T.C.

ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

IRAK'TA DİYABETLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Hasanain Isam Mousa AL-ARAJI

Çankırı 2023

IRAK'TA DİYABETLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasanain Isam Mousa AL-ARAJI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi. Özlem BULANTEKİN DÜZALAN

Çankırı 2023

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 208210219 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Hasanain Isam Mousa AL-ARAJI , ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "Irak'ta Diyabetli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi : 28.02.2023

Tez Danışmanı:	**Dr. Öğr. Üyesi. Özlem BULANTEKIN DÜZALAN** **Çankırı Karatekin Üniversitesi**	**……** **İmza**
Jüri Üyesi:	**Dr. Öğr. Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK** **Çankırı Karatekin Üniversitesi**	**……** **İmza**
Jüri Üyesi:	**Dr. Öğr. Üyesi Filiz ÖZEL** **Kastamonu Üniversitesi**	**……** **İmza**

Yukarıdaki sonucu onaylarım
İmza

Doç. Dr. Nazan KAYTEZ
Enstitü Müdürü

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırlanan “Irak’ta Diyabetli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak yazılmıştır. Çalışmanın fikir ve hipotezi tümüyle tez danışmanıma ve şahsıma aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup tüm cümleler ve analiz değerlendirmeleri şahsıma aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza
28.02.2023
Hasanain Isam Mousa AL-ARAJI

ÖNSÖZ

Tez çalışma konumun belirlenmesinde, planlanmasında, araştırılmasında ve , yürütülmesinde ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi. Özlem BULANTEKİN DÜZALAN'a, çalışmam boyunca hep yanımda olan ve manevi desteklerini esirgemeyen annem, babam, kardeşlerim ve arkadaşlarıma saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY ..... **i**
ETİK BEYANNAMESİ ..... **ii**
ÖNSÖZ ..... **iii**
İÇİNDEKİLER ..... **iv**
KISALTMALAR VE SEMBOLLER ..... **v**
ÇİZELGELAR LİSTESİ ..... **vi**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **vii**
ÖZET ..... **viii**
SUMMARY ..... **ix**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Çalışmanın Amacı ve Önemi 3
1.2. Problemler 4
1.3. Sınırlılıklar 4
1.4. Varsayımlar 4
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1. Diyabet 5
2.2. Diyabetin Sınıflandırılması 5
2.3. Diyabet İnsidansı 8
2.4. Diyabet Tanı Yöntemleri 8
2.5. Diyabetin Komplikasyonları 10
2.5.1. Akut Metabolik Komplikasyonları 10
2.6. Diyabet Yönetimi 12
2.6.1. Beslenme 12
2.6.2. Egzersiz 14
2.6.3. İnsülin tedavisi 14
2.6.3.1. İnsülin enjeksiyonu 15
2.6.3.2. İnsülin pompası 15
2.7. Diyabette Yaşam Kalitesi 16
3. MATERYAL ve YÖNTEM **18**
3.1. Araştırmanın Tipi 18
3.2. Çalışma ortamı ve Örnekleme Prosedürü 18
3.3. Etik değer 19
3.4. Veri Toplama Araçları 19
3.4.1. Sosyo-Demografik Form 19
3.4.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF 20
3.5. Verilerin Analizi 20
4. BULGULAR **21**
4.1. Demografik Bulgulara İlişkin Değerlendirme 21
5. TARTIŞMA **28**
6. SONUÇ VE ÖNERİLER **32**
KAYNAKLAR **33**
EKLER **39**
ÖZGEÇMİŞ **46**

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

IDF : Uluslararası Diyabet Federasyonu

MENA : Orta Doğu ve Kuzey Afrika

HNKK : Hiperosmolar nonketotik koma

OGTT : Oral glukoz tolerans testi: Diyabet riski

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 4.1. Diyabet Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları 21
Çizelge 4.2. Diyabet hastalarının genel yaşam kalitesi hakkında verdikleri cevapların dağılım 23
Çizelge 4.3. Diyabet hastalarının genel sağlık kalitesi hakkında verdikleri cevapların dağılım 23
Çizelge 4.4. Diyabet hastalarının yakın arkadaş ilişkileri için toplumsal baskıya yönelik verdikleri cevapların dağılımı 24
Çizelge 4.5. Değişkenlere Yönelik Betimsel Analiz Sonuçları 24
Çizelge 4.6. Cinsiyet Değişkenine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 25

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 3.1. G- power analysis 19

ÖZET

AL-ARAJI ,Hasanain Isam Mousa IRAK'TA DİYABETLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans/ Tezi),

Çankırı, 2023

Giriş: Diyabet görülme sıklığı giderek artan kronik hastalıklardan biri olup; hastanın genel sağlığını ve yaşam kalitesini çeşitli şekillerde etkilemektedir.

Amaç: Bu çalışma, Tip 2 diyabet hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan araştırmanın örneklemini 150 hasta oluşturmuştur. Veriler Sosyo-demografik veri formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) ile yüz yüze toplanmıştır. Verilerin analizinde, sayı, yüzde, ortalama, t-testi, korelasyon ve ANOVA testleri kullanılmıştır.

Bulgular: WHOQOL-BREF toplam puan ortalaması 12.03±1,60 olarak bulundu. Cinsiyete göre; bedensel alan alt boyut puanı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek, bekar olanlarda sosyal alan ve ruhsal alt boyut puanlarının evli olanlara göre daha yüksek, çocuk sahibi olma durumuna göre çocuğu olmayanlarda sosyal alan alt boyut puanları çocuğu olanlara göre daha yüksek, memur ve serbest mesleği olanlara diğer meslek gruplarına göre sosyal alan alt boyut puanı hariç diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek, lise ve lisans mezunu olanlarda diğer eğitim durumlarına göre tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek, diyabet yaşı 1-5 yıl arasında olanların diğerlerine göre bedensel alt boyut ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek, birinci derecede yakınlarında diyabet varlığı olanlarda çevresel ve sosyal alt boyut ortalamalarının daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda hastaların yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Hastaların diyabete ilişkin öz bakım yönetiminin sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve klinik sonuçlarının iyileştirilmesine gereksinim olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik bakımı.

QUALITY OF LIFE IN DIABETES IN IRAQ

SUMMARY

AL-ARAJI ,Hasanain Isam Mousa , QUALITY OF LIFE IN DIABETES IN IRAQ

(Master/ Thesis),

Çankırı, 2023

Introduction: Diabetes is one of the chronic diseases with an increasing incidence; It affects the general health and quality of life of the patient in various ways.

Aim: This study was planned to evaluate the quality of life in patients with Type 2 diabetes.

Methodology: The sample of this cross-sectional and descriptive study consisted of 150 patients. Data were collected face-to-face with the Socio-demographic Data Form, World Health Organization Quality of Life Scale Short Form (WHOQOL-BREF). In the analysis of the data, number, percentage, mean, t-test, correlation and ANOVA tests were used.

Results: The mean WHOQOL-BREF total score was found to be 12.03±1.60. By gender; The physical domain sub-dimension score is higher in men than in women, the social and mental sub-dimension scores in singles are higher than those in married people, and the social domain sub-dimension scores in those who do not have children are higher than those who have children, civil servants and self-employed For those who have a profession, the mean scores for all sub-dimensions and total scores are higher for those who have a high school or bachelor's degree than for other occupational groups, except for the social area sub-dimension score, for those who have a high school or bachelor's degree, the mean scores for all sub-dimensions and total scores are higher, the age of diabetes is 1-5 years. It was found that the physical subscale and total score averages of those with between are higher, and the mean of environmental and social subscales of those with diabetes in their first degree relatives were lower and statistically significant ($p<0.05$).

Conclusion: In our study, it was observed that the quality of life of the patients was moderate. It was concluded that patients need diabetes self-management, prevention of complications and improvement of clinical outcomes.

Keywords: Diabetes, Quality of Life, Nursing Care.

1. GİRİŞ

Dünden bugüne önemli bir hastalık olan diyabet, dünya çapında artan bir insidans ile oldukça yaygın olmaya devam etmektedir. Diyabet hastalığı "tip 1", "tip 2" ve "gestasyonel diyabet" olmak üzere üç ana grupta sınıflandırılırmıştır (Eroğlu, 2019). Uluslararası Diyabet Federasyonu'na göre tip 2, tüm diyabet vakalarının %90'ından fazlasını oluşturmaktadır. Küresel olarak, diyabetli hasta sayısının 2030 yılına kadar 285 milyondan 439 milyona çıkması beklenmektedir. Tip 2 diyabet yaygın olan kardiyovasküler hastalık, koroner arter hastalığı, felç, periferik damar hastalığı, kardiyomiyopati ve konjestif kalp yetmezliğini içermektedir. Tip 2 diyabetin kronik komplikasyonları nedeniyle hastaneye yatışların %77'sinin kardiyovasküler hastalığa bağlı olduğu ve tip 2 diyabetli hastaların %75'inin akut miyokard enfarktüsü ve felç gibi makrovasküler olaylardan öldüğü tahmin edilmektedir (Öcal ve Önsöz, 2019). Diyabetin komplikasyonları, makrovasküler hastalığın yönetimi en büyük ve en erken olan olmakla birlikte, önemli maliyetlere neden olmaktadır. Dolayısıyla diyabet prevalansı arttıkça tıbbi bakım talebi artmaya devam edecektir (Eroğlu, 2019).

Beslenme düzenleri ve fiziksel aktivite düzeylerindeki değişikliklerin bir sonucu olarak, son on yılda birçok ülkede hastalığın prevalansı artmıştır. Bu bağlamda diyabet salgınının dinamikleri hızla değişmektedir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre son otuz yılda dünya, özellikle en hızlı büyümeye işaret eden düşük ve orta gelirli ülkelerde diyabet prevalansında sürekli bir artış yaşanmıştır (DSÖ, 2018). Tip 2'nin erken başlangıcı, potansiyel olarak yaşam tarzının modernizasyonu nedeniyle çocuklarda tanımlanmıştır. Böylece bir zamanlar, çocuklarda neredeyse hiç duyulmamış bir erişkin başlangıçlı hastalık, artan çocukluk çağı obezitesi oranları, özellikle belirli etnik gruplarda, pediatrik popülasyonda daha

yaygın hale getirmiştir (Hu, 2011). 2017 yılında dünya genelinde diyabet prevalansının, Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından sunulan yetişkin nüfusta %8,8 (425 milyon kişi) olduğu tahmin edilmektedir. IDF bölgeleri arasında, Orta Doğu ve Kuzey Afrika (MENA) bölgesi ikinci en yüksek diyabet oranına ve %9,2 prevalansa sahiptir. 2045 yılına kadar Ortadoğu ve Kuzey Afrika bölgesinde diyabet prevalansının %110 oranında artacağı ve 2045 yılında dünya genelinde 629 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2017).

Saha verilerine göre Ortadoğu ve Kuzey Afrika bölgesinde erişkin diyabet hastalarda (20-79 yaş) diyabete bağlı ölüm oranı %10,7'ye ulaşmıştır. Ayrıca ölümlerin %51.8'i 60 yaşın altındaki hastalarda diyabetten kaynaklanmaktadır. Ortadoğu ve Kuzey Afrika bölgesinde diyabet prevalansının yüksek olmasına rağmen, diyabetin ilerlemesi ve komplikasyonları ile ilgili veriler azdır ve diyabet için yapılan toplam küresel harcamanın sadece %2,9'u bölgeye yatırılmaktadır (Abusaib vd., 2020). Ortadoğu ve Kuzey Afrika ülkeleri içerisinde diyabet prevalansının yüksek olduğu ülkelerden biri de Irak'tır. DSÖ'ye göre yaklaşık 1,4 milyon Iraklı diyabet hastasıdır. Irak'ta rapor edilen Tip 2 diyabet prevalansı %8.5ile %13,9 arasında değişmektedir (DSÖ, 2018). Güney Irak'ın Basra şehrinde 5400'den fazla kişiyi kapsayan yerel bir araştırmada, 19 ila 94 yaş arasındaki deneklerde yaşa göre düzeltilmiş diyabet prevalansının%19,7 olduğunu bildirilmiştir (Mansour vd, 2014). Diyabetli hasta sayısındaki artış eğilimi, hastalık için daha iyi tedavi ve bakım ihtiyacına işaret etmektedir. Hastalığın tedavisinin ve ilişkili risk faktörlerinin oldukça karmaşık olması nedeniyle, önemli bir hasta eğitimi ve tıbbi izleme gerekmektedir (Redekop vd., 2002).

Tip 2 diyabet, hastanın genel sağlığını ve esenliğini çeşitli şekillerde etkileyen kronik bir hastalıktır. Örneğin, ciddi diyet kısıtlaması ve günlük kendi kendine oral ilaç veya insülin uygulaması, bireyin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini (HRQOL) olumsuz etkileyebilmektedir. Ek olarak, nefropati, nöropati, kalp hastalığı ve inme gibi diyabetin uzun vadeli komplikasyonları, sağlık üzerindeki önemli etkileriyle birlikte, yaşam kalitesi üzerinde de olumsuz bir etkiye sahip olabilmektedir.

Diyabetli çoğu insan, mükemmel ilaçların bulunmasına rağmen iyi bir glisemik kontrol sağlayamaz. Pek çok diyabet hastası, gereksiz yere hayatı tehdit eden diyabetik komplikasyonlardan muzdarip olma riski altındadır (Ağırman, Marangoz, Gencer, Arıca, & Zegerek, 2018). Diyabetik hastalığı, yüksek bir ölüm oranı ve kronik komplikasyonları nedeniyle hastaların yaşam kalitesinde önemli bir azalma ile ilişkilidir (Siersma ve diğerleri, 2017). Diyabetik hastaların sağlık davranışı inceledikleri çalışmalarında Hoerster ve arkadaşları (2019) sigara içmeme ve daha yüksek fiziksel aktivite düzeyi ile anlamlı olarak ilişkili olduğunu bulmuştur. Diyabetik hastaların yaşam kalitesi ve yeme alışkanlıkları, vejeteryan diyetini tip 2 diyabet tedavisinde kullanılan geleneksel diyetle karşılaştıran bir klinik deneyde incelenmiştir. Her iki diyetin de yaşam kalitesini ve ruh halini iyileştirdiği, ancak vejeteryan grubun daha fazla fayda sağladığı gösterildi ve bu diyet modelinin tip 2 diyabetli bireylerin sadece fiziksel değil zihinsel sağlığını da iyileştirebileceğini gösterdi (Hargreaves ve diğerleri, 2021). Bu çalışma ise Irak'ta diyabetik hastaların yaşam kalitesinin boyutlarını fiziksel sağlık, ruh sağlığı, hatta sosyal ve çevresel ilişkiler açısından ele almaktadır.

1.1. Çalışmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı, diyabetik hastaların yaşam kalitesinin boyutlarını fiziksel sağlık, ruh sağlığı, hatta sosyal ve çevresel ilişkiler açısından açıklamak ve araştırmaktır. Çalışma ayrıca diyabetli hastaların yaşam kalitesini cinsiyet, yaş ve diyabet süresi gibi birçok değişkene göre ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Günümüzün kültüründe diyabet ciddi bir küresel sağlık sorunudur. Diyabet, hastaların günlük yaşamları ve çalışma yetenekleri üzerinde önemli bir etkisi olan yaygın bir kronik tıbbi durumdur. Irak'ta diyabetle ilgili epidemiyolojik çalışmalar ve randomize kontrollü çalışmalar yetersizdir; bu nedenle, Irak'taki diyabet prevalansını ve Irak nüfusu için en etkili tedavileri tam olarak anlamak güçtür. Araştırmanın bu noktada Irak'taki diyabet prelevansının anlaşılmasına katkı sağlaması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Öte yandan araştırma sonuçlarının diyabetli bireyler

arasında yaşam kalitesi belirleyicilerinin daha fazla anlaşılmasına, bu popülasyon grubu için bu sonuçları iyileştirmede için özel ve hedefli müdahale stratejilerine rehberlik etmede önemli olduğu düşünülmektedir.

1.2. Problemler

- Diyabet hastalarında hastalığın tipi ile hastaların yaşam kalitesi düzeyleri arasında farklılık oluşturmakta mıdır?
- Diyabet hastalarının sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.3. Sınırlılıklar

Araştırma,

- Tip 2 diyabet için tıbbi kayıtları bulunan tip 2 diyabet hastaları,
- Irak'ın Diyala şehrinde bulunan Bakuba hastanesindeki tip 2 diyabet hastaları ile sınırlandırılmıştır.

1.4. Varsayımlar

Araştırmanın varsayımları aşağıda sıralanmaktadır;

- Araştırma yönteminin, temeldeki araştırma problemini ölçecek nitelikte olduğu varsayılmıştır.
- Araştırmaya katılan bireylerin, ölçme araçlarına verdikleri yanıtların gerçek düşüncelerini yansıttığı varsayılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabet

Diyabet, açlık veya tokluk hiperglisemi ile karakterize, karbonhidratların, proteinlerin ve yağların metabolizmasında bozukluklara yol açan, insülin sekresyonu veya insülin etkisinin bozulmasından kaynaklanan kronik bir hastalıktır. Her yıl görülme sıklığı artıyor. Akut veya kronik komplikasyonlar maliyetlidir. Bu nedenle hastalık ilk teşhisten sonra iyi tedavi edilmeli ve kontrol altına alınmalıdır. Diyabet tedavisinin temel amacı; Glisemik kontrolün sağlanması, akut ve kronik komplikasyonların önlenmesi ve hastanın yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir. Çocuklarda ve ergenlerde diyabet teşhisi, kan şekeri düzeylerinin ölçülmesi ve semptomların varlığı ile konur. Diyabetli çocuklarda çoğu hasta poliüri, polidipsi, polifaji ve kilo kaybı gibi klinik belirtilerle başvurur. Tuvalet bağımlısı bir çocukta idrar kaçırma ve polidipsi uyarı işaretleridir. Açıklanamayan sinsi yorgunluk ve kilo kaybı diyabeti düşündürmeli ve önce tokluk, ardından açlık glukozu ölçülmelidir. Ayrıca idrarda glukozüri olup olmadığına da bakılmalıdır. Semptomların süresi değişir, ancak genellikle bir aydan azdır. Uzun süreli ve şiddetli vakalarda Kussmaul'un nefesi ve nefeste aseton kokusu fark edilir. Klinik bulgulara ek olarak hiperglisemi, glukozüri ve ketonüri varlığında tanı konur (Kardaş, 2021).

2.2. Diyabetin Sınıflandırılması

İlk genel kabul görmüş diyabet sınıflandırması 1980 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanmış ve 1985 yılında güncellenmiştir. Amerikan Diyabet Derneği tarafından 2003 yılında yayınlanan bir kılavuza göre diyabet 4 klinik bölüme ayrılmıştır; (Ata, 2020)

- **Tip 1 Diyabet**

  Diyabet, çocuklarda en sık görülen kronik bir hastalıktır. Diğer uzun süreli hastalıklarla karşılaştırıldığında, diyabetin çocuklarda en yüksek riske sahip olduğu görülmüştür. Tip 1 diyabet, pankreatik beta hücrelerinin hasar görmesi veya ölmesi sonucu insülin eksikliğinin devam ettiği bir başlangıç dönemi ile karakterize olmuştur. Diyabetli kişilerin yaklaşık %5-10'unda tip 1 vardır. Artan idrara çıkma ve susama gibi tip 1 diyabet semptomları genellikle hızlı bir şekilde ortaya çıkmakta ve 30 yaşın altındaki kişilerde görülmektedir. Bu hastalar, kalan süre boyunca insülin enjeksiyonlarına ihtiyaç duymaktadır. Onların hayatları. tip 1 diyabet alma şansı; Tip 1 diyabetlilerde, anne, baba veya kardeşinde bu hastalığı olanlarda, çok sayıda akrabasında tip 2 diyabet olanlarda ve hastalığa yakalanan gebelerde daha yüksek oranlar görülmektedir.

- **Tip 2 Diyabet**

  İnsülin eksikliğinden ziyade hücresel düzeyde insülin kullanamama ile karakterize edilen bir formdur. Tip 2 diyabetli kişiler genellikle obezdir ve obezite, insülin direncinin önemli bir nedenidir. Obezitenin yanı sıra bel ve karın çevresindeki obezite, kriterlere göre obez veya fazla kilolu olmayan kişilerde diyabet gelişimi açısından ciddi bir risk oluşturmaktadır. Tip 2 diyabet genellikle 40 ve üzeri yaş grubunda görülmekle birlikte yaşam tarzı değişiklikleri nedeniyle başlangıç yaşı her geçen gün azalmakta ve genç erişkinlerde hatta çocuklarda da görülebilmektedir. Diğer bir gözlem ise yaş ilerledikçe insidansta artış görülmesidir. Tip 2 diyabet, rahatsız edici olmayan

karakteristik semptomlar, yıllarca fark edilmeyebilecek sinsi bir başlangıç şeklinde ilerlemektedir. Tip 2 diyabet ise tüm diyabet vakalarının %95'ini oluşturmaktadır.

- Gestasyonel diyabet

Gestasyonel diyabet, ilk olarak hamilelik sırasında ortaya çıkan veya hamilelik sırasında teşhis edilen bir glikoz tolerans bozukluğudur. Amerikan Diyabet Derneği, yılda yaklaşık 135000 kadın olan hamile kadınların %4'ünde GDM teşhisi konduğunu bildirmiştir. Ancak farklı firmalarda bu oran %1 ile %14 arasında değişmektedir.

- Farklı sebeplere bağlı olarak özel diyabet tipleri

Farklı tiplere bağlı sebepler ise şu şekilde sıralanabilir; (Ata, 2020)

- Beta hücre yapısındaki genetik defekt
- İnsülin etkisindeki genetik defektler
- Ekzokrin pankreas hastalıkları
- İlaç veya kimyasal nedenler
- Endokrinopatiler
- Enfeksiyonlar
- İmmün kaynaklı diyabet tipler
- Genetik sendromlarda diyabet

2.3. Diyabet İnsidansı

Tip 1 diyabet, her yaşta ortaya çıkabilen insüline bağımlı bir diyabet türüdür. Tüm diyabet vakalarının %20 – 25'ini oluşturur. Her yaşta görülebilen bir endokrin bozukluk olmasına rağmen çocukluk ve ergenlik döneminde daha sık görülür. Tip 1 diyabet insidansı yaşamın ilk 9 ayından itibaren kademeli olarak artar. Hastalığın ilk zirvesi, virüslere maruz kalmanın yaygın olduğu 5 – 7 yaşlarında, ikinci zirve ise, insülin ve büyüme hormonunun etkisini engelleyen gonadalsteroid hormonlarının olduğu 10 – 14 yaşlarında ortaya çıkar. Dünyada diyabetli 14 yaş altı 1,8 milyar çocuk var ve yaklaşık 440000 çocuk Tip 1 diyabet hastasıdır (Kardaş, 2021).

Geçmişte insüline bağımlı olmayan diabetes mellitus, yetişkin diyabeti veya tip II diyabet olarak da bilinen "tip 2 diyabet", diyabetin hastalığının en yaygın şeklidir ve tüm diyabet vakalarının %90'ından fazlasını oluşturmaktadır. Yetişkinlerin tip 2 diyabet geliştirme olasılığı çocuklardan daha fazla olduğu görülmektedir.

Tip 2 diyabet prevalansı genellikle obezite ve fiziksel aktivite eksikliği nedeniyle daha yüksek bir orana sahiptir. İnsülin direnci, hastalığın temel nedenidir ve bu, durumu geliştirmeye genetik olarak yatkın kişilerde yaşam tarzı seçimleri ile başlatılmaktadır. İnsülin direnci azalmaktadır. Tip 2 diyabet, dünyadaki nüfusun yüzde 5 ila 10'unu etkilemektedir. Tip 2 diyabet tipik olarak 40 yaş üstü kişilerde gelişir ve bu tip diyabetin görülme sıklığı yaşla birlikte artar. Bununla birlikte, çocuk ve ergenlerde tip 2 diyabet sıklığı artmaktadır (Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2020). Bu, yaşam tarzı ve günlük aktivitelerdeki değişikliklerin yanı sıra son yıllarda artan obezite prevalansına bağlanabilir.

2.4. Diyabet Tanı Yöntemleri

Tip 1 diyabet, semptomların varlığı veya yokluğu ve kan şekeri ölçümleri ile teşhis edilir. Teşhis sırasında çocuklar en sık diyabetesmellitusun klasik

semptomlarını gösterirler ve bazı durumlarda tanı, ölümcül olabilen ketoasidoz durumunda konur. Diyabet tanı yöntemleri şu şekilde açıklanabilir; (Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2020)

- Plazma glikoz seviyesini ölçmek için en yaygın kullanılan ve uygun maliyetli yöntem, en az 8 saatlik bir gecelik açlıktan sonra alınmaktadır. Açlık kan şekeri düzeyi 126 mg/dL ve üzerinde ise diyabet tanısı konulmaktadır.

- Oral glukoz tolerans testi: Diyabet riski yüksek kişilerde OGTT yapılması diyabet ve prediyabettanısı konmasında faydalıdır. Bunun için 75 gram glukozlu sıvı içirildikten 2 saat sonra kanglukoz düzeyinin 200 mg/dl veya üzerinde olması diyabet tanısını koydurur.

- Rastgele kan glukoz ölçümü: Diyabet semptomları (poliüri, polidipsi) varlığında rastgele birzamanda ölçülen plazma glukoz düzeyinin 200 mg/dL veya üzerinde olması da diyabet tanısıkoydurur.

- HbA1c: Genel olarak konuşursak, HbA1c eşikleri diyabet teşhisi için standart kriterler olarak kullanılır. Bu, son derece ciddi bir diyabet vakası olarak kabul edilen %6,5'in (48 mmol/mol) altında bir HbA1c'ye yol açar. HbA1c seviyesi bir gecede yüzde 6,5 düştü. HbA1c'nin açlkgetirmemesi, akut stres ve emosyonel rahatsızlığın deişkenlik göstermemesi vb. risk faktörleridir; Bununla birlikte, aşırı yüksek HbA1c seviyeleri, diyabet, hemoliz, hemoglobinopati ve anemi (birkaç isim) gibi diğer hastalık ve durumlarla ilişkilidir.

2.5. Diyabetin Komplikasyonları

Kan damarlarında (hem küçük hem de büyük) ve sinirlerde hasar, kontrolsüz diyabetten kaynaklanabilir. Diyabetik sonuçlar bu zararları içerir. Hem kısa vadeli hem de uzun vadeli sorunlar var. Kan şekerindeki artış ister hızlı ister kademeli olsun, şeker hastasının dokularında hasar meydana gelir. Kan şekeri seviyelerindeki hızlı dalgalanmalar, diyabetin akut sonuçlarına neden olur. Diyabet, biri kronik komplikasyonların gelişmesi olan önemli sonuçlara yol açabilir. Etkili diyabet yönetimi, uzun vadeli sorunların gelişimini geciktirebilir ve hatta önleyebilir (Javanshir, 2017).

2.5.1. Akut Metabolik Komplikasyonları

- *Hipoglisemi*

Hipoglisemi, normal şartlar altında ortalamada desilitre başına 70 miligram (mg / dL) veya litre başına 3, 9 milimol (mmol / L) seviyelerinin altında görülen bir açlık kan şekeri sonucu, hipoglisemi uyarısı olarak kabul edilmelidir. Tip 1 diyabetlilerin bu komplikasyonu yaşama olasılığı daha yüksektir. Beynin tek enerji kaynağı olan sürekli glikoz ihtiyacı nedeniyle aşırı düşük glikoz seviyeleri ölümcül olabilir. Hipoglisemik koma, şu anda oksijenden yoksun olan beyinde bilinç kaybına ve hasara neden olabilir. Hipoglisemiye çok fazla insülin veya hipoglisemik ilaç almak, yeterince yemek yememek veya çok fazla egzersiz yapmak neden olabilir. Hipoglisemi titreme, terleme, çarpıntı, huzursuzluk, baş dönmesi, açlık, dudaklarda ve dilde karıncalanma, solgunluk, konfüzyon, bitkinlik, esneme, koordinasyon bozukluğu, baş ağrısı, diplopi, davranış değişiklikleri, geveleyerek konuşma, sinirlilik, taşikardi, ve oryantasyon bozukluğu (Javanshir, 2017).

- *Diyabetik Ketoasidoz*

İnsülin hormonunun ciddi eksikliği nedeniyle vücut kendi yağlarını parçaladığında üretilen ketonlar, diyabetin potansiyel olarak ölümcül bir acil komplikasyonu olan diyabetik ketoasidoz gelişimine katkıda bulunur. Diyabetik ketoasidoz, Tip 1 diyabetiklerde daha yaygındır, ancak herhangi bir diyabetikte belirli koşullar altında gelişebilir. Mutlak veya bağıl insülin yetmezliği, ardından yükselen kan şekeri, sıvı kaybı ve artan kan asiditesi, diyabetik ketoasidozu karakterize eder; bu, acil müdahale gerektiren hayatı tehdit eden bir klinik hastalıktır. Vücut yeterli insülin üretemediğinde, diyabetik ketoasidoz oluşur. Kaslarınız ve diğer dokularınız için gerekli bir enerji kaynağı olan şeker, insülinin yardımı olmadan hücrelerinize giremez. Yeterince insülin almazsa, vücut enerji için depolanmış yağları kullanmaya başlar. Acil tıbbi müdahale olmaksızın, diyabetik ketoasidoz olarak bilinen bu durum, kan dolaşımında ketonlar olarak bilinen asitlerin birikmesinden gelişebilir (Ata, 2020).

- *Hiperosmolar Nonketotik Koma*

HNCK olarak da bilinen hiperosmolar ketotik olmayan koma, kişinin hayatı için önemli bir risk oluşturabilen ve anormal derecede yüksek kan şekeri veya glikoz seviyeleri ile karakterize edilen bir hastalıktır. HMNK'nin, insülin aktivitesinde azalmaya veya dehidrasyona yol açan herhangi bir durumdan kaynaklanması mümkündür. Kontrol altında olmayan veya teşhis edilmemiş diyabet bu durumun en yaygın nedenidir. HMNK bir hastalık veya enfeksiyon tarafından tetiklenebilir. HMNK, kişinin kan şekeri düzeylerini düzgün bir şekilde izleyememesi ve yönetememesinden de kaynaklanabilir. Kanda aşırı miktarda glikoz olduğunda, böbrekler bunun bir kısmını idrar yoluyla vücuttan dışarı atarak telafi etmeye çalışır. Kaybettiğiniz sıvı miktarını telafi edecek kadar içmezseniz kan şekeriniz yükselir.

Buna ek olarak, vücudunuzdaki kan konsantrasyonu artar. Bu, aşırı miktarda şekerli içecek tüketirseniz de olabilir. Hiperozmolarite bu duruma verilen addır. Aşırı derecede konsantre olan kan, bu organlardan biri olan beyin de dahil olmak üzere diğer organlardan su çekmeye başlar. Aşırı susama, idrara çıkma miktarında artış ve ateş olası belirtilerdir. Semptomlar hemen ortaya çıkmayabilir, ancak sonraki birkaç gün veya hafta içinde kademeli olarak kötüleşebilir. Tedavi, dehidrasyonun etkilerini tersine çevirmek veya tamamen önlemek ve ayrıca hastanın kan şekerini düzenlemekten oluşur. Tedaviye hemen başlandığında, daha iyi hissetmek genellikle sadece birkaç saat sürer. HNNK, ele alınmazsa, bazıları dehidratasyon, şok ve koma gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlara neden olabilir (Javanshir, 2017).

2.6. Diyabet Yönetimi

Diyabet tedavisinin amacı; kan şekeri seviyelerinin düzenlenmesini sağlamak, akut ve kronik komplikasyonları önlemek, varsa kronik komplikasyonların ilerlemesini durdurmak, çocuk ve ergenlerin fizyolojik büyüme ve gelişmesini sağlamak, enfeksiyon sıklığını ve şiddetini azaltmaktır. Diabetes mellituslu çocuk ve ergenleri tedavi etmenin temel amacı, kan şekeri düzeylerini hedef yaş aralığında tutmak, ayrıca hipoglisemi ve/veya hiperglisemininin önlenmesi, beslenme eğitimi, öğünlere insülin uyumu ve kan şekeri düzeylerinin ölçülmesi ve kayıtlarını tutmak ve çocuğun ve ailesinin ruh sağlığını korumaktır. Bu hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için yemek planlaması, egzersiz ve diyabet eğitimi gerektirir.(Javanshir, 2017)

2.6.1. Beslenme

Diabetik Mellitus tedavi planları, terapötik diyet müdahalesini içerebilir. Hastanın özel gereksinimleri dikkate alındığından, beslenme tedavisi genel tedavi stratejisinin ayrılmaz bir parçasıdır. Diyabet hastalarının yaklaşık %30'unun tek başına terapötik diyet tedavisi ile kan şekerini düzenleyebildiği söylenmektedir. Bu

doğrultuda diyabet için tedavi edici bir beslenme planı düzenlenirken; yaş, cinsiyet, çalışma koşulları, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi ve beslenme alışkanlıkları dikkate alınmaktadır. Bununla birlikte, terapötik bir diyetin ana hedefi kilo vermek olmalıdır. Bu nedenle hastanın beslenme planında enerji kısıtlaması uygulanmalı, sık ve yavaş öğünlerin önemi hastalara anlatılmalıdır (Dikici, Olgun ve Eren, 2021).

Terapötik beslenmede hastanın normal kilosu belirlenmeli ve hastanın zayıf mı yoksa şişman mı olduğuna karar verildikten sonra günlük toplam enerjisi hesaplanmalıdır. Şeker hastaları için günlük toplam enerjinin %50 ila %60'ının yüksek karbonhidrat karbonhidrat, %15 ila %20 protein ve %25 ila %30 yağdan oluşması gerektiğini belirtir. Bu doğrultuda terapötik diyet planı bir menüye dönüştürülmeli, hastaya enerji ve besin açısından değişiklik listeleri sunulmalı ve terapötik diyette gerekli değişiklikleri yapması gerektiği konusunda uyarılmalıdır. Diyabet komplikasyonları ile. Önerilen günlük enerjinin %65'i ana öğünlerle, %35'i ara öğünlerle tüketilmelidir. Yiyecekler üç ile beş saat aralıklarla tüketilmelidir (Dikici, Olgun, & Eren, 2021).

Diyabetin diyetle alınmasının gerektirdiği yüksek bir insülin yanıtı olmadığından, gün boyunca öğünleri bölmek önemlidir. Uzun süre aç kaldıktan sonra aşırı gıda alımından üretilen enerji ne kadar yüksekse, insülin yanıtındaki kusur o kadar belirgindir. Bu nedenle şeker hastalarında kan şekeri seviyelerinde büyük dalgalanmaları önlemek için kısa aralıklarla yemek yemeleri önerilir. Ancak insülin ve oral hipoglisemik ajanlar alan diyabetik hastalarda, tedavide kullanılan maddelerin başlangıç, pik ve etki süreleri dikkate alınarak gıda alımının düzenlenmesi yapılmalıdır.(Dikici, Olgun, & Eren, 2021)

Farklı yiyecekler bunu farklı oranlarda yapsa da, bir yemek, yutulduktan sonra kan şekerini yükseltir. Fasulye, nohut, mercimek, şarap, buğday, yulaf, tam tahıllı ekmek, elma, armut ve portakal, kan şekerinde keskin bir yükselmeye neden olmayan, glisemik indeksi düşük, yüksek hacimli yiyeceklere örnektir. Yine de beyaz ekmek, tahıllar, patates ve kuru meyveler gibi yiyeceklerin tümü yüksek glisemik indekslere sahiptir ve kan şekerini hızla yükseltebilir. Yüksek glisemik gıdalar kan

şekerini daha hızlı yükselttiğinden, terapötik olarak diyabetik diyete daha az dahil edilmelidir. Kaynak: (Kardaş & Gürol, 2022).

2.6.2. Egzersiz

Diyabet hastalarında günlük egzersiz, Diyabet tedavisinde ana adımlardan biri olarak kabul edilir. Bu doğrultuda ilgili çalışmalarda egzersizin diyabet regülasyonu üzerinde olumlu bir etkisi olduğu bulunmuştur. Epidemiyolojik çalışmalarda, hareketsizliğin bozulmuş glukoz toleransı geliştirme riskini arttırdığı bilinmektedir. Diyabette egzersizin uzun vadeli yararları, kan şekeri kontrolü, doku duyarlılığının artması, yüksek lipid düzeylerinin azalması, hafif ila orta dereceli hipertansiyonun iyileştirilmesi, kilo kaybının iyileştirilmesi, kardiyovasküler koordinasyonun iyileştirilmesi ve bu hatlar boyunca gelişmiş metabolik kontrol gibi görünmektedir. Diyabetli hastalar, bir egzersiz rejimine başlamadan önce kapsamlı bir fizik muayeneden ve gerekli laboratuvar testlerinden geçmelidir. Kalp hastalığı, yüksek tansiyon, göz hastalığı, böbrek hastalığı ve sinir sistemi bozukluklarının tümü bu fiziksel değerlendirme prosedürüyle tespit edilebilir. 30 yaş ve üzeri şeker hastalarına egzersiz programına başlamadan önce egzersiz tolerans testi önerilir (Kardaş & Gürol, 2022).

2.6.3. İnsülin tedavisi

Diyabet, insülin eksikliği ile karakterizedir. İnsülin tedavisinin temel amacı, pankreastan salınmayan insülini dış vücuda ileterek kan şekerini düzenlemektir. Şeker hastalarının tedavisinde kullanılan insülinlerle ilgili belirlenmiş bir protokol yoktur. İnsülin tedavisi, metabolik kontrolü sağlamak için çocuğun ve ailenin ihtiyaçlarına göre uyarlanır. Çocuk tedaviye katılacak yaştaysa, çocuk tedaviye dâhil edilmelidir. (Dikici, Olgun, & Eren, 2021)

İnsülin tedavisinin temel amacı, vücut tarafından üretilmeyen insülini yerine koymak ve fizyolojik durumu taklit etmektir. İnsülin tedavisi geleneksel ve yıkıcı olmak üzere iki şekilde gerçekleştirilir. Split-insülin tedavisinde kısa etkili veya

benzeri insülinler orta veya uzun etkili insülinlerle karıştırılarak sabah ve akşam olmak üzere günde iki kez uygulanır. Bu tip tedavinin dezavantajı, hiperglisemi ve hipogliseminin sık görülmesidir.(Dikici, Olgun, & Eren, 2021)

İnteraktif insülin tedavisinde; Günde 3 kez yemeklerden önce uygulanan kısa veya hızlı insülin ile bolus tedavisi ve günde bir veya iki kez uygulanan temel uzun süreli veya orta süreli insülin tedavisi ile kan şekeri seviyeleri normal sınırlar içinde tutulur. Bu tür bir tedavi, bir insülin pompası veya çoklu enjeksiyonlarla yapılabilir. Bugüne kadar en çok tercih edilen müdahale edici tedavi şeklidir. Bu tip tedavi fizyolojiyi iyi taklit ettiği ve komplikasyonları azalttığı önerilir (Ata, 2020).

2.6.3.1. İnsülin Enjeksiyonu

İnsülin preparatlarının emiliminin daha yavaş olduğu deri altı yağ dokusuna uygulandığı bir tedavi seçeneğidir. Hasta, günde 1 veya 2 ana doz insülin ve yemeklerden önce 3 doz analog olarak insülin subkutan olarak verilmektedir. Ancak gün boyunca verilen enjeksiyon sayısı kişinin diyet planına göre değişiklik gösterebilir. Ayrıca dozun doğru teknikle uygun bölgeye doğru uygulanması için enjeksiyon büyük önem taşımaktadır. Enjeksiyon deri altı dokusuna 45-90 derecelik bir açıyla deriyi doğru dozda sıkarak enjekte edilmelidir (Ata, 2020).

Çocuklarda ve ergenlerde en sık insülin enjeksiyon bölgeleri sırasıyla; Göbek, omuzların dış yüzeyi, uyluklar ve kalçalar. Yanlış enjeksiyon uygulamaları kan şekeri kontrolünde bozulmalara ve hipoglisemik ataklara neden olduğundan, günlük yaşamı etkileyen ve çocuklarda ve ergenlerde stresi artıran bir durum olduğundan, diyabetli çocuklar ve aileleri, enjeksiyonlarla ilgili temel bilgi ve pratik becerilere sahip olmalıdır. (Kardaş, 2021).

2.6.3.2. İnsülin Pompası

İnsülin pompaları, insülinin vücuda en yakın şekilde pankreastan uygun fizyolojik salınımını sağlamak için tasarlanmış cihazlardır. Tip 1 diyabet tedavisinde son 10 yılda kullanımı daha yaygın hale gelmiştir. Vücuda sürekli insülin salarak

insülin ihtiyacını azaltır ve sürekliliği ortadan kaldırarak hastaya daha esnek bir yaşam tarzı sağlama açısından birçok avantajı vardır. Gün boyunca insülin enjeksiyonları. Bu faydaların yanı sıra, yüksek maliyet, daha sık glikoz testi, hiperglisemi riski, teknolojiyi kullanmak için bilgi ve beceriye ihtiyaç duyulması gibi dezavantajlar da vardır. (Kardaş, 2021).

2.7. Diyabette Yaşam Kalitesi

Kronik hastalıklar genel olarak yavaş ilerleyen, düzenli ve sürekli tedavi gerektiren, kalıcı işlev bozukluklarına yol açabilen ve geri dönüşü olmayan kronik sağlık sorunları olarak tanımlanmaktadır. Çocuklukta başlayan kronik hastalıklar, doğumda veya çocuklukta herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir. Genellikle kişisel iyilik halini ifade eden yaşam kalitesi, bireylerin fiziksel, psikolojik ve psikolojik durumlarını, aile ve toplum içindeki ilişkilerini kapsayan bir kavramdır. Bu nedenle yaşam kalitesi, insanların iyilik ve sağlık algılarının değerlendirilmesinde önemli bir kavram haline gelmiştir (Kardaş, 2021).

Günümüzde en yaygın katillerden biri diyabettir. Bu sorunların görülme sıklığı ve sıklığı ne yazık ki her zaman artıyor. Diyabetle yaşamak kişinin sağlığını ve mutluluğunu büyük ölçüde azaltır. hastalık kontrolü; Bu, tıbbi tedavi ve hasta açısından yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı, iyi beslenme ve düzenli fiziksel egzersiz ile sağlanabilir (Uslu, Ünsal-Avdal, Tokem 2022).

Karmaşık ve uzun süreli diyabet, sürekli tıbbi müdahale ve önleyici tedbirler gerektirir. Diyabetin akut ve kronik sonuçları hem diyabetik hem de bakıcısının uygun eğitimi ve güncel yöntemlerin kullanılmasıyla azaltılabilir. Bu, hemşirelerin en fazla yükü omuzlaması gereken zamandır. Diyabet söz konusu olduğunda, hemşireler hastalık ve ilaç uyumu, yaşam tarzı değişikliği, hasta eğitimi ve daha fazlası dahil olmak üzere çeşitli prosedürlerde hayati bir rol oynar. En iyi şekilde hasta bakımı sağlamaları için değişen ve güncellenen diyabet konularına ve

uygulamalarında hakim olmaları böylece hasta bakım ve tanılamasında güncel bilgileri kullanması gerekmektedir. Özellikle davranış değişikliğini uygulamak hem yaşam kalitesi hem de refahı desteklemek adına önemlidir. Özellikle davranış değişiklikleri konusunda Dijital koçluk ve dijital öz-yönetim müdahaleleri, öz yönetim eğitimi ve desteği sağlamak için etkili yöntemler

Şeklinde önerilmektedir (Uslu, Ünsal-Avdal, Tokem 2022). Bu ortamda, sağlık ekibi ve özellikle hemşireler, diyabetli birey için en iyi ve en etkili tedaviyi verebilmek için en son bilgi ve yaklaşımlar konusunda bilgili olmalıdır. Unutulmaması gereken bir şey daha var ki, her bireyin diyabet teşhisi ve tedavisi, kendi kendine yönetim eğitimi, gıda alımı, ilaç kullanımı, GYA'ları ve komplikasyonları dahil olmak üzere, kendisi için özel olarak yapılandırılmış ve multidisipliner bir sağlık ekibi tarafından iş birliği içinde sürdürülen bir süreçtir. şeker hastası olan kişi ile. Bu süreçlerle hastaların yaşam kaliteleri daha da iyi bir düzeyde olmaktadır.

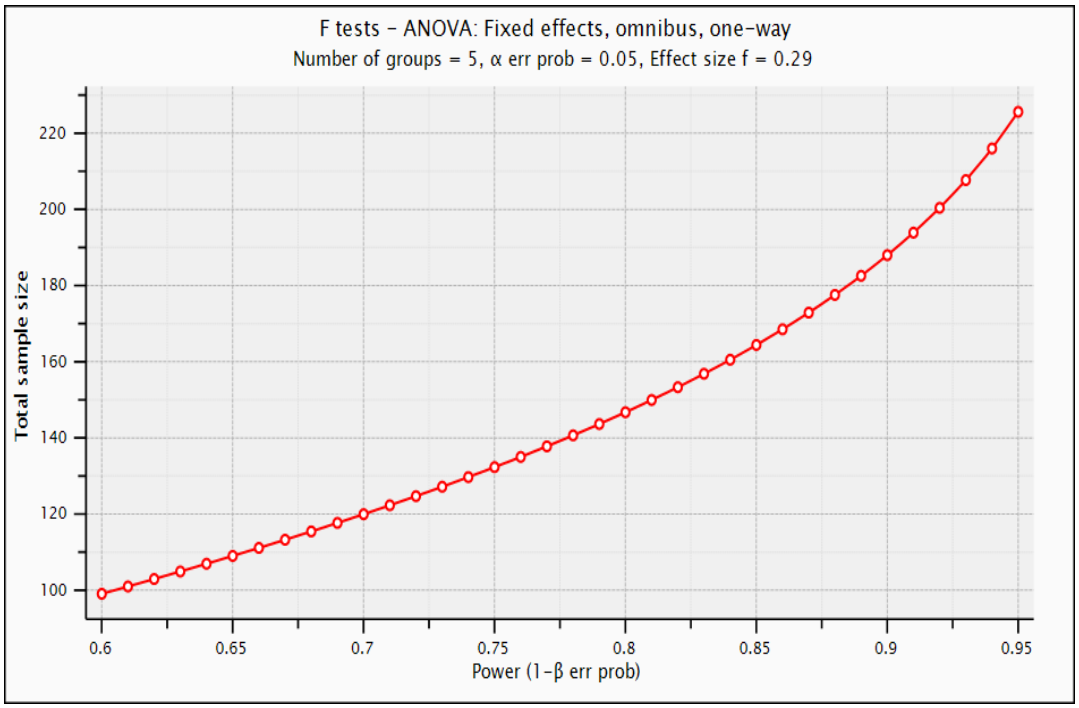
3. MATERYAL ve YÖNTEM

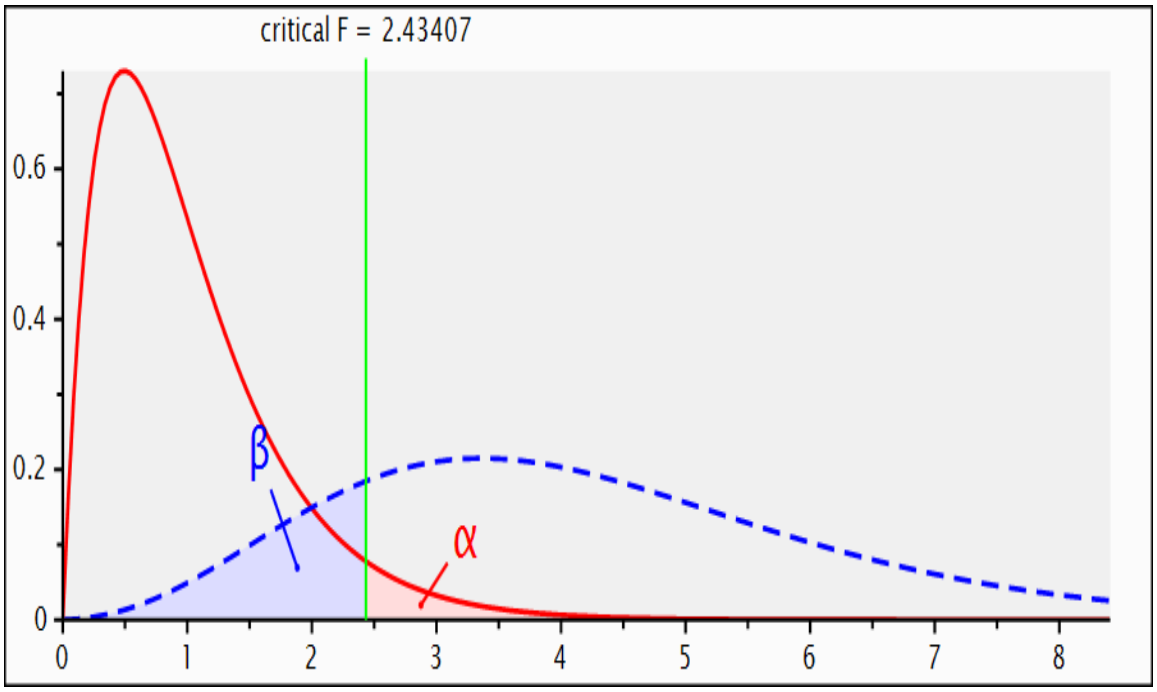
3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, diyabetik hastaların yaşam kalitesinin değerlendirmek amacıyla yapılmış tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Çalışma ortamı ve Örnekleme Prosedürü

Araştırmanın evrenini Irak'ın Diyala ilçesinde tip 2 diyabet için tıbbi kaydı olan hastalar oluşturdu. Bu çalışma, Irak'ın Diyala kentindeki Bakuba genel hastanesinde (150) diyabetik tip 2 diyabetik (73) erkek ve (77) kadın bireyden oluşmaktadır. Çalışmada örneklem büyüklüğünü hesaplamak için G-Power programı kullanılmıştır. 0.05'lik bir alfa hatası olasılığı, 0.80'lik bir güce dayalı olarak 150 olarak bulundu. (Şekil 3.1).





Şekil 3.1. G- power analysis

3.3. Etik değer

Araştırmacı çalışmanın amacını açıklamış ve öneri Ek 1'de gösterildiği gibi Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Kurulu tarafından kabul edilmiştir. Araştırma Irak Diyala'daki Bakuba genel hastanesinde yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Tip 2 diyabetli kişilerde yaşam kalitesini ölçmek için sosyodemografik veri formu ve WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği kısa form Arapça versiyonu veri toplama aracı olarak kullanıldı. Çalışma 01/02/2022 - 01/04/2022 tarihleri arasında Irak'ın Diyala kentindeki Bakuba genel hastanesinde gerçekleştirilecektir.

3.4.1. Sosyo-Demografik Form

Sosyodemografik veri formunda; Yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, medeni durum, aile bireylerinde diyabet varlığı, diyabet yaşı gibi bilgilere yer verildi.

3.4.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği DSÖ tarafından geliştirmiştir. Ölçeğin uzun (WHOQOL-100) ve kısa (WHOQOL-27) formu olmak üzere iki surumu vardır. Ölçek bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel iyilik hallerini ölçmekte ve 26 sorudan oluşmaktadır. Her bir alan, birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini ifade ettiği için, alan puanları 4- 20 arasında hesaplanmaktadır. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Ölçek bedensel, çevresel, ruhsal ve sosyal iyilik hallerini ölçmektedir. Ölçek Arapçaya Ohaeri&Awadalla tarafından 2009 yılında çevrilmiştir (Ohaeri&Awadalla, 2009).

3.5. Verilerin Analizi

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS 25.0 programı ile araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla istatistiksel veri analiz yöntemleri kullanılmıştır.

Diyabet hastalarının sosyo-demografik profili incelenmesinin ardından normal dağılıma uygun olup olmadığı yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutlarına yönelik betimsel analiz sonuçları incelenmiştir. Ortalama, yüzdelik hesaplamalar alındı. Kişisel bilgilerine göre değişkenlerin grup puanlarının farklılaşma durumu incelenirken normal dağılım varsayımını sağlayan değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında "bağımsız örneklem t testi" üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında "One way ANOVA" testi kullanılmıştır. Ulaşılan bütün sonuçlarda istatistiki anlamlılık $p<0,05$ seviyesinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bilgisayar ortamına aktarılan veriler, eksik/yanlış değerler ve aykırı değerler açısından kontrol edilmiş ve araştırmanın örneklemini, evren içerisinden basit tesadüfü yöntemle seçilen 150 diyabet hastasından oluşmuştur. Araştırmanın verileri, Yaşam Kalitesi anketinde yer alan ifadelerle birlikte kişisel bilgi formunun uygulanması ile elde edilmiş olup verilerin analizi bu bölümde yapılmıştır.

4.1. Demografik Bulgulara İlişkin Değerlendirme

Araştırmanın bu bölümünde ankete katılan diyabet hastalarının kişisel özelliklerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaş, gelir durumu, en uzun yaşanılan yer, ailede diyabet durumu, diyabet teşhis süresi, çocuk durumu, meslek durumu incelenmiş olup kişisel özelliklerine yönelik tanımlayıcı analizler yapılmış ve çizelgeler halinde sunulmuştur.

Çizelge 4.1. Diyabet Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

	Kişisel Özellikler	**f**	**%**
Cinsiyet Durumu	Erkek	73	48,7
	Kadın	77	51,3
Yaş Durumu	39-45	19	12,7
	46-50	31	20,7
	51-55	31	20,7
	56-60	17	11,3
	61-70	23	15,3
	70+	29	19,3
Eğitim Durumu	Okur- yazar değil	57	38,0
	İlkokul	50	34,7
	Ortaokul	30	22,0
	Lise	5	1,3
	Lisans	8	4,0

Gelir Durumu	Gelir giderden az	108	72,0
	Gelir gidere eşittir	39	26,0
	Gelir giderden fazla	3	2,0
Medeni Durum	Bekar	3	2,0
	Evli	147	98,0
Meslek Durumu	Ev hanımı	85	56,7
	Memur	44	29,3
	İşçi	1	,7
	Emekli	14	9,3
	Serbest Meslek	6	4,0
Çocuk Durumu	Hayır	5	3,3
	Evet	145	96,7
Yaşam Yeri Durumu	Köy/kasaba	93	62,0
	İlçe	42	28,0
	Şehir/Büyükşehir	15	10,0
Aile Üyelerinde Diyabet Durumu	Hayır	50	33,3
	Evet, birinci derece yakınım (anne, baba, kardeş)	100	66,7
Diyabet Farkındalık Süresi (yıl)	1-2	35	23,3
	3-5	27	18,0
	6-10	24	16,0
	11-15	14	9,3
	16-20	23	15,3
	21+	27	18,0
	Total	150	100,0

Çizelge 4.1'e göre diyabet hastalarının; %98,0'inin evli olduğu, %51,3'ünün kadın %48,7'sinin erkek, %20,7'sinin 46-55 ve 51-55 yaş aralığında, %38,0'inin okur-yazar olmadığı görülmüştür.

Katılımcıların gelir durumları incelendiğinde ise %72,0'sinin gelir giderden az, %56,7'sinin ev hanımı, %29,3'ünün memur olduğu, %96,7'sinin çocuk sahibi olduğu, %62,0'sinin köy/kasabada yaşadığı, %64,0'ünün birinci derece yakınında diyabet rahatsızlığı görüldüğü, %23,3'ünün 1-2 yıl öncesinde diyabet teşhisi konulduğu görülmüştür.

Çizelge 4.2. Diyabet hastalarının genel yaşam kalitesi hakkında verdikleri cevapların dağılım

	Hiç hoşnut değil		**Çok az hoşnut**		**Ne hoşnut, ne de değil**		**Epeyce hoşnut**		**Çok hoşnut**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
1 Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	5	3,3	44	29,3	90	60,0	10	6,7	1	,7

Diyabet hastalarının %60,0'ının yaşam kalitesinden ne hoşnut ne de değilken, %29,3'ünün yaşam kalitesinden çok az memnun olduğu bulundu.

Çizelge 4.3. Diyabet hastalarının genel sağlık kalitesi hakkında verdikleri cevapların dağılım

Ölçek	**Hiç hoşnut değil**		**Çok az hoşnut**		**Ne hoşnut, ne de değil**		**Çokça**		**Çok hoşnut**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	3	2,0	57	38,0	65	43,3	23	15,3	2	1,3

Diyabet hastalarının %43,3'ünün sağlık durumlarından ne hoşnut ne de değilken, %38,0'inin sağlık durumlarından çok az hoşnut olduğu bulundu.

Çizelge 4.4. Diyabet hastalarının yakın arkadaş ilişkileri için toplumsal baskıya yönelik verdikleri cevapların dağılımı

Ölçek	Hiç		Çok az		Orta derecede		Epeyce hoşnut		Aşırı derecede	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	,7	10	6,7	68	45,3	68	45,3	3	2,0

Diyabet hastalarının %45,3'ünün yaşantısında yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinde baskı ve kontrolle ilgili orta derecede zorluk yaşarken%45,3'ünün ilişkilerinden epeyce hoşnut olduğu bulundu

Çizelge 4.5. Yaşam Kalitesi Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları

Ölçek	n	Min.	Maks.	Ort.	SS
Yaşam Kalitesi	150	6,37	18,37	12,03	1,60
Bedensel Alan	150	4,00	17,71	10,82	2,67
Çevresel Alan	150	8,00	19,00	13,09	1,39
Sosyal Alan	150	4,00	18,67	12,76	1,94
Ruhsal Alan	150	4,00	17,40	11,41	0,68

Araştırmaya dâhil olan Diyabet hastalarının Yaşam Kalitesi toplam puan ortalaması; 12,03±1,60 bulundu. Alt boyutların puan ortalaması; bedensel alan 10,82±2,67; çevresel alan 13,09±1,39; sosyal alan 12,76, ±1,94; ruhsal alan toplam puan ortalaması; 11,41±0,68 olarak bulundu.

Çizelge 4.6. Sosyodemgrafik Değişkenlere Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	Bedensel X± SS	**Çevresel X± SS**	**Sosyal X± SS**	**Ruhsal X± SS**	**Toplam Puan X± SS**
Cinsiyet					
Erkek	11,46±2,61	13,14±1,55	12,80±1,93	11,97±2,12	12,30±1,66
Kadın	10,21±2,60	13,04±1,23	12,71±1,95	11,56±1,92	11,78±1,51
Test değeri	t=2,933 **p=0,004***	t=0,431 p=0,667	t=0,295 p=0,768	t=1,255 p=0,211	t=1,843 p=0,067
Yaş grupları					
39-45	12,78±1,62	13,66±1,86	13,33±1,78	13,70±1,81	13,04±1,38
46-50	12,29±2,02	12,97±1,40	13,08±1,35	12,77±1,68	12,58±1,16
51-55	12,15±2,46	13,60±1,56	12,90±2,44	12,54±2,23	12,84±1,85
56-60	10,22±1,77	13,24±1,08	13,25±1,91	11,53±1,24	11,92±0,83
61-70	9,04±1,95	12,76±1,19	12,29±1,88	11,28±1,52	11,25±1,02
70+	8,30±2,05	12,47±0,77	11,95±1,83	10,18±2,05	10,61±1,32
Test değeri	F=21,86 **p=0,00***	F=3,191 **p=0,009***	F=2,10 p=0,069	F=7,44 **p=0,000***	F=12,994 **p=0,000***
Medeni durum					
Bekar	11,62±4,33	13,00±2,60	15,56±1,54	14,22±2,14	13,09±2,91
Evli	10,80±2,65	13,09±1,37	12,70±1,91	11,71±2,00	12,01±1,57
Test değeri	t=0,523 p=0,602	t=0,109 p=0,91	t=2,57 **p=0,011***	t=2,15 **p=0,033***	t=1,216 p=0,226
Çocuk sahibi olma					
Evet	10,85±2,63	13,00±2,12	13,68±1,90	12,13±3,31	12,09±2,50
Hayır	9,94±4,01	13,09±1,37	14,93±1,98	11,75±1,98	12,03±1,58
Test değeri	t=0,745 p=0,457	t=0,141 p=0,888	t=0,605 p=0,110	t=0,418 p=0,676	t=0,153 p=0,879
Meslek					
Ev hanımı	9,98±2,50	12,90±1,20	12,67±1,84	11,29±1,80	11,60±1,41
Memur	12,60±2,06	13,65±1,26	13,00±1,80	12,62±2,00	12,96±1,46
Emekli	9,31±2,32	12,64±1,22	12,10±2,69	11,52±2,26	11,31±1,40
Serbest Meslek	12,90±2,03	12,71±3,13	13,52±2,23	12,57±2,59	12,85±2,34
Test değeri	F=15,96 **p=0,00***	F=4,73 **p=0,01***	F=1,19 p=0,314	F=5,02 **p=0,002***	F=9,664 **P=0,000***
Gelir durumu					
Gelir giderden az	10,93±2,33	13,12±1,15	12,49±1,49	11,67±1,67	12,02±1,37
Gelir gidere eşittir	10,40±3,48	13,13±1,78	12,61±2,70	12,00±2,75	12,09±2,11
Gelir giderden	12,19±1,75	11,50±3,12	11,11±1,77	11,78±3,29	11,65±2,46

fazla					
Test değeri	F=0,96 p=0,384	F=2,02 p=0,136	F=6,23 p=0,243	F=,371 p=0,690	F=0,131 p=0,877
Eğitim durumu					
Okur- yazar değil	9,28±2,43	12,68±1,20	12,54±2,06	10,99±1,95	11,23±1,41
İlkokul	11,68±2,06	13,32±1,15	12,64±1,41	12,03±1,54	12,40±1,20
Ortaokul	11,48±2,42	13,08±1,60	12,89±1,99	12,02±2,06	12,32±1,59
Lise	13,43±1,00	14,00±2,12	14,33±4,71	14,33±1,89	14,81±1,47
Lisans	14,76±3,89	14,75±2,14	14,22±2,88	14,41±2,78	14,95±2,49
Test değeri	F=6,941 p=0,000*	F=2,065 p=0,005*	F=4,324 p=0,002*	F=11,305 p=0,000*	F=8,854 p=0,000*
Diyabet yaşı (yıl)					
1-5	11,64±2,36	13,03±1,25	12,72±1,49	12,11±1,77	12,25±1,30
6-10	11,67±2,01	13,19±1,19	12,61±1,42	11,97±1,50	12,36±1,17
11-15	10,53±2,67	13,68±1,75	13,05±2,10	12,10±2,34	12,24±2,03
16-20	10,76±2,68	13,35±1,38	13,22±2,24	11,65±2,35	12,14±1,73
21+	8,66±2,41	12,59±1,19	12,59±2,68	10,72±1,97	11,00±1,58
Test değeri	F=5,707 p=0,000*	F=1,416 p=0,222	F=0,448 p=0,814	F=1,989 p=0,084	F=3,190 p=0,009*
Birinci derece yakınlarda diyabet varlığı					
Evet	11,50±1,60	11.84±3.35	11,60±1,72	11,90±1,99	11,77±1,59
Hayır	10,10±2,76	13,11±1,50	12,74±2,06	11,52±2,14	12,27±1,66
Test değeri	F=2,970 p=0,064	F=5,549 **p=0,005***	F=4,022 **p=0,002***	F=0,598 p=0,551	F=1,143 p=0,322

Çizelge 4.6'da Yaşam Kalitesi toplam ve alt boyutları sosyo demografik değişkenlere göre karşılaştırıldı. Cinsiyete göre; bedensel alan alt boyut puanı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek, bekâr olanlarda sosyal alan ve ruhsal alt boyut puanlarının evli olanlara göre daha yüksek, memur ve serbest mesleği olanlara diğer meslek gruplarına göre sosyal alan alt boyut puanı hariç diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek, lise ve lisans mezunu olanlarda diğer eğitim durumlarına göre tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek, diyabet yaşı 1-5 yıl arasında olanların diğerlerine göre bedensel alt boyut ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek, birinci derecede yakınlarında diyabet varlığı olanlarda çevresel ve sosyal alt boyut ortalamalarının daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$). Ayrıca yaş arttıkça sosyal alan alt boyutu hariç diğer alt boyut ve toplam puan ortalamalarının azaldığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Birçok insan günümüzde tedavisi uzun süre gerektiren kronik hastalıkla yaşamak zorunda kalmıştır. Bu hastalıklar insanların genel sağlık durumunu olumsuz etkileyip, yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu hastalıklardan biri de prevelansı giderek artan "Diabetes Mellitus"tur. Yaşam kalitesi tüm hastalıklarda hastalığın gidişatının önemli bir göstergesidir. Hastalığın tedavisinin yanında yaşam kalitesinin yükseltilmesi de önemli olmuştur.

Araştırmamızda diyabet hastalarının yaşam kalitesi incelenmiş ve alınan toplam puan ortalaması; 12,03±1,60 olup hastaların yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. (En düşük alt boyut ortalaması ruhsal alan 11,41±0,68 olurken, en fazla çevresel alan 13,09±1,39 olmuştur. Genel olarak çalışmamızdaki diyabet hastalarının yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Dikici ve ark. (2021). 95 tip 2 diyabetli hasta ile yaptığı, Akan'ın (2019) 317 Tip 2 diyabetli hasta yaşam kalitesini belirlemeye yönelik çalışmada hastaların yaşam kaliteleri puanlarının orta düzeyde olduğu bildirilmiştir. Bulgularımızın aksine Prasanna Kumar (2018) et. al, 200 diyabetli hastayla yaptıkları çalışmada, hastaların % 38'inin yaşam kalitesinin düşük düzeyde olduğunu bildirdi. Diyabetli bireylerde yaşam kalitesi birçok faktörden etkilenebilir. Bu nedenle de takip, tedavi ve eğitim programlarının sürdürülmesi bu nokta da çok önemlidir.

Diyabet yaşam kalitesini önemli derecede bozan hastalıklardan biridir. Hastalığın kendisi dışında birçok faktörde yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu faktörlerden biri de cinsiyet faktörüdür. Çalışmamızda erkeklerin tüm boyutlarda puanların yüksek olduğu bedensel alan alt boyut puanlarının da ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Akan'ın (2019) 317 Tip 2 diyabetli hasta ile yaptığı çalışmasında da kadınların bedensel alan alt boyut puanlarının erkeklere göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu belirtildi. Abadla et. al. (2022) diyabet hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesini belirlemek için yaptığı

çalışmasında da erkeklerin puanlarının kadınlara göre daha iyi ve anlamlı olduğunu belirtmiştir.

Yaş ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde ise, yaşın yaşam kalitesinin sosyal alan alt boyut hariç tüm alanlarında etkili olduğu saptanmıştır. Genç hastaların yaşlı hastalara göre, "bedensel, ruhsal, çevresel alt boyut ve yaşam kalitesi toplam puanlarının daha yüksek olduğu ve yaş ilerledikçe puanlarının düştüğü görülmüştür. Abadla et. al., (2022) 240 diyabetli hasta ile Dubai'de yaptığı çalışmasında, Mokhtari et. al., (2019) İran'da yapılan çalışmalarında, Akan'ın (2019) çalışmasında, ve Prajapati et. al., (2017) 250 Hindistanlı diyabet hasta ile yaptığı çalışmasında yaş arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının düştüğü görülmüştür. Çalışma bulgumuzun aksine Dikici ve ark. (2021) 95 tip 2 diyabetli hasta ile yaptığı çalışmasında yaş ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel anlamlılık bulunmadığı görülmüştür. Bu farklılığın örneklem grubumuzdaki hastalardan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Medeni durum ile yaşam kalitesi arasında bekâr olanların evli olanlara göre sosyal ve ruhsal alan alt boyut puanlarının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Akan'ın (2019) çalışmasında çalışmamızın aksine evli bireylerin bekârlara göre tüm yaşam kalitesi alt boyut puanlarının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtildi. Papazafiropoulou ve ark. (2015) Yunanistan'da tip 2 diyabetli hastalarda diyabete bağlı yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında diyabet hastalarının yaşam kalitesinin evli bireylerde daha iyi olduğunu belirtti. Olukotun et. al., (2022) çalışmalarında demografik faktörlerin diyabetik hastaların yaşam kalitesini farklı şekilde etkilediğini doğrulamaktadır. Bu nedenle de kültürler arasında evlilik kavramı farklı olarak değerlendirilebilir. Kimilerine göre insanların eşlerinden ve ailelerinden sosyal destek almaları yaşam kalitesi üzerine olumlu olarak yansıyabilir. Kimilerine göre ise ailelerin umursamaz, eleştirel yaklaşımları da stres kaynağı olup yaşam kalitesine olumsuz yansıyabilir. Bu gerçeğe dayanarak, çalışmamızdaki bu farklılığın kültürler arasındaki yapı kaynaklı

olduğunu bu nedenle de evli bireylerin belki de yeterince aile ve eşlerinden aldığı sosyal destek sistemlerinin iyi olmadığını düşünmekteyiz.

Mesleği memur ve serbest meslek olanların emekli ve ev hanımı olanlara göre yaşam kalitesi tüm alt boyut ve toplam puanları mesleği ev hanımı ve emekli olanlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sadece sosyal alt boyut puanlarında anlamlılık görülmemiştir. Akan'ın (2019) diyabetli hastalarda yaptığı yaşam kalitesi çalışmasında bir işte çalışanların çalışmayanlara göre yaşam kalitesi tüm alt boyutları yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Çalışma hayatını her ne kadar stresi olsa da, bir işle meşgul olmak, üretebilmek, katkı sunmak insanı pozitif anlamda mutlu etmektedir. Çalışmayan insanlar bu olumlu duyguları hissedemedikleri için yaşamlarının bir anlamı ve amacı olduğu duygusu daha az hissedilebilir. Bu duygu da yaşam kalitesini olumsuz algılamalarına sebep olabilir. Bu görüşten yola çıkarak çalışmamızdaki bulgunun temelindeki noktayı buna dayandırmaktayız.

Eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, eğitim durumunun yaşam kalitesinin tüm alanlarını etkilediği belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların yaşam kalitesi tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının arttığı ve anlamlı olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyi, bireyin yaşam kalitesinin önemli olgularından biridir. Akan (2019) ve John et. al, (2019) 153 Hindistanlı diyabetik hasta ile yaptığı araştırmalarında ve Prasanna-Kumar et. al., (2018) çalışmalarında eğitim düzeyi arttıkça hastaların yaşam kalitesinin de arttığı görülmüştür.

Hastalığın süresi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde ise, yaşam kalitesinin tüm alanlarının puanlarının azaldığı, bedensel alan alt boyut ve toplam puan ortalamalarında anlamlılık olduğu görülmüştür. ($p<0,05$). Hastalık süresi arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir. Akan (2019), Jing et. al., (2018) meta analiz çalışmalarında ve Prajapati et al. (2017) 250 Hindistanlı diyabetik hastada yaptığı çalışmasında diyabet yaşı arttıkça yaşam kalitesinin de azaldığını belirtmiştir. Hastalığın süresi uzadıkça diyabet kaynaklı

komplikasyonların artmasıyla beraber bireye maddi ve manevi yönden getirdiği ağır yüklerle birlikte yaşam kalitesi de düşmektedir.

Birinci dereceden yakınlarında hastalık varlığının sadece sosyal ve çevresel alt boyut alanına ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamalarını etkilediği, diğer alt boyutlara ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamalarını etkilemediği saptandı. Akan'ın (2019) çalışmasında da hastaların sosyal ve çevresel alt boyut puan ortalamalarının etkilendiği, Dikici et. al. (2021) çalışmasında da yine birinci dereceden yakınlarında hastalık olanlarda sağlık ve fonksiyonel, sosyal ve ekonomik durum alt boyutlarının etkilendiği görülmüştür.

Tüm bulgular genel olarak değerlendirildiğinde diyabetin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin araştırıldığı araştırmada nicel bulgulara dayalı olarak ulaşılan sonuçların literatürde bu kapsamda yapılmış diğer araştırma bulgularıyla büyük oranda tutarlı olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tip 2 diyabetli hastaların sosyodemografik veriler ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmamızda elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Tip 2 diyabetli hastaların "beden sağlığı" "psikolojik sağlık" "sosyal sağlık" ve "çevre sağlığı" alanlarına ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamaları orta düzeydedir. Genel olarak hastaların yaşam kalitesi orta düzeydedir.
- Yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi, bir mesleğe sahip olma durumu, diyabetin süresi gibi durumunun hastaların yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir.

Elde edilen bu bulgular doğrultusunda; Hastanın bireysel hastalık yönetiminde sosyodemografik özellikler yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Etkili ve sürdürülebilir bir hastalık yönetimiyle ve hastalığa yönelik bireysel faktörlerin kişiye özgü olarak değerlendirilmesi yaşam kalitesinin olumlu yönde artırılması adına katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

Abusaib, M., Ahmed, M., Nwayyir, H. A., Alidrisi, H. A., Al-Abbood, M., Al-Bayati, A., ... & Mansour, A. (2020). Iraqi experts consensus on the management of type 2 diabetes/prediabetes in adults. *Clinical Medicine Insights: Endocrinology and Diabetes*, *13*, 1179551420942232. doi: 10.1177/1179551420942232.

Ağırman, E., Marangoz, B., Gencer, M. z., Arıca, S., & Zegerek, K. (2018). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Oral Anti Diyabetik İlaçların HBA1c, Obezite ve Komplikasyonlar ile İlişkisi. Balıkesir Medical Journal, 93 - 101.

Akan G. (2019). Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumları İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Denizli.

Al-Abadla, Z., Elgzyri, T., & Moussa, M. (2022). The Effect of Diabetes on Health-Related Quality of Life in Emirati Patients. Dubai Diabetes and Endocrinology Journal, 28(1), 35-44.

Ali G, Mohammad A, Abasalt B, Faramarz S, Zahra S, Esmail Z. (2013). Quality of life in patients with type 2 diabetes: application of WHOQoL-BREF scale. Shiraz e-Med J. 14(3):162-171.

Ata, S. M. (2020). Diyabet Tanısı ile İzlenen Adölesanların Hipoglisemi Korkusu ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Okan Üniversitesi.

Dikici İ C, Olgun N, Eren Arpacı İ. (2021). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Pedigri Genetik Risk Analizi İle Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi.

Turkish Journal of Diabetes Nursing, Temmuz - Aralık Cilt 1 , Sayı 2: 1-5.

Dikici, İ. C., Olgun, N., & Eren, İ. A. (2021). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Pedigri Genetik Risk Analizi İle Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. Türk Diyabet Hemşireliği Dergisi, 1 - 5.

Dünya Sağlık Örgütü. (2018). *Diabetes*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes, (Erişim Tarihi:15.04.2022).

Eren, İ., Erdi, Ö., & Çivi, İ. (2021). Tip II diabetes mellitus hastalarında yaşam kalitesi ve komplikasyonların yaşam kalitesine etkisi. *Klinik Psikiyatri*, *7*(1), 85-94.

Eroğlu, N. (2019). Diyabetin Komplikasyonlarından Korunmak İçin Tanı, Tedavi ve İzlem. İKÇÜSBFD, 33 - 33.

. **Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C.** (2010).Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOLOLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi 21: 37-48.

Güneş, D. (2020). Birinci basamağa başvuran tip 2 diabetes mellitus olan hastalarda yaşam kalitesi ile umutsuzluk arasındaki ilişki (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Hargreaves, S. M., Raposo, A., Saraiva, A., & Zandonadi, R. P. (2021). Vegetarian diet: an overview through the perspective of quality of life domains. International journal of environmental research and public health, 18(8), 4067.

Hoerster, K. D., Campbell, S., Dolan, M., Stappenbeck, C. A., Yard, S., Simpson, T., & Nelson, K. M. (2019). PTSD is associated with poor health behavior and greater Body Mass Index through depression, increasing cardiovascular disease and diabetes risk among US veterans. Preventive Medicine Reports, 15, 100930.

Hu, F. B. (2011). Globalization of diabetes: the role of diet, lifestyle, and genes. *Diabetes care*, *34*(6), 1249-1257. https://doi.org/10.2337/dc11-0442

Javanshir, M. (2017). Oral Antidiyabetik Kullaan Tip 2 Diyabetli Bireylere Verilen Kendi Kendini İzleme Eğitiminin Diyabet Kontrolü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Doktara Tezi. İstanbul: İsanbul Üniversitesi.

Jing X, Chen J, Dong Y, Han D, Zhao H, Wang X, Gao F, Li C, Cui Z, Liu Y & Ma J. (2018). Related factors of quality of life of type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. Health and Quality of Life Outcomes volüme 16; 1-14.

John, R., Pise, S., Chaudhari, L., & Deshpande, P. R. (2019). Evaluation of quality of life in type 2 diabetes mellitus patients using quality of life instrument for indian diabetic patients: A cross-sectional study. *Journal of mid-life health*, *10*(2), 81. doi: 10.4103/jmh.JMH_32_18.

Kardaş, G. N. (2021). İnsülin Kalemi ve Pompası Kullanan Tip 1 Diyabet Hastası Çocuklarda Metabolik Kontrol ve Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi.

Kardaş, G. N., & Gürol, A. (2022). İnsülin Kalemi Ve İnsülin Pompası Kullanan Tip 1 Diyabet Hastası Çocuklarda Metabolik Kontrol Ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 65 - 71.

Koç, E. M., Başer, D. A., Özkara, A., Kahveci, R., Alsancak, A. D., Yaşar, İ., & Yılmaz, T. E. (). Diyabet Tanısıyla İzlenen Hastalarda Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi: Türkiye İçin Bir Pilot Çalışma. *Konuralp Medical Journal*, *7*(2), 76-82. https://dergipark.org.tr/en/pub/ktd/issue/10294/126272

Mansour, A. A., Al-Maliky, A. A., Kasem, B., Jabar, A., & Mosbeh, K. A. (2014). Prevalence of diagnosed and undiagnosed diabetes mellitus in adults aged 19 years and older in Basrah, Iraq. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, *7*, 139. doi: 10.2147/DMSO.S59652.

Ohaeri, J.U. and Awadalla A.W (2009). The reliability and validity of the short version of the WHO Quality of Life Instrument in an Arab general population. Ann Saudi Med, 29(2):98-104. https://doi.org/10.4103/0256-4947.51790.

Olukotun, O., Akinboboye, O., Williams, J. S., Ozieh, M., & Egede, L. E. (2022). Influences of demographic, social determinants, clinical, knowledge, and self-care factors on quality of life in adults with type 2 diabetes: black-white differences. Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, 9(4), 1172-1183.

Öcal, E. E., & Önsöz, M. F. (2019). Diyabet Hastalığının Ekonomik Yükü. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi, 24 - 31.

Prajapati, V. B., Blake, R., Acharya, L. D., & Seshadri, S. (2018). Assessment of quality of life in type II diabetic patients using the modified diabetes quality of life (MDQoL)-17 questionnaire. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, *53*.

Prasanna Kumar HR, Mahesh MG, Menon VB, Srinath KM, Shashidhara KC, Ashos P. (2108). Patient Self-reported quality of life assessment

in Type 2 diabetes mellitus: A pilot study, Niger J Clin Pract. 21(3): 343-349.

Redekop, W. K., Koopmanschap, M. A., Stolk, R. P., Rutten, G. E., Wolffenbuttel, B. H., & Niessen, L. W. (2002). Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes. *Diabetes care*, *25*(3), 458-463. https://doi.org/10.2337/diacare.25.3.458.

Siersma, V., Thorsen, H., Holstein, P. E., Kars, M., Apelqvist, J., Jude, E. B., ... & Schaper, N. C. (2017). Diabetic complications do not hamper improvement of health-related quality of life over the course of treatment of diabetic foot ulcers–the Eurodiale study. Journal of Diabetes and its Complications, 31(7), 1145-1151.

Türkiye Sağlık Bakanlığı. (2020). Türkiye Diyabet Programı. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Uluslararası Diyabet Federasyonu. (2017) Chapter 3. The global picture. In: *Diabetes Atlas*. 8th ed Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; https://idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html, (Erişim Tarihi:15.04.2022).

Uslu N, Ünsal-Avdal E, Tokem Y. (2022). Amerikan Diyabet Birliği (ADA) 2022 Diyabette Tıbbi Bakım Standartları, Türk Diyabet Hemşireliği Dergisi, Ocak-Haziran 2022, Cilt 2 Sayı 1, 22-31.

Yahyavi, S. K., Snorgaard, O., Knop, F. K., Schou, M., Lee, C., Selmer, C., ... & Nissen Bonde, A. (2021). Prediabetes defined by first measured HbA1c predicts higher cardiovascular risk compared with HbA1c in

the diabetes range: a cohort study of nationwide registries. Diabetes Care, 44(12), 2767-2774.

EKLER

Ek 1. Türkiye'den Etik kurul İzni

Ek 2. WHOQOL-BREF SHORT FORM ARABIC VERSION

Ek 1. Türkiye’den Etik kurul İzni

Ek 2. WHOQOL-BREF SHORT FORM Arapça Anketi

ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı : Hasanain Isam Mousa AL-ARAJI