ve üzeri	44	15,4
Düzenli kan şekeri ölçümü	Yapanlar	188	66,0
	Yapmayanlar	97	34,0
Diyabete bağlı komplikasyon gelişimi	Var	159	55,8
	Yok	126	44,2
Hastalık ve tedavisi hakkında daha önce eğitim alma durumu	Alan	96	33,7
	Almayan	189	66,3
Alınan eğitimi yeterli bulma durumu (n=96)	Yeterli	42	43,8
	Yetersiz	54	56,2
HbA1c (%)	6,5 ve altı	69	24,2
	6,6 ve üzeri	216	75,8

Çizelge 4.2' de hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerinin dağılımları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların %94,7 'si Tip 2 Diabetes Mellitus tanısı ile takip edilmektedir. Hastaların, diyabet süresi ortalama $\bar{x} \pm Sd = 9,38 \pm 6,57$ yıl olup, %35,5'inin diyabet süresi 6-10 yıldır. %77,5 'inin diyabet dışında başka bir kronik hastalığı olduğu ve en fazla görülen hastalığın Hipertansiyon (%62,9) olduğu belirlenmiştir. Hastaların % 63,5'inin diyabet tedavisi olarak oral anti diyabetik ilaç, diyet kullandığı ve ortalama tedavi sürelerinin $\bar{x} \pm Sd = 6,99 \pm 5,27$ olduğu, %46,7'sinin 1-5 yıldır bu tedaviyi kullandığı, %66'sının düzenli olarak kan şekeri ölçümü yaptığı saptanmıştır. Diyabete bağlı komplikasyonları sorulduğunda, hastaların %55,8 'inde diyabete bağlı komplikasyon geliştiği ve en fazla görülen komplikasyonun nöropati (%40,3) olduğu belirlenmiştir. Hastaların %66,3 'ü daha önce diyabet hastalığı ve tedavisi hakkında eğitim almadıklarını, eğitim alanların %56,3'ü ise aldıkları eğitimi yeterli bulmadıklarını belirtmiştir. Hastaların %75,8 'inin HbA1c değerinin %6,6 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.3. Hastaların TAT kullanma durumları ile ilgili özellikleri (n=285)

TAT uygulamalarına ilişkin özellikler (n=137)		Sayı	%
TAT kullanım durumu	Kullanan	137	48,1
	Kullanmayan	148	51,9
Kullanılan TAT yöntemleri (n=137)	Bitkisel uygulamalar	93	67,3
	Bitkisel uygulamalar /dua	44	32,7
TAT ile ilgili bilgiyi edinme kaynağı (n=137)	Komşular /arkadaşlar	56	40,9
	Akrabalar	20	14,6
	Televizyon /gazete / internet	56	40,9
	Doktor/eczacı	5	3,6
TAT 'ı kullanma dönemi (n=137)	Tanı konulmasından hemen sonra	7	5,1
	Hastalığın ilerleyen dönemlerinde tedaviyle beraber kullanma ve devam etme	130	94,9
TAT'ı kullanma nedeni (n=137)	Kan şekerini düşürmek/ dengelemek	124	90,5
	Diyabet komplikasyonlarını önlemek	13	9,5
Temin edilen kaynak (n=137)	Aktarlardan	76	55,5
	Kendi toplama	52	38,0
	Televizyon/internet	9	6,6
Yöntemin etkisini bilme durumu(n=137)	Bilenler	8	5,8
	Bilmeyenler	129	94,2
Kullanılan yöntemlerin yararlı olma durumu (n=137)	Yararlı bulan	56	40,9
	Yararlı bulmayan	65	47,4
	Kararsız olan	16	11,7
Yöntemle ilgili sağlık sorunu yaşama durumu	Yaşayan	6	4,4
	Yaşamayan	131	96,6

Çizelge 4.3.'de hastaların TAT kullanma durumları ile ilgili özellikleri yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların %48,1'inin TAT kullandıkları, TAT kullanan hastaların % 67,3'ünün sadece bitkisel uygulamalar kullandıkları belirlenmiştir. Hastaların TAT uygulamaları bilgi edinme kaynağının %40,9 u komşuları, %40,9 u televizyon/ gazete /internet olduğu belirlenmiştir. TAT kullanan hastaların %94,9 'u TAT'ı hastalığın ilerleyen dönemlerinde tedaviyle beraber kullandığını ve kullanmaya devam ettiklerini bildirmişlerdir. Hastaların %90,5 'i TAT yöntemlerini kan şekerini düşürmek/dengelemek için kullandıklarını ve %55,5 'i bunları aktarlardan temin ettiklerini belirtmişlerdir. Hastaların %94,2'si kullandıkları TAT

yönteminin etkisini bilmediklerini, %40,9 'u da yararlı bulduklarını, yarar görenlerin %63,3'ü kan şekerinin dengeli olduğunu bildirmişlerdir. Hastaların %96,6'sı TAT 'a bağlı herhangi bir sağlık sorunu yaşamadıklarını, sağlık sorunu yaşayanların %33,3'ü kan şekeri değerinin yükseldiğini, %33,3 'ü ise hipoglisemi atakları yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Çizelge 4.4. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre TAT kullanım durumlarının karşılaştırılması (n=285)

Özellikler	TAT		Kullanmayan		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet						
Kadın	98	49,2	101	50,7	0,365	0,546
Erkek	39	45,3	47	54,6		
Yaş						
21-40	5	18,5	22	81,5	10,714	0,005
41-60	90	52,3	82	47,7		
61 yaş ve üzeri	42	48,8	44	25,5		
Medeni durum						
Evli	127	48,2	136	51,8	0,065	0,798
Bekar	10	45,4	12	54,6		
Öğrenim durumu						
Ortaokul mezunu	105	50,2	104	49,8	6,046	0,107
Lise mezunu	16	55,2	13	44,8		
Üniversite ve üzeri	16	34,1	31	65,9		
Çalışma durumu						
Çalışan	21	42,0	29	58,0	0,895	0,344
Çalışmayan	116	49,3	119	50,7		
Yaşanılan yer						
Kent	125	48,8	131	51,2	0,579	0,447
Kır	12	41,4	17	58,6		
Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik durumu						
Kolay	127	46,7	145	53,3	4,543	0,033
Zor	10	76,9	3	23,1		

Çizelge 4.4 'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre TAT kullanım durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Çalışmamızda, cinsiyet ile TAT kullanımı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Yaş ve TAT kullanımı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). TAT kullanma durumuna göre farklılığı yaratan grubun 21-40 yaş grubu olduğu görülmüştür.

Hastaların medeni durumları, eğitim durumları ile TAT kullanımı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çalışmamıza katılan hastaların çalışma durumları ile TAT kullanımı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Hastaların yaşadıkları yer ile TAT kullanımı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Sağlık hizmetlerine ulaşım durumu ile TAT kullanımı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık hizmetlerine ulaşımının zor olduğunu söyleyenlerde, TAT kullanımının daha fazla olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.5. Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilerine göre TAT kullanım durumlarının karşılaştırılması (n=285)

Özellikler	TAT		Kullanmayan		X^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Diyabet tipi						
Tip 1 diyabet	3	20,0	12	80,0	4,998	0,025
Tip 2 diyabet	134	49,6	136	50,4		
Diyabet süresi						
1-5 yıl	36	36,4	63	63,6	8,390	0,15
6-10 yıl	54	53,5	47	46,5		
11yıl ve üstü	47	55,3	38	44,7		
Başka kronik hastalığıolma durumu						
Evet	103	46,7	118	53,3	0,845	0,358
Hayır	34	53,2	30	46,8		
Tedavi türü						
Oral antidiyabetik ilaç +diyet	83	45,8	98	54,2	0,982	0,612
İnsülin+diyet	33	51,5	31	48,5		
İnsülin+oral antidiyabetik ilaç +diyet	21	52,5	19	47,5		
Tedavi süresi						
1-5 yıl	57	42,8	76	57,2	3,311	0,191
6-10 yıl	59	54,6	49	45,4		
11yıl ve üstü	21	47,7	23	52,3		

Çizelge 4.5. (devam). Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilerine göre TAT kullanım durumlarının karşılaştırılması (n=285)

Düzenli kan şekeri ölçümü yapma durumu						
Yapan	95	50,5	93	49,5	1,341	0,247
Yapmayan	42	43,3	55	56,7		
Diyabete bağlı komplikasyon gelişimi						
Var	82	51,5	77	48,5	1,767	0,184
Yok	55	43,7	71	56,3		
Hastalık ve tedavisi hakkında daha önce eğitim alma durumu						
Alan	45	46,8	51	53,2	0,083	0,773
Almayan	92	48,6	97	51,4		
Alınan eğitimi yeterli bulma durumu						
Yeterli	19	45,2	23	57,8	0,800	0,777
Yetersiz	26	48,1	28	51,9		

Çizelge 4.5 'de hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilerine göre TAT kullanım durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Araştırmamızda diyabet tipi ile TAT kullanımı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Tip 2 diyabetli hastalarda TAT kullanım oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların diyabet süreleri ile TAT kullanımı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). TAT kullanım durumuna göre farkı yaratan grubun diyabet süresi 1- 5 yıl olanlar olduğu belirlenmiştir.

Hastaların diyabet dışında başka kronik hastalıkları olma durumu, diyabet tedavisine yönelik kullandıkları tedavileri, tedavi süreleri, düzenli kan şekeri ölçümü yapma durumları, diyabete bağlı herhangi bir komplikasyon gelişimi olup

olmadığı ile TAT kullanımı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Hastaların hastalık ve tedavisi hakkında eğitim alma durumları ve aldıkları eğitimi yeterli bulma durumları ile TAT kullanımı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablolaştırılmamakla birlikte TAT kullanan hastaların ortalama HbA1c değerlerinin ($\bar{X} \pm Sd = \%8,4 \pm 2,2$) kullanmayanlara göre ($\bar{X} \pm Sd = \%7,8 \pm 1,8$) daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=2,559$, $p=0,011$).

Çizelge 4.6. Hastaların diyabet tutum ölçeği ve alt grup puan ortalamalarının dağılımı

Diyabet tutum ölçeği ve alt grupları	Min.	Max.	$\bar{X} \pm Sd$
Özel eğitim ihtiyacı	3,860	5,000	$4,788 \pm 0,21$
Hasta uyumuna karşı tutum	3,000	4,833	$3,898 \pm 0,34$
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	1,000	4,000	$2,200 \pm 0,48$
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	3,500	5,000	$4,693 \pm 0,19$
Hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi	2,200	5,000	$4,011 \pm 0,50$
Hasta otonomisine karşı tutum	3,400	5000	$4,296 \pm 0,27$
Ekip bakımına karşı tutum	1,750	5,000	$4,045 \pm 0,38$
Toplam diyabet tutum ölçeği	3,530	4,560	$4,117 \pm 0,17$

Çizelge 4.6’ da hastaların toplam diyabet tutum ölçeği ve alt grup puanlarının dağılımı bulunmaktadır.

Hastaların toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları 3 ‘ten büyük olup ($\bar{X} \pm Sd = 4,117 \pm 0,17$), diyabet bakım ve tedavisine yönelik tutumlarının pozitif yönde olduğu görülmektedir. Alt grup puan ortalamaları incelendiğinde ise; en yüksek puan ortalamalarının özel eğitim gereksinimi alt grubunda olduğu ($\bar{X} \pm Sd = 4,788 \pm 0,21$) ve tutumlarının pozitif yönde olduğu, en düşük puan ortalamalarının Tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubunda olduğu ($\bar{X} \pm Sd = 2,200 \pm 0,48$), tutumlarının ise negatif yönde olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.7. Hastaların TAT kullanım durumuna göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

TAT kullanım durumu	Diyabet tutum ölçeği		
	$\bar{X} \pm Sd$	Z	P
Kullanan	4,095 $\pm$ 0,18	-1,742	0,081
Kullanmayan	4,139 $\pm$ 0,16		

Çizelge 4.7 ‘ de diyabetli hastaların TAT kullanım durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları yer almaktadır.

TAT kullanım durumuna göre hastaların diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; TAT kullanan ve kullanmayanların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Dolayısıyla TAT kullanımı ile hastaların diyabet tutumları arasında ilişki olmadığı görülmüştür. Bununla birlikte TAT kullanan ve kullanmayanların toplam ölçek puan ortalamaları 3’den büyük olduğu için (TAT kullananlarda ($\bar{X} \pm Sd=4,095\pm0,18$, TAT kullanmayanlarda ($\bar{X} \pm Sd=4,139 \pm 0,16$), hastaların diyabet tutumlarının pozitif yönde olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.8. Hastaların tanıtıcı özellikleri ve TAT kullanım durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=285)

TAT uygulamaları kullanım durumu	Tanıtıcı özellikler		Toplam diyabet tutum ölçeği		
		n	$\bar{X} \pm Sd$	Test istatistiği	p
Kullanan	Cinsiyet			Z=-0,712	0,476
	Kadın	98	4,102 $\pm$ 0,18		
	Erkek	39	4,076 $\pm$ 0,17		
Kullanmayan	Kadın	101	4,151 $\pm$ 0,18	Z=-1,684	0,092
	Erkek	47	4,112 $\pm$ 0,12		

Çizelge 4.8. Hastaların tanıtıcı özellikleri ve TAT kullanım durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=285)

	Yaş grupları				
Kullanan	21-40 yaş	5	4,100±0,12	KW=0,062	0,969
	41-60 yaş	90	4,098±0,19		
	61 yaş ve üzeri	42	4,087±0,17		
Kullanmayan	21-40 yaş	22	4,144±0,24	KW=0,036	0,526
	41-60 yaş	82	4,125±0,15		
	61 yaş ve üzeri	44	4,161±0,15		
	Medeni durum				
Kullanan	Evli	127	4,108±0,17	Z=-2,293	0,022
	Bekar	10	3,926±0,25		
Kullanmayan	Evli	136	4,143±0,16	Z=-1,014	0,311
	Bekar	12	4,085±0,17		
	Eğitim durumu				
Kullanan	Ortaokul mezunu	105	4,108±0,19	KW=6,804	0,078
	Lise mezunu	16	4,051±0,17		
	Üniversite mezunu	16	4,147±0,08		
Kullanmayan	Ortaokul mezunu	104	4,141±0,17	KW=4,872	0,181
	Lise mezunu	13	4,208±0,15		
	Üniversite mezunu	31	4,098±0,11		
	Çalışma durumu				
Kullanan	Çalışan	21	4,088±0,17	Z=-0,105	0,917
	Çalışmayan	116	4,096±0,18		
Kullanmayan	Çalışan	29	4,124±0,12	Z=-0,811	0,418
	Çalışmayan	119	4,142±0,17		

Çizelge 4.8 'de hastaların tanıtıcı özellikleri ve TAT kullanım durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

TAT kullanan diyabetli hastaların cinsiyete göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,102 \pm 0,18$) pozitif yönde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). TAT kullanmayan diyabetli hastaların cinsiyete göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,151 \pm 0,18$) pozitif yönde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

TAT kullanan diyabetli hastaların yaş gruplarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 21-40 yaş grubunda olanların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,100 \pm 0,12$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). TAT kullanmayan diyabetli hastaların yaş gruplarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 61 yaş üzeri olanların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,161 \pm 0,15$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

TAT kullanan diyabetli hastaların medeni durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; evlilerin puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,108 \pm 0,17$) pozitif yönde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). TAT kullanmayan diyabetli hastaların medeni durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; evlilerin puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,143 \pm 0,16$) pozitif yönde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

TAT kullanan diyabetli hastaların eğitim durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; üniversite mezunu olanların puan ortalamalarının ($\bar{x} \pm Sd = 4,147 \pm 0,08$) pozitif yönde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). TAT kullanmayan diyabetli hastaların eğitim durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; lise mezunu olanların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,208 \pm 0,15$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

TAT kullanan diyabetli hastaların çalışma durumuna göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; çalışmayanların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($\bar{X} \pm Sd = 4,096 \pm 0,18$) pozitif yönde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). TAT kullanmayan diyabetli hastaların çalışma durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; çalışmayanların toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,142 \pm 0,17$) pozitif yönde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Çizelge 4.9. Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile TAT kullanım durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=285)

TAT uygulamaları kullanım durumu	Hastalık ve tedaviye ilişkin özellikler		Toplam diyabet tutum ölçeği		
		n	$\bar{X} \pm Sd$	Test istatistiği	p
	Diyabet tipi				
Kullanan	Tip 1 diyabet	3	4,127±0,08	Z= -0,133	0,894
	Tip 2 diyabet	134	4,094±0,18		
Kullanmayan	Tip 1 diyabet	12	4,156±0,16	Z= -0,095	0,924
	Tip 2 diyabet	136	4,137±0,16		

Çizelge 4.9. (devam). Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile TAT kullanım durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=285)

	Diyabet süresi				
Kullanan	1-5 yıl	36	4,079±0,14	KW=2,916	0,233
	6-10 yıl	54	4,076±0,21		
	11yıl ve üzeri	47	4,127±0,17		
Kullanmayan	1-5 yıl	63	4,144±0,16	KW=0,345	0,842
	6-10 yıl	47	4,140±0,18		
	11 yıl ve üzeri	38	4,128±0,15		
	Başka kronik hastalık olma durumu				
Kullanan	Var	103	4,092±0,18	Z=-0,522	0,602
	Yok	34	4,102±0,19		
Kullanmayan	Var	118	4,135±0,17	Z= -0,660	0,510
	Yok	30	4,152±0,14		
	Tedavi tipi				
Kullanan	Oral antidiyabetik ilaç+ diyet	83	4,082±0,18	KW=1,618	0,445
	İnsülin +diyet	33	4,122±0,18		
	Oral antidiyabetik ilaç+insülin+diyet	21	4,100±0,19		
Kullanmayan	Oral antidiyabetik ilaç+ diyet	98	4,123±0,16	KW=1,847	0,397
	İnsülin +diyet	31	4,172±0,17		
	Oral antidiyabetik ilaç+insülin+diyet	19	4,167±0,13		

Çizelge 4.9. (devam). Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile TAT kullanım durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=285)

	Tedavi süresi (yıl)				
Kullanan	1-5 yıl	57	4,084±0,16	KW=1,123	0,570
	6-10 yıl	59	4,091±0,20		
	11 yıl ve üstü	21	4,133±0,14		
Kullanmayan	1-5 yıl	76	4,134±0,17	KW=0,647	0,724
	6-10 yıl	49	4,153±0,16		
	11 yıl ve üstü	23	4,124±0,13		
	Diyabete bağlı komplikasyon varlığı				
Kullanan	Var	82	4,112±0,18	Z=-1,364	0,173
	Yok	55	4,069±0,18		
Kullanmayan	Var	77	4,159±017	Z=-1,379	0,168
	Yok	71	4,116±0,15		
	Hastalık ve tedavisi hakkında eğitim alma durumu				
Kullanan	Alan	45	4,097±0,17	Z=-0,032	0,974
	Almayan	92	4,093±0,19		
Kullanmayan	Alan	51	4,148±0,15	Z=-0,016	0,987
	Almayan	97	4,134±0,17		

Çizelge 4.9. (devam). Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile TAT kullanım durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=285)

	Alınan eğitimi yeterli bulma durumu (N=96)				
Kullanan	Yeterli	19	4,126±0,17	Z=-1,245	0,213
	Yetersiz	26	4,075±0,17		
Kullanmayan	Yeterli	23	4,191±0,12	Z=-2,030	0,042
	Yetersiz	28	4,112±0,16		
	Düzenli kan şekeri ölçümü yapma durumu				
Kullanan	Yapan	95	4,114±0,17	Z=-1,668	0,095
	Yapmayan	42	4,050±0,19		
Kullanmayan	Yapan	93	4,157±0,15	Z=-1,606	0,108
	Yapmayan	55	4,107±0,17		

Çizelge 4.9' da hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile TAT kullanım durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

TAT kullanan hastaların diyabet tipine göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; Tip 1 diyabetlilerin puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,127 \pm 0,08$) pozitif yönde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). TAT kullanmayan hastaların diyabet tipine göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; Tip 1 diyabetlilerin puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,156 \pm 0,16$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

TAT kullanan hastaların diyabet süresine göre diyabet tutum ölçeği ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; diyabet süresi 11 yıl ve üzeri olanların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,127 \pm 0,17$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). TAT kullanmayan hastaların diyabet süresine göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; diyabet süresi 1-5 yıl olanların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,144 \pm 0,16$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

TAT kullanan hastaların başka kronik hastalık olma durumuna göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; kronik hastalığı olmayanlarda puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,102 \pm 0,19$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). TAT kullanmayan hastaların başka kronik hastalık olma durumuna göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; kronik hastalığı olmayanlarda puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,152 \pm 0,14$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

TAT kullanan hastaların tedavi tipine göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; insülin ve diyet tedavisi alanların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,122 \pm 0,18$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). TAT kullanmayan hastaların tedavi tipine göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; insülin ve diyet tedavisi alanların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,172 \pm 0,17$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

TAT kullanan hastaların tedavi süresine göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; tedavi süresi 11 yıl ve üstü olanların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,133 \pm 0,14$) pozitif yönde daha yüksek olduğu

görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). TAT kullanmayan hastaların tedavi süresine göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; tedavi süresi 6-10 yıl olanların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,153 \pm 0,16$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

TAT kullanan hastaların diyabet komplikasyonları olma durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; diyabet komplikasyonları olanların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,112 \pm 0,18$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). TAT kullanmayan hastaların diyabet komplikasyonları olma durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; diyabet komplikasyonları olanların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,159 \pm 0,17$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

TAT kullanan hastaların hastalık ve tedavisi hakkında bilgi alma durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim alanların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,097 \pm 0,17$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). TAT kullanmayan diyabetli hastaların hastalık ve tedavisi hakkında eğitim alma durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim alanların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,148 \pm 0,15$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

TAT kullanan diyabetli hastaların alınan eğitimi yeterli bulma durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; aldıkları eğitimi yeterli bulanların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,126 \pm 0,17$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). TAT

kullanmayan diyabetli hastaların aldıkları eğitimi yeterli bulma durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; aldıkları eğitimi yeterli bulanların puan ortalamalarının pozitif yönde daha yüksek olduğu ($\bar{X} \pm Sd = 4,191 \pm 0,12$) görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

TAT kullanan diyabetli hastaların düzenli kan şekeri ölçümü yapma durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; düzenli kan şekeri ölçümü yapanların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,114 \pm 0,17$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan farkının anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). TAT kullanmayan diyabetli hastaların düzenli kan şekeri ölçümü yapma durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; düzenli kan şekeri ölçümü yapanların puan ortalamalarının ($\bar{X} \pm Sd = 4,157 \pm 0,15$) pozitif yönde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan farkının anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde hastaların TAT kullanım durumları, hastaların diyabet tutumları ve TAT kullanan ve kullanmayan diyabetli hastaların diyabet tutumlarını etkileyen faktörler tartışılmaktadır.

5.1. Hastaların TAT Kullanma Durumları ile İlgili Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamıza katılan hastaların TAT kullanım oranlarının %48,1 olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.3). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, diyabetli hastalarda TAT kullanma oranları %18,5-%70,5 [5, 8, 24, 37]; farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda ise diyabetli hastalarda TAT kullanım oranları %38,1- %63 arasında değişmektedir [57, 59, 63]. TAT kullanım oranları arasındaki bu farklılığın, yaşanan toplumun TAT' a ilişkin değerlerinin, inançlarının, kültürel özelliklerinin ve TAT kapsamında düşündükleri uygulamaların farklı olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir [8, 57, 59].

TAT kullanan hastaların büyük çoğunluğunun (%67,9) sadece bitkisel uygulamalar kullandıkları saptanmıştır (çizelge 4.3). Literatürde diyabetli hastaların TAT kullanımını inceleyen çalışmalara bakıldığında, bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermektedirler [5, 8, 24, 37, 57, 59, 66, 70, 78]. Çalışmamızdan farklı olarak, Huri ve arkadaşlarının (2009) tip 2 diyabetlilerde TAT kullanımını inceledikleri çalışmalarında, hastaların en sık kullandıkları yöntemlerin diyet takviyeleri olduğu, daha az oranda akupunktur, yoga, masaj yöntemlerini kullandıklarını belirlemişlerdir [68]. Fan ve arkadaşlarının (2013) Singapur'da diyabetli hastalarda TAT kullanımını inceledikleri çalışmalarında, hastaların en sık kullandıkları TAT türlerinin masaj, diyet takviyeleri olduğunu belirlemişlerdir [64]. Tan ve Mak (2015) diyabetlilerde TAT kullanımını inceledikleri çalışmalarında, hastaların en sık kullandıkları TAT türlerinin vitaminler olduğunu belirlemişlerdir [99]. Diyabetli hastalarda TAT olarak en sık bitkisel uygulamaların kullanılmasının nedenlerinin, bitkisel uygulamalara erişimin daha kolay olması, ekonomik yük getirmeyişi, bazı sağlık personeli olan yada olmayan kişilerin medya yoluyla bunların kullanımının yararlı olduğunu anlatmaları olduğu belirtilmektedir [5, 8, 56, 70].

Çalışmamızda bitkisel uygulamalara ek olarak dua'nın (%32,7) en sık tercih edilen TAT yöntemi arasında yer aldığı görülmüştür (çizelge 4.3). Literatürde yapılan çalışmalarda, dua yönteminin hastaları psikolojik olarak rahatlatmasından dolayı sık tercih edildiği bildirilmektedir [57, 61, 67].

Bireylerin TAT kullanmalarını aile, akraba, arkadaşları ve medya etkileyebilmektedir. Hastalar, yakın çevreleriyle diyabet ve yönetimini, sorunlarını paylaşp, ortak kararlar alabilirler [61, 99]. Ayrıca TAT kullanma durumunu, hastaların yakın çevrelerinde TAT 'ı kullanan ve yarar gören kişilerin düşünceleri de etkilemektedir [30, 65, 70]. Çalışmamızda da hastaların %40,9'unun komşularını/ arkadaşlarını yada televizyon/ gazete /internet 'i TAT bilgi edinme kaynağı olarak kullanması bunu doğrulamaktadır (çizelge 4.3). Çalışmamızdan elde edilen bulgular, literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir [24, 62, 64, 68].

Çalışmamızda TAT kullanan hastaların %94,9 'u bu uygulamaları hastalığın ilerleyen dönemlerinde, tedaviyle beraber kullandıklarını belirtmişlerdir (çizelge 4.3). Literatürde bulgularımızı destekleyen çalışmalarda vardır [62, 68]. TAT uygulamalarının özellikle hastalığın ilerleyen döneminde daha çok kullanılmasının nedeni olarak; hastaların, hastalık süresi arttıkça kan şekerinin düzenlenmesinde güçlük çekmeleri ve komplikasyonların daha sık görülmesi düşünülmektedir.

TAT kullanan hastaların tamamına yakını (%90,5) bu uygulamaları kan şekerlerini düşürmek/ dengelemek için, daha az oranda (%9,5) diyabet komplikasyonlarından korunmak için kullandıklarını belirtmişlerdir (çizelge 4.3). Benzer şekilde Oksel ve Şişman (2009) diyabetlilerde TAT kullanımını inceledikleri çalışmalarında, hastaların % 89,6' sının kan şekerini düşürmek, %8,7 'sinin ise diyabet komplikasyonlarından diyabetik ayağı önlemek için TAT yöntemlerini kullandıklarını saptamışlardır [5]. Küçükgülü ve arkadaşlarının (2012) Türkiye'de diyabetli hastalarda TAT kullanımını inceledikleri çalışmalarında, hastaların % 71,5 'inin TAT' yöntemlerini kan şekerini düşürmek için kullandıklarını belirlemişlerdir [8].

Çalışmamıza katılan, TAT kullanan hastaların büyük çoğunluğu (%94,2), kullandıkları TAT' ın etkisini bilmediklerini belirtmişlerdir. Hastaların yarıya yakını (%40,9) TAT 'ı yararlı bulduklarını ve yarar görenlerin çoğu (%63,3) TAT kullanımına bağlı kan şekeerlerinin yükselmediğini, dengede olduğunu belirtmişlerdir (çizelge 4.3). Literatürde TAT' ın yararlılığı konusunda farklı görüşlerin olduğu çalışmalar vardır [8, 37, 68]. Ceylan ve arkadaşlarının (2009) Türkiye'de diyabetlilerde TAT kullanımını inceledikleri çalışmalarında, hastaların %42,1'sinin TAT' ın herhangi bir değişim yaratmadığını, %21,7'sinin bazı diyabet semptomlarının ortadan kalktığını hissettiklerini ve %16,5'inin psikolojik olarak iyileştiklerini hissettiklerini söyledikleri görülmektedir [37]. Küçükğüçlü ve arkadaşları (2012) çalışmalarında, TAT kullanan diyabetiklerin yarıdan fazlasının (%75,2) bu uygulamalardan yarar gördüklerini, yarar görenlerin %82'sinin kan şekeerinin düştüğünü, %18 'inin ise rahatladıklarını söyledikleri görülmüştür [8]. Benzer şekilde Huri ve arkadaşları (2009) çalışmalarında, hastaların %43,2 'sinin TAT kullanımından yarar gördüklerini, %54,5 'inin bu konuda kararsız olduklarını, %2,3 'ünün ise TAT kullanımını yararlı bulmadıklarını saptamışlardır [68]. Bu sonuçlar, bireylerin daha çok hastalığın neden olduğu yakınmaları azaltmak için TAT' a başvurdıklarını göstermektedir. Bu durum hemşirelerin, hastalığa bağlı gelişebilecek komplikasyonlar ile bunları önlemeye yönelik olarak bakım ve tedaviye uyum sağlanması, yaşam biçimi değişiklikleri konusunda diyabet hastalarını değerlendirmeleri ve onları bu konuda bilgilendirmelerinin gerekliliğini göstermektedir. Ayrıca TAT' ın diyabet yönetimindeki etkinliği tam olarak bilinmemekle birlikte, bu konuda bilimsel kanıt düzeyi yüksek çalışmalar yapılmasının gerekliliği ve hemşirelerin diyabetli hastalarda TAT kullanımını sorgulamaları, hastaları bu konuda doğru yönlendirebilmelerinin önemi görülmektedir.

5.2. TAT Kullanan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri, Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bilgilerinin Tartışılması

Çalışmamızda evli, üniversite mezunu olan ve çalışmayan kadınlarda TAT kullanma oranlarının daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (çizelge 4.4). Bu bulgular cinsiyet, medeni durum, öğrenim ve çalışma durumu gibi sosyo-

demografik özellikler ne olursa olsun hastaların konvansiyonel tedavilerine ek olarak TAT kullanma eğiliminde olduklarını göstermektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda bulgularımızı desteklemektedir [24, 58, 60].

Çalışmamızda yaşla beraber TAT kullanım oranının arttığı ve 41-60 yaş grubunda TAT kullanımının daha fazla olduğu belirlenmiştir (çizelge 4.4). Çalışmamız sonucuna benzer şekilde, 40 yaş üzeri diyabetli hastalarda TAT kullanımının daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır [60, 64, 69, 70]. Bu sonuç bize, yaş artışı ile hastalık kontrolünün güçleşmesi, bu sebeple hastaların konvansiyonel tedavilerine ek olarak TAT yöntemlerine başvurduklarını düşündürmektedir.

Sağlık hizmetlerine ulaşım durumu ile TAT kullanımı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık hizmetine ulaşımının zor olduğunu söyleyenlerde TAT kullanım oranının daha fazla olduğu (%76,9) görülmüştür (çizelge 4.4). Benzer şekilde Mohamed Ali ve Mahfouz (2014) Kuzey Sudan'da Tip 2 diyabetlilerde bitkisel tedavi kullanımını inceledikleri çalışmalarında, kırsal kesimde yaşayanların bitkisel tedavi kullanım oranlarının daha fazla olduğunu belirlemişlerdir [70]. Çalışmamıza katılan hastaların %4,6'sı kırsal kesimde yaşamakta olup sağlık hizmetlerini almak, biten ilaçlarını reçeteye yazdırmak ve almak için şehir merkezine gelmekte zorlanmaları nedeniyle TAT' a başvurdukları düşünülmektedir.

Çalışmamızda Tip 2 diyabetlilerde TAT kullanım oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Diyabet tipi ile TAT kullanımı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (çizelge 4.5). Benzer şekilde, Yakupçelebioğlu (2012) Diabetes Mellitus'lu hastaların TAT kullanım durumlarının belirlenmesi ile ilgili çalışmasında, Tip 2 diyabetlilerde TAT kullanımının (%86,5), Tip 1 diyabetlilere göre (%8,1) daha fazla olduğunu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirlemiştir [24]. Küçükgüçlü ve arkadaşları (2012) çalışmalarında, Tip 2 diyabetlilerde TAT kullanımının (%87,6), Tip 1 diyabetlilere göre daha fazla olduğunu (%12,4) ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirlemişlerdir [8]. Manya ve arkadaşlarının (2012) Sidney'de diyabetli hastaların TAT kullanımını inceledikleri çalışmalarında, Tip 2 diyabetiklerde TAT kullanımının daha yüksek oranda olduğunu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını

belirlemişlerdir [61]. Bu sonuçlar doğrultusunda TAT kullanımının Tip 2 diyabetli hastalarda fazla olmasının nedeni olarak, çalışmaya katılan Tip 2 diyabetli hasta sayısının fazla olması ve Tip 1 diyabetli hastalarda tek tedavi şekli insülin tedavisiyken, Tip 2 diyabetli hastalarda insülin dışında yaşam biçimi değişikliklerini içeren (diyet, egzersiz vb.) tedavi türlerinin olması nedeniyle farklı bir tedavi seçeneği olarak TAT' ın kullanıldığını düşündürmektedir.

Hastaların diyabet süreleri ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, diyabet süresi 5 yıldan fazla olanlarda TAT kullanımının arttığı görülmektedir ($p < 0,05$) (çizelge 4.5). Benzer şekilde Ceylan ve arkadaşları (2009) çalışmalarında, diyabet süresinin artması ile (diyabet süresi 5 yıldan fazla olanlarda) TAT kullanımının da arttığını belirlemişlerdir [37]. Bu sonuç bize diyabet süresinin artması ile hastalık kontrolünün güçleştiği ve komplikasyonların ortaya çıkması/ çıkma riskinin artması nedeniyle TAT' a başvurdıklarını düşündürmektedir.

Hastaların diyabet tedavisine yönelik kullandıkları tedavileri, tedavi süreleri, düzenli kan şekeri ölçümü yapma durumları, diyabete bağlı herhangi bir komplikasyon gelişimi olup olmadığı, hastalık ve tedavisi hakkında eğitim alma ve alınan eğitimi yeterli bulma durumları ile TAT kullanımı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (çizelge 4.5). Literatürde bu sonuçları destekler şekilde diyabet tedavisi, tedavi süresi, düzenli kan şekeri ölçümü yapma durumu [95, 103], diyabete bağlı komplikasyon varlığı [24, 61, 63, 64], hastalık ve tedavisi hakkında eğitim alma ve alınana eğitimi yeterli bulma durumu ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalarda vardır [24, 69].

Çalışmamızda TAT kullanan hastaların HbA1c değerlerinin ($\bar{X} \pm Sd = \%8,4 \pm 2,2$) kullanmayanlara göre ($\bar{X} \pm Sd = \% 7,8 \pm 1,8$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde HbA1c değerleri arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (Çizelge 4.5). Bu sonuca benzer şekilde Ching ve arkadaşlarının (2013) Malezya'da Tip 2 diyabetlilerde TAT kullanımını inceledikleri çalışmalarında, TAT kullananlarda HbA1c oranının ($\bar{X} \pm Sd = \%8,9 \pm 3,0$), kullanmayanlara göre ($\bar{X} \pm Sd = \% 8,5 \pm 1,7$) daha yüksek olduğunu ancak farkın

istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamışlardır [59]. Çalışmamızdaki bu sonuç bize, TAT kullanan hastaların HbA1c değerlerini düşürmek, diyabet komplikasyonlarından korunmak için TAT'a başvurduklarını düşündürmektedir.

5.3. Hastaların Diyabet Tutumları ve TAT Kullanımı ile Diyabet Tutumları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Hastaların toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları 3 'ten büyük olup ($\bar{X} \pm Sd = 4,117 \pm 0,17$), diyabet bakım ve tedavisine yönelik tutumlarının pozitif yönde olduğu görülmektedir. Ayrıca en yüksek puan ortalamalarının özel eğitim gereksinimi alt grubunda olduğu ($\bar{X} \pm Sd = 4,788 \pm 0,21$) ve bu alt grupta tutumlarının pozitif yönde olduğu, en düşük puan ortalamalarının Tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubunda olduğu ($\bar{X} \pm Sd = 2,200 \pm 0,48$) ve bu alt grupta tutumlarının negatif yönde olduğu saptanmıştır (çizelge 4.6). Benzer şekilde Javanshir (2006) Tip1 ve Tip 2 diyabetli hastaların diyabet tutumlarının değerlendirilmesi ile ilgili çalışmasında, hastaların diyabet tutumlarının pozitif yönde olduğunu ($\bar{X} \pm Sd = 3,850 \pm 0,33$), en yüksek puan ortalamalarının özel eğitim gereksinimi alt grubunda olduğunu ($\bar{X} \pm Sd = 4,400 \pm 0,49$) ve bu alt grupta tutumlarının pozitif yönde olduğunu, en düşük puan ortalamalarının ise Tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubunda olduğunu ($\bar{X} \pm Sd = 2,690 \pm 0,92$) ve bu alt grupta tutumlarının negatif yönde olduğunu saptamıştır [71]. İnkaya ve Karadağ (2011) Tip 2 diyabetli hastaların hastalıkları ve tedavilerine yönelik tutumlarını etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında, hastaların diyabet tutumlarının pozitif yönde olduğunu ($\bar{X} \pm Sd = 4,060 \pm 0,26$), en yüksek puan ortalamasının özel eğitim gereksinimi alt grubunda olduğunu ($\bar{X} \pm Sd = 4,490 \pm 0,41$) ve bu alt grupta tutumlarının pozitif yönde olduğunu, en düşük puan ortalamasının ise Tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubunda olduğunu ($\bar{X} \pm Sd = 2,590 \pm 0,93$) ve bu alt grupta tutumlarının negatif yönde olduğunu belirlemişlerdir [33].

Özel eğitim gereksinimi alt grubunda, diyabet hastalarının bakım ve tedavilerinde görev alan diyabet ekibi üyelerinin bu alanda uzmanlaşmaları konusundaki tutumları, Tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubunda ise hastaların daha çok insülin konusundaki tutumları sorgulanmaktadır [33, 43]. Hastaların özel eğitim gereksinimi alt grup puan ortalamalarının en yüksek olması diyabet bakım ekibi

üyeleri, özellikle hastalarla en çok iletişim halinde olan hemşirelerin diyabet bakım, tedavisi, hastalarla iletişim gibi konularda uzmanlaşmaları, son gelişmeleri takip etmeleri ve hastaları bu konuda doğru yönlendirebilmelerinin önemini göstermektedir. Ayrıca literatürde diyabet hastalarının insülin kullanımı ile ilgili negatif tutumlarının olmasının nedenleri olarak, özellikle tip 2 diyabetli hastaların insülini en son tedavi seçeneği olarak görmeleri, insülin kullanımının diyabet yönetiminde başarısızlık nedeniyle olduğu, insülinin görme kayıplarına, hipoglisemi ataklarına yada amputasyonlara yol açtığı, kilo aldırıcı düşüncesinin olması, iğne yada enjeksiyon korkusunun olması, insülini taşıma, saklamanın zor olması belirtilmektedir [72, 75]. Çalışmamızda hastaların çoğunun insülin kullanmamaları ve dolayısıyla insülin tedavisini bilmemeleri, hastalık ve tedavisi hakkında eğitim alanların az olması, eğitim alanların ise çoğunun aldıkları eğitimi yeterli görmeyişleri gibi sebeplerden dolayı Tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubunda negatif tutumlarının olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hastaların TAT kullanım durumlarına göre diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (çizelge 4.7). Dolayısıyla hastaların TAT kullanımı ile diyabet tutumları arasında ilişkinin olmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte TAT kullanan ve kullanmayanların toplam ölçek puan ortalamaları 3'den büyük olduğu için (TAT kullananlarda ($\bar{X} \pm Sd=4,095 \pm 0,18$, TAT kullanmayanlarda ($\bar{X} \pm Sd=4,139 \pm 0,16$), hastaların diyabet tutumlarının pozitif yönde olduğu saptanmıştır. Literatürde diyabetli hastalarda TAT kullanım durumunun diyabet tutumları ile ilişkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ancak diyabet hastalarının TAT kullanım durumu ile diyabet tutumları kapsamında sadece tedavi uyumlarını değerlendiren bir çalışmaya ulaşılabilmektedir. Ogbera ve arkadaşlarının (2010) diyabetli hastalarda TAT kullanımını inceledikleri bu çalışmada, hastaların TAT kullanım durumunun diyabet tedavisine uyumlarını etkilemediğini belirlemişlerdir [60]. Literatürde diyabetli hastaların 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 [5, 24, 65, 69]. Çalışmamızda hastaların TAT kullanımı ile diyabet tutumları arasında bir ilişkinin olmayışı bize, hastaların diyabet yönetiminde TAT'ı tek başına değil, tıbbi tedavileri ile birlikte, kan şekeri

düzenlemek, komplikasyonların gelişimini önlemek amacıyla kullanmaları nedeniyle olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuç, hemşirelerin diyabet hastalarının tedavilerine uyumları iyi olsa da, TAT'a başvurabileceklerini düşünmelerinin, hastaları TAT kullanımı yönünden değerlendirmelerinin gerekliliğini göstermektedir.

5.4. Hastaların Diyabet Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

Çalışmamızda TAT kullanan diyabetli hastaların diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; diyabet tutumlarını medeni durumlarının etkilediği belirlenmiştir (çizelge 4.8). TAT kullanmayan diyabetli hastaların diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; diyabet hastalığı ve tedavisi konusunda alınan eğitimi yeterli bulma durumunun diyabet tutumlarını etkilediği saptanmıştır (çizelge 4.9).

Kronik hastalığı olan bireylerin bozulan dengelerini yeniden kurabilmesi, sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümleyebilmesi için normal bireylerden daha çok desteğe ihtiyacı vardır [82]. Diyabet gibi kronik hastalıklarda etkili yönetimin sağlanabilmesi için hastaların ailesi, arkadaşları gibi sosyal destek faktörlerinin olması oldukça önemlidir [33]. Aile üyelerinin destekleyici davranışları, diyabetli hastaların tedavi rejimlerine uyum sağlamasında oldukça önemli bir unsurdur [73, 77, 81, 84]. Çalışmamız sonucunda, TAT kullanan ve evli olanlarda toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının bekar olanlara göre pozitif yönde daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (çizelge 4.8). Literatürde diyabetli hastalarda TAT kullanımı ile diyabet tutumları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamakla birlikte, diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumlarını inceleyen çalışmalara bakıldığında Javanshir (2006) çalışması [71], Kartal ve arkadaşlarının (2008) Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumlarını etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında [31] ve İnkaya ve Karadağ (2011) çalışmalarında [33], hastaların medeni durumlarının diyabet tutumlarını etkilemediğini belirlemişlerdir [31, 33, 71]. Çalışmamızdaki bu sonuç, hemşirelerin hastaların diyabet tutumlarının değerlendirilmesi ve diyabet tutumlarının olumlu yönde geliştirilmesinde, hastaları aileleri ile birlikte ele almalarının önemini göstermektedir.

Diyabet komplikasyonlarının geciktirilmesi ya da ilerlemesinin önlenmesinde, etkili diyabet yönetiminin sağlanmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında başarılı bir diyabet eğitimi önemli bir unsurdur [6, 79]. Sağlık bakımı çalışanlarınca verilen eğitimin hastalarda davranış değişikliği oluşturmada etkili olduğu bilinmekle birlikte [74, 80]; hemşireler hem hasta eğitiminde, hem de davranış değişikliği oluşturulmasında oldukça önemli rol oynarlar [80]. Çalışmamızda TAT kullanan ve kullanmayan hastalarda diyabet eğitimi almış olanların diyabet tutum puan ortalamalarının eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu ancak farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Ayrıca TAT kullanan, kullanmayan ve alınan diyabet eğitimini yeterli bulanların diyabet tutumlarının pozitif yönde daha yüksek olduğu ve farkın yalnızca TAT kullanmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (çizelge 4.9). Çalışmamıza benzer şekilde, Sivrikaya (2006) Tip 2 diyabetiklere verilen planlı eğitimin diyabet tutumlarına etkisini araştırdığı çalışmasında, diyabet eğitimi alan hastaların diyabet tutumlarının pozitif yönde daha yüksek olduğunu belirlemiştir [76]. Mollaoğlu ve arkadaşlarının (2010) diyabet eğitim programının, diyabetik hastaların tutumlarına etkisini araştırdıkları çalışmalarında, diyabet eğitimi alan hastaların, diyabet tutum puan ortalamalarının eğitim almayanlara göre pozitif yönde daha yüksek olduğunu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamışlardır [6]. Bu sonuçlar doğrultusunda, diyabet bakım ekibi, özellikle hemşirelerin hastaların eğitim ihtiyaçlarını belirlemesi, hastaların olumsuz olan tutumların etkili eğitim programları ile değiştirilebilmesinde önemli rol ve sorumluluklarının olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Diabetes Mellitus'lu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumları ve diyabet tutumları ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan çalışmada aşağıda yer alan sonuçlar elde edilmiştir.

Hastaların TAT kullanımına ilişkin özellikleri: (Çizelge 4.3.)

Hastaların TAT kullanımına ilişkin özellikleri incelendiğinde,

Çalışmaya katılan hastaların %48,1'inin TAT kullandıkları ve bunların % 67,3'ünün sadece bitkisel uygulamalar kullandıkları bulunmuştur.

TAT kullanan hastaların %40,9 'unun komşuları/arkadaşları, %40,9 'unun televizyon/ gazete /internet gibi TAT bilgi kaynaklarının olduğu bulunmuştur.

TAT kullanan hastaların %94,9 'unun TAT' ı hastalığın ilerleyen dönemlerinde tedaviyle beraber kullandıkları ve kullanmaya devam ettikleri bulunmuştur.

Hastaların %90,5 'inin kullandıkları TAT' ı kan şekerlerini düşürmek / dengelemek için kullandıklarını ve %55,5 'inin bunları aktarlardan aldıkları bulunmuştur.

Hastaların %94,2'sinin kullandıkları TAT' ın etkisini bilmedikleri, %40,9'unun yararlı buldukları ve yararlı bulanların %63,3'ünün kan şekerinin dengeli olduğunu söyledikleri bulunmuştur.

Diyabetli Hastaların TAT kullanımını etkileyen faktörler: (Çizelge 4.4. ve Çizelge 4.5.)

Diyabetli hastaların TAT kullanımını etkileyen faktörler incelendiğinde;

41-60 yaş grubu hastalarda TAT kullanım durumu daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Sağlık hizmetlerine ulaşımının zor olduğunu söyleyen hastalarda TAT kullanım oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tip 2 diyabetli hastalarda TAT kullanımının daha fazla olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Diyabet süresi 6-10 yıl olanlarda TAT kullanım oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

TAT kullanan diyabetli hastaların HbA1c oranlarının kullanmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Diyabetli hastaların diyabet tutum ölçeği puanları :(Çizelge 4.7.)

Diyabetli hastaların diyabet tutum puan ortalamalarının 3'ten büyük olduğu ve tutumlarının pozitif yönde olduğu bulunmuştur.

Hastaların en yüksek puan ortalamaları ve dolayısıyla en güçlü pozitif tutumlarının özel eğitim gereksinimi alt grubunda olduğu; Tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubunda ise en düşük puan ortalamaları, negatif tutumlarının olduğu bulunmuştur.

TAT kullanan ve kullanmayan diyabetli hastaların diyabet tutumları arasında fark bulunmamıştır ($p > 0,05$)

TAT kullanan diyabetli hastaların diyabet tutumlarını etkileyen faktörler :(Çizelge 4.8. ,Çizelge 4.9.)

TAT kullanan diyabetli hastaların diyabet tutumlarını etkileyen faktörler incelendiğinde;

Hastaların medeni durumları incelendiğinde, evlilerde diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının bekarlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Diyabet hastalığı ve tedavisine yönelik eğitim alma durumu, alınan eğitimi yeterli bulma durumu yönünden incelendiğinde; hastaların diyabet tutumları arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

TAT kullanmayan diyabetli hastaların diyabet tutumlarını etkileyen faktörler:
(Çizelge 4.8. ve Çizelge 4.9.)

TAT kullanmayan diyabetli hastaların diyabet tutumlarını etkileyen faktörlere bakıldığında;

Diyabet hastalığı ve tedavisine yönelik eğitim alma durumu yönünden incelendiğinde; hastaların diyabet tutumları arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Aldıkları eğitimi yeterli bulan hastaların diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin hasta öykü formlarında TAT kullanımını sorgulanması, değerlendirmesi ve uygun danışmanlığı sağlaması,
- Hemşirelerin özellikle TAT kullanımı konusunda riskli grupları belirlemesi,
- Sağlık çalışanları, özellikle hemşirelerin diyabet konusunda eğitimlerini, bilgilerini güncellemesi ve bu doğrultuda hastaları doğru yönlendirebilmesi,
- TAT kullanımına bağlı istenmeyen durumları önlemek için hemşirelerin TAT konusunda bilgilerinin olması, konuyla ilgili kanıt düzeyi yüksek olan bilimsel çalışmaları takip etmesi ve önyargısız bir yaklaşımla hastaları değerlendirmesi,
- Hastaların diyabet bakım ve tedavisine yönelik pozitif tutumların desteklenmesi ve tutumların değiştirilmesinde alanınca uzman kişiler tarafından planlı eğitimler verilmesi,
- Araştırmanın daha geniş örneklem gruplarıyla çalışılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2013). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu (6.baskı). Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın,15-42.
2. International Diabetes Federation. (2013). *IDF Diabetes Atlas* (6.Baskı). Brussels.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011).Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No:816, 1-15.
4. Güven, T. (2007). Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Etkisinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı T.C.Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 18.
5. Oksel, E. ve Şişman, N.F. (2009). Diabetes Mellitus'lu Hastaların Kullandıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 25 (3), 27-36.
6. Mollaoğlu, M.,Tuncay, F., Fertelli, T.K., ve Çelik, Z. (2010). Diyabet Eğitim Programının Diyabetik Hastaların Tutumları Üzerinde Etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13), 96-105.
7. Birdee, G.S. and Yeh, G. (2010). Complementary and Alternative Medicine Therapies for Diabetes: A Clinical Review. *Clinical Diabetes*, 28(4),1547-1557.
8. Küçükğüçlü,Ö., Kızılcı,S., Mert, H., Uğur,Ö., Büyükkaya,D., ve Ünsal, E. (2012). Complementary and Alternative Medicine Use Among People With Diabetes in Turkey. *Western Journal of Nursing Research*, 34 (7), 902-916.
9. Kurt ,H., Keşkek, Ş.Ö., Çil,T. ve Çanataroğlu, A. (2013). Meme Kanseri Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 28 (1),10-15.
10. Lui ,C., Dower, J., Donald, M., and Coll, J. (2012). Patterns and Determinations of Complementary and Alternative Medicine Practitioner Use among Adults with Diabetes in Queensland, Australia. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, ID:659419,1-7.
11. Yeh, G., Eisenberg, D., Davis, R., and Phillips, R. (2002). Use of Complementary and Alternative Medicine Among Persons With Diabetes Mellitus:Result of a National Survey . *American Journal of Public Health*, 92(10),1648-1652.
12. Turan, N., Öztürk, A. ve Kaya, N. (2010). Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3(1),103-108.

13. Özata, M. (Editör). (2011). Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 531-599.
14. Gardner, D.G. and Shoback, D. (2013). Greenspan's (Lange) Temel ve Klinik Endokrinoloji (Çev. N. B. Tütüncü). Ankara: Güneş Tıp Kitap evi (Eserin orijinali 2011'de yayımlandı).
15. Diyabet Hemşireleri Derneği. (2011). Diyabet Eğitimcileri İçin Diyabet Ajandası. İstanbul: Eos Ajans Yayıncılık, 22 – 46.
16. American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 37(1),81-90.
17. Ulusal Diyabet Kongresi Kongresi Konsensus Grubu. (2013). Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. (3.baskı).İstanbul: Eos Yayıncılık, 17- 96.
18. Uğurlu, M., Üstü, Y. ve Artantaş, A. (2012). Diabetes Mellitus İçin Birinci Basamak Kullanımına Yönelik Kanıta Dayalı Bir Rehber Çalışması. *Ankara Medical Journal*, 12(3),140-144.
19. Dinççağ, N. (2011). Diabetes Mellitus Tanı ve Tedavisinde Güncel Durum. *İç Hastalıkları Dergisi*.18(4),181-223..
20. Keskin, Ö. ve Balcı, B. (2011). Diabetes Melitus ve Kardiyovasküler Komplikasyonlar. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*. 1(2),81-85.
21. European Society of Cardiology (ESC) and Eupopean Association fort he Study of Diabetes (EASD). (2013). ESC Guidelines on Diabetes, Pre-Diabetes and Cardiovascular Diseases in Collaboration with the EASD. *Europen Hearth Journal*. 34, 3035-3087.
22. Guyton, A. and Hall, J.(2013). Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji.(çev. B.Çağlayan Yeğen, İ.Alican,Z.Solakoğlu), (12.baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi,939-954.
23. American Diabetes Association. (2013). Standarts of Medical Care in Diabetes-2013. *Diabetes Care*. 36(1),11-66.
24. Yakupçelebioğlu, F. (2012). Diabetes Mellituslu Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumlarının Belirlenmesi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 20-61.
25. Karakurt, F., Çarlıoğlu, A., Kasapoğlu, B.,ve Gümüş, İ. (2009). Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanı ve Tedavisi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26,134-138.
26. American Diabetes Association. (2014). Standars of Medical Care in Diabetes-2014. *Diabetes Care*. 37(1),14-80..
27. Çıtlı, R., Günay, O., Elmalı,F. ve Öztürk, Y. (2010). Diyabetik Hastalarda Tıbbi ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 32(4), 253-364.

28. İnternet: National Center of Complementary and Alternative Medicine. (2013). Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fncam.nih.gov%2Fsites%2Fncam.nih.gov%2Ffiles%2FCAM_Basics_What_Are_CAIHA_07-15-2014.2. adresinden 15 Temmuz 2014'de alınmıştır.
29. Fabian, E.,Töscher, S.,Elmadfa, I., and Pieber, T.R. (2011). Use of Complementary and Alternative Medicine Supplements in Patients with Diabetes Mellitus. *Annals of Nutrition &Metabolism*, 58, 101-108.
30. Chang, H.A., Wallis,M., Tiralongo, E. and Wang, H.L. (2012). Decision-Making Related to Complementary and Alternative Medicine Use by People with Type 2 Diabetes: A Qualitative Study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3205-3215.
31. Kartal, A., Çağırğan, M.G., Tıgılı,H., Güngör,Y., Karakuş,N., ve Gelen M. (2008).Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım veTedaviye Yönelik Tutumları ve Tutumu Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(3), 223-230.
32. Yalçın, A.S. (2009). Psikoloji. (2.Baskı). Ankara: *Songür Eğitim Hizmetleri*, 255-256.
33. İnkaya-Vardar, B. ve Karadağ, E. (2011). Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalıkları ve Tedavilerine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörler. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 3(1), 1-8.
34. Tamayo,T., Rosenbauer,J., Wild,S.H., Spijkerman, A.M.W., Baan,C., Forouhi, N.G.,and Herder, C.(2014). Diabetes in Europe: An Update. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 103, 206-217.
35. Muslu-Karayağız, G. ve Öztürk, C. (2008). Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler ve Çocuklarda Kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51, 62-67.
36. Erdem, S. ve Ata-Eren, P. (2009). Tedavi Amacıyla Kullanılan Bitkiler ve Bitkisel Ürünlerin Yan Etkileri .*Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 66 (3),133-138.
37. Ceylan,S., Azal, Ö., Taşlıpınar, A., Türker, T., Açikel, C. H., ve Guleç, M. (2009). Complementary and alternative Medicine Use Among Turkish Diabetes Patients. *Complemantary Therapies in Medicine*, 17, 78-83.
38. Rice, B.İ. (2001). Mind-Body Interventions. *Diabetes Spectrum*, 14(4), 213-217.
39. Horasanlı, E., Usta, B. ve Yeşilay, A. (2008). Medikal Akupunktur. *Yeni Tıp Dergisi*, 25, 70 – 75.
40. Ayçeman, N. (2008). Anti-Aging İçin Manipulatif ve Beden Temelli Uygulamalar. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, 28, 230-233.

41. Vitale, A .(2007). "An Integrative Review of Reiki Touch Therapy Research. *Holistic Nursing Practise*, 21 (4),167-179.
42. Guthrie, D.W. and Gamble, M. (2001). Energy Therapies and Diabetes Mellitus. *Diabetes Spectrum*, 14 (3), 149-153.
43. Özcan, Ş. (1999). Diabetli Hastalarda Hastalığa Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 100-135.
44. Yıldırım-Kuzeyli, Y., Fadiloğlu, Ç. ve Uyar, M. (2006). Palyatif Kanser Bakımında Tamamlayıcı Tedaviler. *Ağrı Dergisi*, 18 (1) , 26-32.
45. İnternet: Seriff, M. (2013). Yoga for Health. Natioanl Institutes of Health U.S.Department of Health and Human Services. <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fnccam.nih.gov%2Fhealth%2Fyoga%2Fintroduction.htm&date=2014-09-14>, adresinden 14 Eylül 2014'de alınmıştır.
46. Aljasir, B., Bryson,M. and Al-shehri,B. (2010). Yoga Practice for the Management of Type II Diabetes Mellitus in Adults: A Systematic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 7(4), 399-408.
47. Wayne, P., Walsh, J.N., Taylo-Piliae, R.E., Wells, R.E., Papp, K.V., Donovan,N.J. and Yeh, N.Y. (2014). Effect of Tai Chi on Gognitive Performance in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analiysis. *Journal of American Geriatric Society*, 62(1), 25-39.
48. Wang, C., Collet, P,J. and Lau, J. (2004). The Effect of Tai Chi on Helath Outcomes in Patients With Chronic Conditions. *Archives of İnternal Medicine*, 164 (5), 493-501.
49. Bryd, R.C. (1988). Positive Therapeutic Effects of Intercessory Prayer in a Coronary Care Unit Population. *Southern Medical Journal*, 81 (7) , 826.
50. Hunt, W.C. (2013). Self-Care Management Strategies Among İndividuals Living With Type 2 Diabetes Mellitus: Nursing Interventions. *Nursing: Research and Reviews*, 3, 99-105.
51. Haas , L., Maryniuk, M., Beck, J., Coc, E.C., Duker, P. and Edwards, L. (2013). National Standarts For Diabetes Self- Management Education and Support. *Diabetes Care*, 36(1), 100-108.
52. Glaskow, R.E., Toobert ,D.J. and Gillette,C.D. (2001). Psychosocial Barriers to Diabetes Self-Management and Quality of Life. *Diabetes Spectrum*,14 (1), 33-41.

53. Khunti, K., Gray, L.J., Skinner, T., Carey, M.E., Realf, K., Dallosso, H., Fisher, H., Campbell, M., Heller, S., and Davies, M. (2012). Effectiveness of A Diabetes Education and Self- Management Programme (DESMOND) for Peoeple With Newly Diagnosed Type 2 Diabetes Mellitus:Three Year Follow –Up A Cluster Randomised Controlled Trial in Primary Care. *British Medical Journal*, 344, 1-12.
54. Ben-Arye, E., Schiff, E., Karkabi, K., Keshet, Y., and Lev, E. (2011). Exploring Association of Spiritual Perspectives with Complementary Medicine Use Among Patients with Type 2 Diabetes in İsrail. *Ethnicity & Health*, 16 (1), 1-10.
55. Surucu, H., Kızılcı, S. ve Uğur, Ö. (2013). Use of Complementary and Alternative Medicine Among Patients with Diabetes in Turkey: Systematic Review. *International Journal of Basic and Clinical Studies*, 2 (2), 16-30.
56. Rutebemberwa , E., Lubega, M., Katureebe, S., Oundo, A., Kiweewa, F. and Mukanga, D. (2013). Use of Traditional Medicine for the Treatment of Diabetes in Eastern Uganda: A Qualitative Exploration of Reasons for Choice. *Biomed Central İnternational Health and Human Right*, 13(1), 2-7.
57. Naja, F., Mousa, D., Alameddine, M., Shoaib, H., İtani, L and Mourad, Y. (2014). Prevalence and Correlate of Complementary and Alternative Medicine Use Among Diabetic Patients in Beirut, Lebanon: A Cross-Sectional Study. *Biomed Central Complemantary and Alternative Medicine*, 14, 185-196.
58. İnanç, N., Çiçek, B., Şahin,H., Bayat, M. ve Taşcı,S. (2007). Use of Herbs by the Patients in Kayseri, Turkey. *Pakistan Journal of Nutrition*, 6 (4), 310-312.
59. Ching, S., Zakaria, Z., Paimin,F. and Jalalian,M. (2013). Complemantary and Alternative Medicine Use amnog Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in the Primary Care Setting: A Cross-Sectional Study in Malaysia. *Biomed Central Complemantary and Alternative Medicine*, 13, 148-153.
60. Ogbera, A.O., Dada,O., Adeleye,F. and Jewo,P.I. (2010). Complemantary and Alternative Medicine Use in Diabetes Patient. *West African Journal of Medicine*, 29(3), 158-162.
61. Manya, K., Champion, B. and Dunning, T. (2012). The Use of Complementary and Alternative Medicine Among People Living with Diabetes in Sydney. *Biomed Central Complemantary and Alternative Medicine*, 12(2), 1-5.
62. Hasan, S., Loon, W., Ahmadi, K., Ahmed,S. and Bukhari,N. (2011). Reasons, Perceived Efficacy and Factors Associated with Complementary and Alternative Medicine Use Among Malaysian Patients with Diabetes Mellitus. *The British Journal of Diabetes & Vascular Disease*, 11(2), 92-98.

63. Khalaf, A. and Whitford ,D. (2010). The Use of Complementary and Alternative Medicine by Patients with Diabetes Mellitus in Bahrain: A Cross-Sectional Study. *Biomed Central Complementary and Alternative Medicine*, 10, 35-40.
64. Fan, P.E.M., Chan, M.F., Chan, Y.L. and Koh, S.L.S.(2013). Patterns of Complementary and Alternative Medicine Use Among A Group of Patients with Type 2 Diabetes Receiving Outpatients Care in Singapore. *International Journal of Nursing Practise*, 19(3), 44-55.
65. Chang, H., Wallis, M. and Tiralongo, E. (2011). Use of Complementary and Alternative Medicine among People with Type-2 Diabetes in Taiwan: A Cross Sectional Survey. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1-8.
66. Tan, M., Uzun, Ö. ve Akçay, F. (2004). Trens in Complementary and Alternative Medicine in Eastern Turkey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(5), 861-865.
67. Garrow, D. and Egede, L. (2006). National Paterns and Correlates of Complementary and Alternative Medicine Use in Adults with Diabetes. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(9), 895-902.
68. Huri, H., Lian,G., Hussain, S., Pendek, R. and Widodo, R.(2009). A Survey Amongst Complementary Alternative Medicine (CAM) Users with Type 2 Diabetes. *International Journal Diabetes & Metabolism*, 17, 9-15.
69. Yavuz, A. (2005). Diyabet Hastalarının Kullandığı Geleneksel Tedavi Yöntemlerinin Araştırılması. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, 17-32.
70. Mohamed-Ali, B. and Mahfouz, M. (2014). Herbal Medicine Use Among Patients with Type 2 Diabetes in North Sudan. *Annual Research Review in Biology*, 4(11), 1827- 1838.
71. Javanshir, M. (2006). Tip 1 ve Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Tutumlarının Değerlendirilmesi. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 50-84.
72. Brod, M., Alolga, S. and Meneghini, L.(2014). Barriers to Initiating Insulin in Type 2 Diabetes Patients: Development of A New Patient Education Tool to Adress Myths, Misconceptions and Clinical Realities. *Patients*, 7, 437-450.
73. Mayberry, L. and Osborn, C. (2012). Family Support, Medication Adherence and Glycemic Control Among Adults with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 35, 1239-1245.
74. Alele, F. and Ilesanmi, O. (2014). Knowledge and Attitude of a Semi Urban Community in the South-South Region of Nigeria towards Diabetes Mellitus. *American Journal of Public Health Research*. 2(3) 81-88.

75. Wang, H. and Yeh, M. (2011). Psychological Resistance to İnsülin Theraphy in Adults with Type 2 Diabetes: Mixed-Metod Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (4), 743-757.
76. Sivrikaya, S. (2006). Tip 2 Diyabetse Mellitus Hastalarına Verilen Planlı Eğitimin Hastaların Tutumlarına, İyilik Hallerine ve Metabolik Kontrol Değişkenlerine Etkisi. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 45-85.
77. Elbur, I., Althomali, A., Aljoaid, A. and Alshuqayni, M . (2014).Attitudes Towards and Adherence to Treatment: A Study among Diabetic Saudi Males, King Abdul Aziz Specialized Hospital, Taif, Saudi Arabia. *International Research Journal of Pharmacy*, 5 (4), 278-282.
78. Chang, H.Y, Wallis, M. and Tiralongo, E. (2007). Use of Complementary and Alternative Medicine among People Living with Diabetes: Literature Review. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4) ,307- 319.
79. Norris, S., Lau, J., Smith, J., Schmid, C. and Engelgau, M. (2002). Self-Management Education for Adults with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 25, 1159- 1171.
80. Iversen, M. (2005). Educational Needs, Metabollic Control and Self-Reported Quality of Life. *European Diabetes Nursing*, 2 (1), 11-16.
81. Jansiraninatarajan, N. (2013). Diabetic compliance: A qualitative study from the patient's perspective in developing countries. *Journal of Nursing and Health Science*, 4(1), 29-38.
82. Bahar, A. (2006). Diabetes Mellitus'lu Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1), 3-16.
83. American Diabetes Association. (2015). Standarts of Medical Care in Diabetes-2015. *Diabetes Care*. 38(1), 9.
84. Oftedal, B. (2014). Perceived Support from Family and Friends among Adults with Type 2 Diabetes. *European Diabetes Nursing*, 11(2), 43-48.
85. Tokaç, M. (2013). Geleneksel Tıbbı Akademik Yaklaşım: GETTAM. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 28, 82- 85.
86. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. (2.baskı). Ankara: Kuban Yayıncılık, 13-18

87. Çevik, K. (2013). Hemşirelikte Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi: Refleksoloji. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(2), 73-82.
88. Khorshid, L. ve Yapucu, Ü. (2005). Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (2) ,124-130.
89. Turan, N., Öztürk, A. ve Kaya, N. (2010). Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3(1), 94-96.
90. Hassan, A., Allam, A., Al Kindi, S., Abu Zeinah, G., Eziada, S. and Bashir, A. (2014). Knowledge, Attitudes and Practices of Oncology Nurses towards Complementary and Alternative Medicine for Cancer Care in Qatar. *Journal of Anesthesia and Clinical Research*, 5 (12), 481-482.
91. Topçu, S. (2009). Hemşirelik Uygulamaları ve Eğitiminde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6 (2), 5-9.
92. İnternet: Türk Hemşireler Derneği. Dünyada Diyabet Hemşireliği. http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.tdhd.org%2Fpdf%2Fdiyabet_hemsireligi_nedir.pdf&date=2015-03-25. adresinden 25 Mart 2015'de alınmıştır.
93. Sürücü, H. (2014). Diyabet Özyönetimi Eğitimi, Grup Temelli Eğitim ve Bireysel Eğitim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (1), 46- 51.
94. Araz, N., Taşdemir, H. ve Kılıç, S. (2012). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Tıp Dışı Alternatif ve Geleneksel Uygulamalar Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 241.
95. Fowler, S. and Newton, L. (2006). Complementary and Alternative Therapies: The Nurse's Role. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38(4), 1-4.
96. College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2005). *Complementary and Alternative Therapies*: Barrington, 3-7.
97. Perez, H., Palacio, L. and Fajardo, E. (2012). Complementary and Alternative Medicine: A New Professional Arena for Clinical Nurse Specialists and Health Educators. *Salud Uninorte. Barranquilla*, (28(1), 162-170.
98. Tan, A. and Mak, J. (2015). Complementary and Alternative Medicine in Diabetes (CALMIND)- A Prospective Study. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 12(1), 95-99.

EKLER

Ek-1. Ölçek Kullanımı İçin Ölçeğin Türkçe Geçerlik- Güvenirlik Çalışmasını Yapan
Sayın Doç. Dr. Şeyda Özcan İzin Yazısı

Sayın İlknur Kaynak,

Türkçe geçerlik güvenirliğini yaptığım Diyabet Tutum Ölçeği isimli anket formunu
çalışmanızda kullanabilirsiniz.

İlave bir sorunuz olursa yanıtlamaktan memnuniyet duyarım. Çalışmanızda başarılar dilerim.

12.05.2014



Doç. Dr. Şeyda Özcan

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Adres: Güzelbahçe sok. No: 20, 34365

Nisantasi-İstanbul

e-mail: sozcan@ku.edu.tr

Ek-2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : 20796219-E.Kurul -724.01

.../.../2013

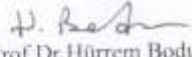
Konu:

T.C. GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı)
ANKARA

İlgi: 27.11.2013 tarih ve 5238-26335 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda adı geçen İlknur Kaynak'ın "Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının Diabetes Mellitus'lu hastaların bakımı ve tedaviye yönelik tutumlarına etkisinin belirlenmesi" konulu tez çalışmasının Hastanemiz Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniğinde yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.


 Prof. Dr. Hürrem Bodur
 Etik Kurul Başkanı

.../.../2013 T. Çırakoğlu

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Talatpaşa Bulvarı No:5. Altındağ/Ankara
Tel: 0 (312) 508 5174 fax (312) 5084938

İrtibat: Etik Kurul T.Çırakoğlu

Ek-3. Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı: 25901600/80
Konu: Toplantı Kararları

6./01/2014

Sayın *Yrd. Doç. Dr. Ülke Polat*
Proje Yürütücüsü

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun **23 Aralık 2013** tarihinde yapmış olduğu toplantı kararları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Cengiz Bekir DEMİREL
Dekan Yardımcısı

Ek- 3.(devam). Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara			
	TELEFON	0312 202 69 58			
	FAKS	0312 202 46 73			
	E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarının Diabetes Mellitus'lu Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutumlarına Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADU/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Ülkü POLAT			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	G.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket Çalışmaları – Hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırmalar –Yüksek Lisans Tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		13.12.2013	0.1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU		13.12.2013	0.1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BIYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐			
	DİĞER	☐			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 247				
	Toplantı tarihi: 23.12.2013				
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırma dosyasında belirtilen merkez/merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, G.Ü.Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.					

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik (13.04.2013), İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof.Dr.Canan ULUOĞLU					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım +	İmza	
Prof.Dr.Canan ULUOĞLU/ BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Uzm.Dr.Cemal GÜVERCİN/ BAŞKAN YARDI	Tıp Etiği	Y.mah. Prof.Dr. Yunus Müftü AÇS/AP Merk.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof.Dr.Gonca AKBULUT/ RAPORTÖR	Fizyoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof.Dr.Bülent BOYACI/ ÜYE	Kardiyoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof.Dr.Sefer AYCAN/ ÜYE	Halk Sağlığı A.D	G.Ü.T.F	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		

Ek- 3.(devam). Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı

Prof.Dr.Mehmet Akif ÖZTÜRK ÜYE	İç Hastalıkları A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Elvan İŞERİ ÜYE	Çocuk Psikiyatrisi A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Arzu BAKIRTAŞ ÜYE	Çocuk Sağlığı ve Hast.A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Nilüfer TURAN DURAL ÜYE	Farmakoloji A.D	G.Ü.E.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Hakan KAYIR ÜYE	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.A.T.A	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Mustafa ARSLAN ÜYE	Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Murat AKIN ÜYE	Genel Cerrahi A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Sercan AKSOY ÜYE	İç Hastalıkları AD.	H.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Av.Arzu BUZKIRAN KAYA ÜYE	Avukat	G.Ü.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Emine ŞEKER ÜYE	Sivil Temsilci	-	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Araştırma ile İlgili
** :Toplantıda Bulunma

Ek-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

“GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR”IÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: **Diabetes Mellitus’lu Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavileri Kullanma Durumları ve Diyabet Tutumları ile İlişkisi**

Sorumlu Araştırmacının Adı: **Yrd. Doç. Dr. Ülkü POLAT**

Diğer Araştırmacıların Adı: **İlknur KAYNAK**

Destekleyici (varsa):

Şeker Hastalığına Yönelik Aldığınız Standart Tedavi Dışındaki Yöntemlerin/ Uygulamaların Şeker Hastalığınıza Yönelik Tutumlarınızla İlişkisini belirlemeye yönelik bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde **“Şeker”** hastalığının görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, **Gazi Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalında, Yrd. Doç. Dr. Ülkü Polat** ‘ın sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

Ek-4. (devam). Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

- araştırmanın amacı,

Diabetes Mellitus'lu Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavileri Kullanma Durumları ve Diyabet Tutumları ile İlişkisinin belirlenmesidir.

- çalışmaya kaç kişinin alınmasının planlandığı (tek ya da çok merkezli ise belirtilmesi)

Bu çalışmanın Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniğine belirtilen tarihlerde diyabet eğitimi için başvuran hastalarla yapılacaktır. Araştırmanın en az 1 yıldır Diabetes Mellitus hastalığı olan, 20 yaş ve üzeri olan, işitme, anlama sorunu olmayan, en az ortaokul mezunu olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerle yapılması planlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz durumda sizinle yüz yüze görüşerek anket formu dolduracağız. Bu formun doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürecektir.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışmamızda herhangi bir risk yoktur.

Ek-4. (devam). Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Bu çalışma ile Şeker hastalığına yönelik aldığınız standart tedavi dışındaki yöntemlerin/ uygulamaların şeker hastalığınıza yönelik tutumlarınızla ilişkisini belirlemeyi amaçlamaktayız. Böylece diyabet hastalığı ve tedavisine uyumunuza yönelik doğru düşünce ve davranışlarınızın belirlenip desteklenmesinde ve yanlış olanların ise değiştirilmesinde yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmada araştırmacı kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI: Ülkü POLAT

GÖREVİ: YRD. DOÇ. DR Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

TELEFON:0530 965 90 31

ADI: İlknur KAYNAK

GÖREVİ: Hemşire (Ankara Numune Eğitim ve araştırma Hastanesi)/Gazi Üniversitesi Hemşirelik Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

TELEFON : 0530 942 46 57

Ek-4. (devam). Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

GÜTF İç Hastalıkları Anabilim dalında, Yüksek Lisan Öğrencisi İlknur KAYNAK tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

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

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte **İlknur KAYNAK (Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans Öğrencisi, (0530 942 46 57) ‘ten arayabileceğimi biliyorum. (Doktor ismi, telefon ve adres bilgileri mutlaka belirtilmelidir)**

Ek-4. (devam). Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Ek-5. Anket Formu

Diabetes Mellitus'lu Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavileri Kullanma Durumları ve Diyabet Tutumları ile İlişkisini Belirlemeye Yönelik Anket Formu

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

1.Cinsiyetiniz

1. ()Kadın

2. () Erkek

2.Yaşınız:.....

3. Medeni durumunuz nedir?

1. ()Evli

2. ()Bekar

4.Öğrenimdurumunuz nedir?

1. ()Ortaokul mezunu (8 yıl)

2. ()Lise mezunu

3. ()Ön lisans mezunu

4. ()Üniversite/yüksekokul mezunu

5.Çalışma durumunuz nedir?

1. ()Çalışıyorum

2. ()Çalışmıyorum

Ek-5. (devam). Anket Formu

6.Mesleğiniz nedir?

1. () Ev Hanımı
2. () Emekli
3. () İşçi
4. () Memur
5. () Serbest Meslek

7. Ekonomik durumunuz nasıldır ?

1. () İyi
2. () Orta
3. () Kötü

8.En uzun süredir yaşamakta olduğunuz yer neresidir?

1. () İl
2. () İlçe
3. () Köy-kasaba

9.Evde beraber yaşadığınız kişiler kimlerdir?

1. () Yalnız
2. () Eşim ve ben
3. () Eşim ve çocuklarımla beraber
4. () Anne ve babamla beraber

Ek-5. (devam). Anket Formu

10. Sürekli yaşadığınız yerde sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyor musunuz?

1. ()Evet

2. ()Hayır

HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

1.Diyabet tipi

1. ()Tip 1 Diyabet

2. ()Tip 2 Diyabet

2.Ne kadar süredir şeker hastasıınız?.....

3.Şeker Hastalığı Dışında Herhangi Bir Kronik Hastalığınız Var Mı?

1. ()Var

2. ()Yok

4.Var ise nelerdir?

.....

5.Şeker Hastalığınız İçin Aldığınız Tedaviler Nelerdir?(en son olan)

1. ()Sadece oral anti-diyabetik ilaçlar

2. ()Oral anti diyabetik ve diyet

3. ()İnsülin

4. ()İnsülin ve oral anti diyabetik

6.Ne Kadar Süredir Bu Tedavileri Kullanıyorsunuz?

.....

Ek-5. (devam). Anket Formu

7.Bu Zamana Kadar Şeker Hastalığınıza Bağlı Gelişen Sorunlar Oldu Mu?

1.() Evet

2.() Hayır

8.Cevabınız Evetse Nelerdir?

.....

9.Şeker Hastalığınız Konusunda Eğitimi Aldınız Mı?

1.() Evet

2.() Hayır

10.Aldıysanız Kimden Aldınız? Yeterli Oldu mu?

1.() Doktor Anlattı Evet() Hayır()

2.() Hemşire Anlattı Evet () Hayır()

3.() Diyetisyen Anlattı Evet() Hayır()

11.Kan Şekerinizi Düzenli Ölçtürür Müsünüz?

1.() Evet

2.() Hayır

DOSYADAN ALINACAK VERİLER

En Son HbA1c:

Ek-5. (devam). Anket Formu

TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMINA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1.Şeker hastalığınız için doktorunuzun önerdiği tedaviler dışında kullandığınız/duyduğunuz alternatif tedaviler var mı? Nelerdir?

.....

2.Bu tedaviyi kimden duydunuz ? Kim önerdi?

1.() Komşularım

2.() Akrabalarım

3.() Arkadaşlarım

4.() Televizyondan/Gazeteden/internetten

5.() Doktorumdan

6.() Diğer.....

3.Bu tedaviyi hastalığınızın hangi döneminde kullanmaya başladınız?

1.() Tanı konulduktan hemen sonra

2.() Hastalığınızın ilerleyen dönemlerinde tedaviyle beraber

3.() Diğer.....

4.Neden bu tedaviyi kullanma gereği duyuyorsunuz? Beklentileriniz nelerdir?

.....

5.Nereden alıyorsunuz/Nasıl ulaşıyorsunuz?

1.() Baharatçılardan/aktarlardan

2.() Eczanelerden

3.() Kendim topluyorum

4.() Televizyon, internetten sipariş verdim

Ek-5. (devam). Anket Formu

6.Bu tedavi ekonomik olarak size bir yük getiriyor mu?

1.() Evet

2.() Hayır

7.Bu tedavinin etkilerini biliyor musunuz?

1.() Evet

2.() Hayır

8.Bu tedaviyi kullanmaya başladığınızdan beri herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştınız mı?

1.() Evet

2.() Hayır

9.Cevabınız evetse bunlar nelerdir?

.....

10.Bu tedavinin yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?

1.() Evet

2.() Hayır

11.Cevabınız evetse size bunu düşündüren nedir?

.....

12.Temel tedaviyi bırakıp tamamen bu tedaviyi kullanmayı düşünür müsünüz?

1.() Evet

2.() Hayır

Ek-6. Diyabet Tutum Ölçeği

EX-11

DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda diyabetle ilgili çeşitli açıklamalar sıralanmıştır. Her cümle o konudaki düşüncenizin geneli ne olduğunu değerlendirmektedir. Her birey farklı cevaplar verebilir. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Bu nedenle her cümleye vereceğiniz yanıt o konudaki genel düşüncenizi anlatmalıdır. Herbir cümle için düşüncenizi anlatan sözcük ya da sözcük grubunun altındaki parantezi işaretleyiniz. Her bir cümleyi atlamadan cevaplarınız rica ediyoruz.

*** Not: Sağlık bakımı çalışanı terimi doktor, hemşire ve diyetisyenleri ifade etmektedir.**

Genelde düşüncem şudur:	Kesinlikle katılıyorum	Kata- lıyorum	Kararsızım	Kati- mıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Sağlık bakımı çalışanlarının etkili diyabet tedavisi uygulamak için özel bir eğitim almaları gerekir. ()	()	()	()	()	()
2. Diyabetli olma, bireyin yaşama bakışını değiştirir. ()	()	()	()	()	()
3. Diyabetli bireylere, kendi kendine bakım yöntemlerini nasıl seçmeleri ve yapmaları gerektiği öğretilmelidir. (Örneğin beslenme şekli, kan şekerini izleme biçimi, günlük insülin enjeksiyonu sayısı) ()	()	()	()	()	()
4. Diyabetli bireylerin yaşamlarındaki en önemli şey, diyabetlerini kontrol altına almaktır. ()	()	()	()	()	()
5. Yalnızca diyetle kontrol edilebilen diyabet oldukça hafif bir hastalıktır. ()	()	()	()	()	()
6. İnsüline bağımlı olmayan diyabet, insüline bağımlı diyabetten daha hafif bir hastalıktır. ()	()	()	()	()	()
7. Diyabetli birey, diyabet tedavisi ile ilgili olarak neler yapması gerektiğini belirlemelidir. ()	()	()	()	()	()
8. Bireylere diyabet bakımını öğreten hemşire ve diyetisyenlerin, kendilerinin de eğitim ve danışmanlık becerilerini öğrenmeleri önemlidir. ()	()	()	()	()	()
9. Diyabet bakımı hızlı bir değişim geçirdiği için, sağlık bakım çalışanlarına diyabet hakkında öğrenmeyi sürdürmeleri şartı getirilmelidir. ()	()	()	()	()	()
10. Kan şekeri kontrolü kötü olan diyabetli bireylerde, kan şekeri kontrolü iyi olan bireylere kıyasla diyabet komplikasyonlarının gelişme olasılığı daha fazladır. ()	()	()	()	()	()

Kaynak: Şeyda Özcan. Diabetes mellituslu hastaların hastalığa uyumlarının değerlendirilmesi. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1999.

Sayfa 1/3

Ek-6. (devam). Diyabet Tutum Ölçeği

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
11. Diyabet tedavisi moral bozucudur.	()	()	()	()	()
12. Diyabetleri yalnızca diyetle tedavi edilen bireylerin, diyabetin uzun dönem komplikasyonlarına yakalanma konusunda endişelenmelerine gerek yoktur.	()	()	()	()	()
13. Diyabetli bireyleri tedavi eden sağlık bakımı çalışanları, hastaları ile iyi iletişim kurmaları konusunda eğitilmelidir.	()	()	()	()	()
14. Diyabet, diyabetli bireyin yaşamının hemen hemen her anını etkiler.	()	()	()	()	()
15. Diyabetli birey işbirliği yapmaz ve önerilen tedaviye uymazsa sağlık bakımı çalışanlarının onlar için yapabileceği fazla bir şey yoktur.	()	()	()	()	()
16. Doktorlar, diyabet bakımı konusunda hastaları yeterince bilgilendirmek için, hemşire ve diyetisyenlerin yardımına gereksinim duyarlar.	()	()	()	()	()
17. Kan şekerinin iyi kontrolü, diyabetin uzun dönemdeki komplikasyonlarını azaltacaktır.	()	()	()	()	()
18. Diyabetin psikolojik etkisi oldukça azdır.	()	()	()	()	()
19. Önerilen diyabet tedavisini uygulamayan bireyler diyabetin kontrolüne ilişkin bakıma aslında önem vermemektedirler.	()	()	()	()	()
20. Doktorlar diyabetli bireyleri diyetlerinde yardımcı olması için bir diyetisyene göndermelidir.	()	()	()	()	()
21. Diyabet çok ciddi bir hastalıktır.	()	()	()	()	()
22. Hastalara diyabet komplikasyonlarından bahsetme, önerilen tedaviye uymaları konusunda onları ürktürecektir.	()	()	()	()	()
23. Doktorların, diyabetli hastayı tedavi etme					

Kaynak: Şeyda Özcan. Diabetes mellituslu hastaların hastalığa uyumlarının değerlendirilmesi. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1999.

Sayfa 2/3

Ek-6. (devam). Diyabet Tutum Ölçeği

konusunda hemşire ve diyetisyenlerin yardımına ihtiyaçları yoktur.	()	()	()	()	()
--	-----	-----	-----	-----	-----

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
24. Kan şekerini istenen düzeyde tutmak için uğraşmanın yararı yoktur, çünkü diyabetin komplikasyonları nasıl olsa ortaya çıkacaktır.	()	()	()	()	()
25. Diyabetli hastaların, kan şekerlerini kontrol altında tutmak için ne kadar çaba göstereceklerine karar verme hakları vardır.	()	()	()	()	()
26. Diyabet konusunda özel eğitimi olan hemşire ve diyetisyenler hastalara daha iyi bakım verirler.	()	()	()	()	()
27. Diabetik gençlerin ebeveynleri, çocuklarının kendilerine nasıl baktıkları ile yakından ilgilenmelidirler.	()	()	()	()	()
28. Diyabet eğitimcileri başarılı olmak için eğitimci olma konusunda çok şey öğrenmelidir.	()	()	()	()	()
29. Diyabet bakımı hakkındaki kararlar doktor tarafından verilmelidir.	()	()	()	()	()
30. Sağlık bakımı çalışanlarının diyabet eğitimi, yaşlılık diyabetini de kapsamalıdır.	()	()	()	()	()
31. Günlük diyabet bakımı konusunda önemli kararlar diyabetli birey tarafından verilmelidir.	()	()	()	()	()
32. Doktorlar diyabetli bireyi, hastalığını öğrenmesine yardımcı olması için eğitimci hemşireye göndermelidir.	()	()	()	()	()
33. Diyabetli birey kendi bakımında sorumluluk alabilmek için hastalığını çok iyi öğrenmelidir.	()	()	()	()	()
34. Kan şekerinin uzun bir süre yüksek olması ile uzun dönem diyabet komplikasyonlarının gelişmesi arasında ilişki vardır.	()	()	()	()	()

Kaynak: Şeyda Özcan. Diabetes mellituslu hastaların hastalığına uyumlarının değerlendirilmesi. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1999.

Sayfa 3/3

ÖZGEÇMİŞ**Kişisel Bilgiler**

Soyadı, adı : KAYNAK, İlknur
Uyruğu : T.C.
Doğum tarihi ve yeri : 20.10.1987 Ankara
Medeni hali : Bekar
Telefon : 0 (312) 380 47 80
e-posta : İlknur_kaynak_06@hotmail.com



Eğitim Derecesi Yılı	Okul/Program	Mezuniyet
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi/Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam ediyor
Lisans	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2010
Lise	Keçiören Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi	2005

İş Deneyimi, Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2011-devam ediyor	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Özel Servis	Sorumlu Hemşire
2010-2011	Özel Medicana Hastanesi, Transplantasyon Servisi	Hemşire

Yabancı Dili

İngilizce



GAZİ GELECEKTİR...