T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DİYABET HASTALARININ KAN ŞEKERİ REGÜLASYON DURUMLARI ile EŞ UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

DR. İZZET AKIN TÜTÜNCÜLER

UZMANLIK TEZİ

İZMİR- 2017

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DİYABET HASTALARININ KAN ŞEKERİ REGÜLASYON DURUMLARI ile EŞ UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

DR. İZZET AKIN TÜTÜNCÜLER
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. NİLGÜN ÖZÇAKAR

Önsöz

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda çalışmaya başladığım ilk günden itibaren bana bilginin yanı sıra güç veren sayın hocalarım Prof. Dr. Nilgün Özçakar ve Prof. Dr. Mehtap Kartal'a teşekkür ediyorum. Eğitim ASM'lerin açılmaya ve yapılandırılmaya başladığı bir süreçte, tüm olumsuzluklara rağmen fakültemizin bu konuda en iyi konumda olması için emek veren, eğitim kalitemizin sürekli artması için çaba gösteren Prof. Dr. Dilek Güldal'a teşekkürlerimi sunarım. Çalışmamın planlanmasındaki yardımları ve hastaların yönlendirilmesindeki destekleri ve önerileri için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Bilim Dalı hocalarına ve tüm ekibe teşekkür ediyorum. Eğitimimde katkısı olan ve bilgilerini paylaşmaktan kaçınmayan, hekimlik mesleğinin inceliklerini gösteren tüm meslektaşlarıma teşekkür ediyorum.

Bu zorlu yolda, kendi yoğun çalışma temposuna rağmen beni hiç yalnız bırakmayan eşim Dr. Funda Kırtay Tütüncüler'e teşekkür ediyorum. Bugünlere gelmemde hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve her zaman destek olan, eğitici kimlikleri ve aydın görüşleri ile doğruları bulmamda bana ışık tutan, anne ve babama, eğitimim sırasında yaşadığım tüm zorluklara rağmen bana gülmeyi hatırlatan dostlarıma teşekkür ediyorum. Bu tezi bana verdiği sonsuz mutluluğa hatıra olarak biricik oğlum Alp Kemal'e armağan ediyorum.

Dr. İzzet Akın Tütüncüler

13–06– 2017

İÇİNDEKİLER **SAYFA**

TABLO LİSTESİ ..... **III**

KISALTMA LİSTESİ ..... **IV**

ÖZET VE ANAHTAR SÖZCÜKLER **1**

SUMMARY-KEYWORDS **2**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **3**

2. GENEL BİLGİLER **5**

2.1.Eş Uyumu Ne Anlama Gelir? 5

2.2Eş Uyumu Skorları Ölçüm Yöntemleri 6

2.3 Aile Danışmanlığı 9

2.4 Kronik Hastalıkların Eş Uyumuna Etkisi 11

2.5 Diyabetes Mellitusun Tanısı ve Epidemiyolojisi 14

2.6 Diyabette Kan Şekeri Regülasyonu ve Hedefler 19

2.7 Diyabetlinin Eş uyumundan etkilenebilecek Yaşam Tarzı Önerileri 22

3. YÖNTEM VE GEREÇ **24**

3.1. Araştırma Modeli 24

3.2. Araştırmanın Örneklemi 24

3.2.1. Araştırmaya dahil olma / dışlama kriterleri 24

3.3. Araştırmanın Uygulanması 25

3.4. Veri Toplama Araçları 25

3.4.1. Sosyodemografik anket formu 25

3.4.2. Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği 25

3.4.3.Çift Uyum Skalası (DAS) 25

4. BULGULAR **28**

5. TARTIŞMA **35**

6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....37

7.KAYNAKÇA 38

EKLER.....42

EK 1:VERİ KAYIT FORMU.....42

EK 2:BAŞHEKİMLİK İZNİ.....43

EK 3:ETİK KURUL ONAYI.....44

TABLO LİSTESİ

Tablo1: Diabetes MellitusVe Glukoz Metabolizmasının Diğer Bozukluklarında Tanı Kriterleri

Tablo2: Glisemik Kontrol Hedefleri

Tablo3: A1c'yi %1 Düşürmenin Komplikasyon Ve Ölüm Risklerini Azaltma Oranları

Tablo 4: Ada Kan Glukoz Düzeyi Ölçütleri

Tablo5: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo6: Cinsiyete Göre Das Skorları

Tablo 7: Olgu ve Kontrol Gruplarına Göre DAS Skorları

Tablo8: Eşte Kronik Hastalık Varlığına Göre DAS Puanları

Tablo9: Evlilik Öncesi Birbirini Tanıyor Olmak İle DAS Skorları Dağılımı

Tablo10: Yaşa Göre Kontrollerin Das Skorları Dağılımı

Tablo11: Yaşa Göre Olguların DAS Skorları

Tablo 12: Eğitim Durumuna Göre Olguların DAS Skorları

Tablo 13: Eğitim Durumuna Göre Kontrol Grubunun DAS Skorları

Tablo 14: Evlilik Süresine Göre Olgu Grubu DAS Skorları

Tablo 15: Evlilik Süresine Göre Kontrol Grubu DAS Skorları

Tablo16: Olguların Şeker Regülasyonuna Göre Das Skorları

KISALTMALAR

ADA: Amerikan Diyabet Birliği

ASAGEM: Aile Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü

AKŞ: Açlık Kan Şekeri

BGT: Bozulmuş Glukoz Toleransı

BAG: Bozulmuş Açlık Glukozu

CDC: Centers For Disease Control

ÇUÖ:Çiftler Uyum Ölçeği

DAS: DyadicAdjusmentScale

DEÜTFH: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

DM: Diabetes Mellitus

DPP: Diabetes Prevention Program

FDA: Food and Drug Administration

GDM: Gestasyonel Diyabetes Mellitus

HDL: High-Dansity Lipoproteins

IDF: İnternational Diabetes Federation

LDL: Low-Dansity Lipoproteins

KAH: Koroner Arter Hastalığı

Kg: Kilogram

M: Metre

MODY: Maturity Onset Diabetes of the Young

NHIS: National Health Interview Service

NHANES: National Health And Nutrition Examination Survey

NIDDM: Non-İnsülin DependentDiabetesMellitus

OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

PCOS: Polikistik Over Sendromu

PPG: Post Prandial Glisemi

SD: Standart Derivasyon

SPSS: Statistical Package For Social Sciences

TG: Trigliserid

TRIPOD: Troglitazone in thePrevention of Diabetes

TURDEP: Turkish Diabetes Epidemiology Study

ÖZET

DİYABET HASTALARININ KAN ŞEKERİ REGÜLASYON DURUMLARI ile EŞ UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. İzzet Akın Tütüncüler, DEÜTF, DEÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı / İzmir

Evlilik ilişkisi, evlilik doyumu, evlilik mutluluğu ve evlilik uyumu gibi kavramlar, pek çok araştırmaya temel oluşturmuştur. Evlilik uyumu, tatmin, mutluluk ve denge kavramları ile eş uyumlarıyla hasta bireyin kronik hastalığa uyumlarını belirlemeye yönelik araştırmalar vardır. Çalışmamız evlilik uyumu ve diyabetli hastanın kan şeker regülasyonu değerlendirmek üzere gözlemsel analitik kontrol gruplu çalışma olarak planlanmıştır. Sosyodemografik özelliklerden oluşan bir anket, Modifiye Moritsky İlaç Kullanım Ölçeği ve DAS (Dyadic Adjustmen tScale) uygulanmıştır.

Çalışmamıza129 (%47,7) Diabetes Mellitus (DM)ile 141DM olmayan (%52,3) olmak üzere toplam 270 birey alınmıştır. Katılımcılar arasında kadınlar çoğunlukta olup n:163(%60,3) çoğunluğu(38,51) üniversite mezunudur. Katılımcıların %27,4'ünün eşlerinde kronik hastalık vardı ve %72.96'sı evlilik öncesi birbirlerini tanıyorlardı. Olgu ve kontrol gurubu arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, eşte kronik hastalık varlığı, evlilik öncesi birbirini tanıma ve çocuk sahibi olma açısından anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$).

DAS ölçeğinden alınan puanlara bakıldığında kadınlar ve erkekler arasında fark vardı. ($p<0.05$). Katılımcılar arasında eşinde kronik hastalık olanların DAS skorları yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Evlilik öncesi birbirini tanıyor olanların DAS skorları yüksekti($p<0.05$).Çalışma grubunu oluşturanlar arasında DM olup HbA1c açısından regüle olanlar ve olmayanlar değerlendirilmiş, DAS skor ortalamaları kan şekeri düzeyleri istenen sınırlarda olanlar regüle olmayanlara göre yüksek bulunmuştur($p<0.05$).

Kan şekeri regülasyonu olmayan ya da tedaviye dirençli yahut uyumsuz diyabet hastasının ev hayatı aile ilişkileri özellikle de eş uyumunun da değerlendirilmesi sağlık hizmeti sunduğumuz bireyler için oldukça önem taşımaktadır. Tedaviye uyumu etkileyen faktörler üzerinde durulması, yaşam tarzı değişikliği için gereken desteğe ulaşıp ulaşamadığının sorgulanması birinci basamak hekimleri için önemlidir.

Anahtar kelimeler: Diyabetes Mellitus, Diyabet Kan şekeri Regülasyonu, Eş uyumu, Aile hekimliği.

ABSTRACT

RELATİONSHİP BETWEEN BLOOD GLUCOSE REGULATİON of DİABETİC PATİENTS and DYADİC ADJUSTMENT SCALES

Dr. İzzet Akın Tütüncüler, DEÜTF, DEÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı / İzmir

Concepts like marital relationship, dyadic satisfaction, marital happines ve marital adjustment are subject for a lot of researches. Treatment consistency of chronic patients is related with relationship happines, adjustment and satisfaction. There are some researches on this subject. Our study is designed as observational analitic study with control group to evaluate diabetic patients blood glucose regulation and its relationship with these patients dyadic adjustment. A survey which is composed of socio-demographical characteristics Modified Moritsky Drug Using Scale and DyadicAdjustmentScale are applied.

129 (%47,7) Diabetic and 141 Non-diabetic (%52,3) in total 270 attenders participated in our study. İn participants women were majority n:163(%60,3) and most of them was university graduate.% (38,51).

%27,4 percent of our participents had a chronically ill spouse. And %72.96 percent had known each other antenuptial. There wasnt a meaningfull difference among case and control groups in the matter of age, sex, education, having chronicaly ill spouse, antenuptial dating and having children.($p>0.05$).

When we evaluate the points which is taken in DAS scale between men and women there was a meaningfull difference ($p<0.05$). Among participents who had a chronically ill spouse had higher DAS scores($p<0.05$). Antenuptial dating had also a possitive effect on the DAS scores. ($p<0.05$). Diabetic participants were aveluated according to their HbA1c levels. Who had higher DAS scores had also lower HbA1c and so better blood sugar regulation. ($p<0.05$).

It’s also very important for us to evaluate our patients inner family harmony. Because it has a great effect on their treatment compliance. It’s important for primary care doctors to query life style changes and also patients inner family support status.

Key Words: Diyabetes Mellitus, Diyabet Blood Glucose Regulation, Dyadic Adjustment, Family Medicine.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Eş uyumu-evlilik uyumu*

Aile işlevselliği ve dinamikleriyle ilişkili etkenler hep merak konusu olmuştur. Bunun nedeni ailenin, toplumun fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığının gelişimi ve sürdürülmesi açısından en önemli unsur olmasıdır.Aile dışı ilişkilerde ve sosyal hayattaki uyumsuzluk, başarısızlık veya eksik işlevselliğin gerekçeleri olarak evlilik uyumunun sorgulanması ihtiyacı giderek daha fazla fark edilmiştir. Evlilik uyumu, hayatımızla ilişkili faktörlerin belirlenmesinde önem arz eder(1).

Evlilik uyumu yıllardır aile danışmanlığı yazınındaki anahtar değişken olsa da, kendine has tanımlar, kavramın somutlaştırılması ve terminolojideki göze çarpan belirsizlik nedeniyle terim kavramsal netliği olmadığı hususunda eleştirilmiştir. Örneğin evlilik uyumu "mevcut bir evliliğin mutluluğu veya başarısıyla ilişkili olduğuna inanılan çatışma, paylaşılan aktivitelerin miktarı gibi faktörlerin bileşimi" (Hoult, 1969, s. 192) veya "Sorunları çözme becerisi, uyum veya adaptasyon kapasitesi" (LeMasters, 1957, s.229) olarak tanımlanmıştır.(1)

*Genel olarak yurtdışı çalışmalarda evlilik uyumu kavramından ziyade “çift uyumu-eş uyumu ” kavramı kullanılmıştır. Bizim çalışmamızda kullandığımız “Çiftler Uyum Ölçeği” Türkçe geçerlik güvenirliği evli çiftler üzerinde yapılan çalışmayla kanıtlanmıştır. Dolyaısıyla bizim bu çalışmada eş veya çift kelimesi ile belitrriklerimiz ve çalışmanın katılımcıları evli bireylerden oluşmaktadır.

Diyabetes Mellitus

Diyabetes Mellitus (DM), insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat (KH), yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik bir metabolizma hastalığıdır. Hastalığın, akut komplikasyon riskini azaltmak ve uzun dönemde tedavisi pahalı ve kronik (retinal, renal, nöral, kardiyak ve vasküler) sekellerinden korunmak için sağlık çalışanları ve hastaların sürekli eğitimi şarttır (2,14).

Dünya Sağlık Örgütü, 2011 yılında yayımladığı Konsültasyon Raporu’nda, güvenilir bir yöntemin kullanılması ve uluslararası referans değerlerine göre düzenli olarak standardize edilmesi koşulu ile HBA1C’nin tanı testi olarak kullanılmasını önermiştir.

Türkiye Diyabet Programı 2015-2020 raporunda **Tanı Almış Hastaların Tedavisi ve Komplikasyonların Önlenmesi Amaç III.** maddesinde yapılması planlananlar arasında:

- Diyabetli hastalara ve yakınlarına verilecek eğitim programının standardizasyonunun sağlanması,
- Diyabetli hastalara ve yakınlarına verilecek eğitim programının yaygınlaştırılması,
- Diyabetli hastaların beslenme, fiziksel aktivite ve diyabet eğitimlerine erişiminin sağlanması,
- Diyabetli bireylerin diyabetin gerektirdiği şekilde beslenmelerinin sağlanması

vurgulanmıştır.Tüm bunlar diyabetin aynı zamanda yaşamın tüm anlarına yayılan bir tedavi gerektirdiğini göstermektedir (3).

Diyabet insidansının tüm dünyada arttığı açıktır. Toplumdaki sosyal değerler ekonomik değerler ve kültürel yapılanmanın getirdiği sorunlarla beraber aile kavramının üzerindeki sorunlar da artmıştır. Aile toplumun çekirdeği konumundadır, biyopsikososyal olarak hem hastalıklar hem de tedaviler açısından iç içe geçmiş yaşantıların birbirini olumlu ya da olumsuz etkileyebileceği kurumdur. Aile hekimliği ve aile hekimi bu kavramlarla sürekli içlı dışlıdır. Başta diyabet olmak üzere kanserler ve diğer kronik hastalıkların tedavisinde ve hastalık kontrolünde de eş uyumunun önemi çok açıktır.

İlaçlara uyum da kronik hastalıkların değerlendirilmesinde önemli birer etkendir. Hastanın ilaç uyumu bir yönden de hastalığını kabullenmesinin ve bu konuda olumlu adımlar atıldığından emin olmamızı sağlar.

Bu çalışmanın amacı olgu grubundaki Diyabet hastalarında eşler arasındaki **huzur-mutluluk-doyum** gibi kavramları ölçen **DAS** skorlamalarını hesaplayarak, bu skorların yükseklikleri ve düşüklükleri ile eş uyumu skorları arasında bir ilişki olup olmadığını saptamaktır. Dolayısıyla "Tedaviye Yanıtsız Diyabet Hastasının Tedavisinin Gözden Geçirilmesi Aşamalarından Birisi de Hastanın Aile İçi Dinamiklerinin Hekim Tarafından Sorgulanması mı olmalıdır? "Yaşam Tarzı Değişiklikleri Ne Ölçüde Uygulanabilir?","İlaçlarını Kullanmak İstemeyen Bir Hastada Aslında Aile Dinamiklerinde Problem Var Mıdır?" gibi soruların aile hekimi tarafından yöneltilmesinin önemine değinmek istedim.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Eş Uyumu- Evlilik Uyumu Ne Anlama Gelir?

Eş Uyumu, evlilik ilişkisi, evlilik doyumu ve evlilik uyumu gibi kavramlar, pek çok araştırmaya temel oluşturmuştur. Pek çok bilim adamı da konuya ilgi duymaktadır. Farklı uzmanlık alanları çerçevesinde bu kavramları temel alan çok sayıda araştırma yapılmaktadır. Sokolski, Hendrick (1999) evlilik doyumunu evlilik kurumunun içinde varlığını sürdüren çevresel (eşlerin, kararlarda eşitliği, baskınlığı, kazanç, çalışma problemleri, paylaşma vs.) ve kişisel (eşlerin birbirlerine gösterdiği sevgi tarzı tutumu, cinsel doyum, iletişim biçimi, kendilerini ifade edebilmeleri gibi) boyutlardan eşlerin elde ettiği psikolojik tatmin olarak tanımlamaktadır. Heyman, Sayers ve Bellack (1994) evlilik doyumunu eşler arasındaki ilişkinin uyumu, kalitesi, ilişkiden aldıkları mutluluk ve bu kavramların bir ahenk içinde ilişkide devam etmesi olarak açıklamaktadır (4).

Sosyal bilimciler tarafından bir evliliğin nasıl iyi bir şekilde işlev göreceği ile ilgili birçok terim kullanılmıştır. Genel olarak evlilik iki basit şekilde değerlendirilir:

İlk terim evliliğin iptali, boşanma, aynlık, terk etme gibi konulan içeren evlilik sürekliliği kavramıdır. Sürekliliği olan bir evlilik eşlerden birinin doğal ölümü ile sonlanır. İstikrarsız bir evlilik eşlerden birinin ya da her ikisinin isteği ile sonlandınlır.

Diğer bir terim ise, eğer evlilik devam ediyorsa evlilik kalitesi kavramıdır. Bu kavram evlilik süresince evlilik ilişkisinin nasıl olduğu, eşlerin bu konuda ne hissettiği ve bu durumdan nasıl etkilendiği ile doğrudan ilişkilidir. Eş uyumu kavramı evlilik ilişkisinin kalitesini tanımlamak için kullanılan kavramdır (5).

Kızıloğlu (1992)'nun da ifade ettiği gibi, evlilik uyumu hem aile hem de aile dışı ilişkilerin belirleyicisi olması nedeniyle, incelenmesi gereken önemli bir değişkendir. LaScala (1987), evlilikte uyumu, eşlerin birbirlerine ve evliliğin bütünlüğüne uyum sağlayacak şekilde değişiklikleri özümsemeleri olarak tanımlamıştır. Sabatelli (1988)'e göre uyumlu evlilik, eşlerin birbirleri ile iletişim kurabildiği, evliliğin önemli alanlarında fazla anlaşmazlık yaşanmadığı, anlaşmazlıkların her ikisini de memnun edecek şekilde çözümlendiği evliliktir (6).

Evliliğin niteliğini değerlendiren çalışmalarda sıklıkla çift uyumunu değerlendiren ölçekler kullanılmaktadır. Tüm bu kavramların nasıl tanımlanacağı ya da nasıl ölçüleceği

konusunda henüz bir fikir birliği olmaması nedeniyle, bazı araştırmacılar nasıl adlandınlırsa adlandırılsın ya da nasıl ölçülürse ölçülsün, bu kavramların içeriklerinin benzer olduğu ve her birinin etkileşimi ve tutumları betimlediğini ileri sürmektedirler.

Birbiri ile etkileşen, evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliği uyumlu bir evlilik olarak tanımlanır. Evlilik uyumu ayrıca çiftlerin uyumlu birlikteliklerinin sonucu olarak evlilik hayatındaki memnuniyeti ve mutluluğu da tanımlar. Eşler arasındaki çatışma; eşler arasındaki sözel ve fiziksel saldırganlığı tanımlar (7,12). Evlilik doyumu ise bireylerin ilişkilerinin tüm yönlerinde hissettikleri öznel mutluluk ve hoşnutluk duyguları olarak tanımlanmaktadır (8,13).Yapılan bilimsel araştırmalar evlilikte uyum ile eşlerde gözlenen aşağıdaki konularda bir ilgi olduğunu göstermiştir.

- İrrasyonel düşünceler,
- Çocuk yetiştirmede ortaya çıkan fikir uyuşmazlıkları,
- Eşlerden birinde var olan herhangi bir kronik hastalık,
- Eşlerin benzer kişilik özelliklerine sahip olması,
- Eşlerin hastalıkları algılama tarzı ve hastalıklar karsısında gösterdikleri tepkiler,
- Eşlerden birinde gözlenen yüksek kaygı,
- Erkeğin geleneksel cinsiyet rollerinin dışına çıkması ev islerine yardım etmesi,
- Eşlerden birinde kısırlık ortaya çıkması
- Ailede engelli bir çocuğun bulunması gibi değişkenler arasında da önemli ilişkilerin bulunduğunu ortaya koymaktadır(9).

2.2 Eş Uyumu Skorları Ölçüm Yöntemleri:

Çeşitli sosyal, psikolojik, kişisel ve demografik faktörler herhangi bir evli çiftin evlilik uyumuyla ilişkili olduğundan evlilik uyumuna dair tek bir tanım üzerinde anlaşmaya varmak zordur (Glenn, 1990; Robinson ve Blanton, 1993). Gurman'a göre (1975) bir çifti evlilik uyumu döngüsünde ileri ve geri hareket ettiren evlilik zorluklarının insani deneyimin etkileşim halindeki unsurlarını yansıttığı şeklinde görülmektedir. Dolayısıyla Johnson, Amoloza ve Booth'un (1992) belirttiği şekilde evlilik kalitesi bireylerin evlilikler arasında taşıdığı değil, çifte ait bir özelliktir (4).

Eleştirmenler sadece kavramsal bir netlik olmadığından değil aynı zamanda da değişkenin araştırılmasıyla ilgili metodolojik sorunlar nedeniyle de konuya değinmiştir (Lively, 1969; Hicks ve Platt, 1970). Evlilik kalitesi üzerinde yapılan daha eski çalışmalar evlilik uyumu, tatmin, mutluluk ve denge kavramları arasında ayrım yapmasa da daha yeni çalışmalar bu hususlara ayrıca değinmiş ve kavramları bağımsız olarak incelemeye çalışmıştır (La Scala, 1987) (4).

Locke-Wallace Evlilik Uyumu Testi:

Evlilik uyumuna yönelik Locke-Wallace Evlilik Uyumu Testi, Sabatelli (1988) tarafından öne sürülen bir yaklaşımdır. Bağımsız değişken olarak global evlilik kalitesi algısını ölçmekte ve evlilik kalitesine yönelik global algının tahminine yönelik değişkenleri olarak daha belirli kavramları kullanmaktadır.

Norton'un Kaliteli Evlilik Endeksi (1983):

Nihai bir yaklaşım, iyi tanımlanmış çeşitli alt kavramları değerlendirerek evlilik kalitesini değerlendirmektir.

Çift Uyum Skalası (DAS):

Spanier'in (1976) çift memnuniyeti, çiftin anlaşması, çiftin bağlılığı ve sevgi ifade biçimlerini kapsayan Çift Uyum Skalası (DAS) nihai yaklaşıma yönelik geniş oranda kullanılan bir örnektir.

Yukarıda belirtilen ölçüm yaklaşımları ve araçları arasında DAS güvenilir ve geçerliliği kanıtlanmış bir evlilik uyumu ölçümü sağlar. DAS, evli ve boşanmış kişiler üzerinden norm örneği oluşturmaktadır ve içerik, kriterle ilişkisi ve yapısal geçerliliği açısından değerlendirilmiştir. Ek olarak güvenilirlik belirlenmiş ve skalanın faktör yapısı incelenmiştir (Spanier, 1976). DAS evli hayatın kalitesini değerlendirmeye yönelik en sık kullanılan araç olarak kalır.

Türk Çift Uyum Skalası'nın (DAS) güvenilirlik ve geçerliliği HürolFışıloğlu tarafından incelenmiştir. Çalışmaya 264 evli birey katılmıştır. Alfa-DAS katsayısı .92 bulunmuştur. Hesaplanan ikiye bölünmüş güvenilirlik katsayısı .86dır. Locke-Wallace Evlilik Uyumu Testine göre DAS. 82'ye karşılık gelmektedir. DAS'ın orijinal faktör yapısı mevcut çalışmada

kopyalanmıştır. Genel olarak veriler DAS'ın Türk örneğinde evlilik uyumu için güvenilir ve geçerli bir ölçüm sağladığını göstermiştir (5).

Ülkemizde evlilik uyumunun ölçümü amacıyla Çift Uyum Ölçeğinin kullanıldığı çalışmalarda demografik değişkenlerle evlilik uyumu arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Tutarel Kışlak ve Çabukça yaptıkları çalışmada demografik değişkenler ile empatinin evlilik uyumunu yordamadaki katkıları araştırmış ve cinsiyete bağlı olarak empati puanları arasında fark olup olmadığına bakılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, empatinin evlilik uyumunu yordayan anlamlı bir değişken olduğu, empatiyle ilişkinin niteliği arasında olumlu bağlantının olduğu ve empati puanlarının cinsiyete bağlı olarak değişmediği belirlenmiştir (6).

Eşler arasındaki uyumun ölçümüne ilişkin makalelerde görüş aynlıkları ve farklı yaklaşımlar yer almaktadır. Bazı araştırmacılar, eşler arasındaki uyumu ölçerlerken, eşlerin evlilikleri ile ne hissettikleriyle ilgilenmişler ve eşler arasındaki uyumun belirleyicileri olarak eşlerin evlilik doyumu ya da mutluluğuna ilişkin bizzat kendilerinden aldıkları bilgileri kullanmıştır (6). Bazı araştırmacılar ise, eşler arasındaki uyumu, eşlerin ayrı ayrı duyguları olarak değil de, eşler arasındaki ilişkinin bir özelliği olarak değerlendirmiştir. Anılan araştırmacılar eşler arasıdaki uyumu ölçerlerken iletişim ve çatışma gibi ilişkinin kapsadığı özellikleri kullanmıştır (6,7).

Son yıllarda ise Johnson, Amazola ve Booth (1992), eşler arasındaki uyumun doğasını ve eşler arasındaki uyumun durağanlığını anlamak için evli çiftlerle 8 yıllık zaman içinde üç kez görüşme yapmıştır. Yaptıkları analizler sonucunda, eşler arasındaki uyumun nasıl ölçülürse ölçülsün kişilik özellikleri kadar durağan olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, araştırmada eşler arasındaki mutluluk ve etkileşimin zaman içinde azaldığı, boşanma eğilimi ve anlaşmazlığın ise değişmediği görülmüştür (4). Erel ve Burman (1995) ise, yaptıkları meta analiz çalışmasında eşler arasındaki uyum ile ilgili olan araştırmayı incelemiş ve bu çalışmaları 3 boyuttan birine yerleştirmişlerdir. Bu boyutlar aşağıda belirtildiği gibidir:

1) Eşler arasındaki doyum (eşler arasındaki uyumu; ahenk, doyum, gerilim çerçevesinde olumlu ya da olumsuz olarak değerlendiren çalışmalar).

2) Eşler arasındaki çatışma (eşler arasındaki fiziksel ve sözel saldırganlığın sıklığı ve yoğunluğunu ölçmeye çalışan araştırmalar).

3) Ebeveyn çocuk ilişkisi (evlilik ilişkisini ebeveyn çocuk ilişkisine göre değerlendiren çalışmalar) (10).

Benzer şekilde Grych ve Fincham (1990), eşler arasındaki doyum ile eşler arasındaki çatışma kavramlarının birbirine zıt kavramlar olarak görülmesine karşın, mutsuz evliliklerin daima çatışma ile tanımlanmayacağını ve çoğu evlilikte doyumlu olan çiftin çatışma içinde olabileceğini belirtmiştir. Ayrıca eşler arasındaki çatışma örneğin; ebeveyn çocuk ilişkisi gibi çocuğun uyumunu etkileyen diğer etkenlerle de ilişkilidir (11).

2.3 Aile Danışmanlığı

Aile Ve Evlilik Kurumu,

Boyutları ve içeriği değişime uğramakla birlikte insanlık tarihi boyunca evrenselliğini ve toplumun temel birimi olma özelliğini korumuştur. Aile ve evlilik kurumunun özellikleri, içinde bulunduğu toplumun sosyal yapısına göre farklılıklar göstermektedir. Ailenin bu özelliğine karşın tüm toplumlarda büyük benzerlik gösteren yedi temel işlevi vardır. Bunlar,

- **Üremek**
- **Ekonomik gereksinimleri karşılamak**
- **Statü sağlamak**
- **Çocukların eğitimini planlamak**
- **Din eğitimi vermek**
- **Boş zaman etkinliklerini gerçekleştirmek**
- **Aile üyelerinin birbirlerini korumaları,**
- **Karşılıklı sevgi ortamı yaratmak**
- **Cinsel doyum sağlamak** gibi işlevlerdir (6).

Aile danışmanlığı 2. Dünya Savaşı 'ndan sonra hızlı bir gelişme göstermiştir. Aile dinamikleri hakkında ilk çalışan kişi Freud olurken, ilk kez ayrıntılı inceleyen Alfred Adler'dir.

1950-1959 yılları arasında aile danışmanlığı alanında etkili olan liderlerden bazıları NathanAckerman, GregoryBateson, MurrayBowen ve Cari Whitaker'dir. 1960-1969 yılları arasında aile danışmanlığında çok hızlı bir gelişme görülürken birçok teori ve kavramlar

ortaya çıkmıştır. Bu on yılda özellikle JayHaley, Salvador Mimıchin, Virginia Satir, Cari Whitaker, MurrayBowen ve NathanAckerman 'in etkili olmuştur. 1970-1979 yılları arasında iki büyük dernek (The American Association For Marriage And Family Therapy ve American Family Therapy Association) kurulmuştur. 1974 'de ilk dergi çıkarılmaya başlamıştır. 1970'lerin başında Avrupa 'da da özellikle İngiltere ve İtalya 'da aile danışmanlığı ile ilgili çalışmalar hız kazanmaya başlamıştı. 1980'li yıllarda özellikle bayan araştırmacılar çalışmalarını yoğunlaştırırken; 1990' larda birçok yeni teori ortaya çıkmıştır.

Evlilik ve aile danışmanlığı son 60 yıldır gelişmekte olan bir alandır. Geleneksel aile yapılarının bozulması ve çok değişik aile yapılarının çoğalması aile ve evlilik danışmasının gelişimine etken olmuştur (6).

Aile Danışmanlığı Uygulaması (ADU)

"Danışmanlık" ve "Terapi" kavramları literatürümüzde birbirlerinin yerine kullanılan kavramlardır. Bu konuda çeşitli görüşler olmakla birlikte kısaca diyebiliriz ki; Aile Danışmanlığı Uygulaması (ADU), "Aile Terapisi" diye adlandırılan hizmetin adıdır ve 1970'lerin sonlarına doğru aile danışmanlığı, "terapi" olarak kabul edilmiştir. Nitekim bu kavram karmaşasına detaylı olarak ASAGEM (2008) tarafından V. Aile Şurası'nda değinilmiştir:

Aile için Rehberlik, Danışmanlık ve Terapi alanında, ülkemizdeki çalışmalar oldukça yeni sayılabilir. Bu nedenle, bu alanda kullanılan kavramların netleştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Komisyon çalışmalarının başında bu amaçla kavramların tanımı yapılmıştır. Bu amaçla, alana ilişkin literatür de dikkate alınarak aşağıdaki kavram tanımları benimsenmiştir:

Aile Rehberliği: Rehberliğin bilgi verici, öğretici/eğitici ve yönlendirici işlevi bulunmaktadır. Bu bağlamda, aile rehberliği; ebeveynlere bireysel ya da gruplar halinde çocuk eğitimi, ana-baba tutumları ve sağlıklı iletişim gibi konularda bilgi verme hizmetidir.

Aile Danışmanlığı: Danışmanlığın, içgörü ve farkındalık kazandırma, yeniden yapılandırma ve geliştirme işlevleri bulunmaktadır. Bu bağlamda aile danışmanlığı; sağlıklı bir iletişim

ortamının yaratılması için tüm aile bireylerine yapılan psikolojik yardım hizmetidir. Ailenin yapısal, işlevsel ve gelişimsel özellikleri bakımından aile içi ve çevre ilişkilerinde karşılaştığı psikososyal işlevsellikle ilgili sorunların çözümüne yönelik uzmanlık gerektiren hizmetler bütünüdür.

Aile Terapisi: Aile terapisinin biyopsikososyal açıdan iyileştirici ve tedavi edici özellikleri bulunmaktadır.

Aile Danışmanlığı (FamilyCounselling): Eğitimli profesyoneller (psikolog, pskolojik danışman ve sosyal çalışmacılar) tarafından aile üyelerine veya ailenin bütününe verilen bireysel ve grup uygulamalarını içeren destek ve danışmanlık hizmetleridir.

Aile Terapisi (FamilyTherapy): Ailenin problemlerini çözmek; onların daha fonksiyonel ve uyum içinde bir birliktelik haline gelmesine yönelik stratejik teknik ve uygulamaları içeren profesyonel müdahaleleri içerir. Bu, sıklıkla bir problem durumunda verilen hizmetleri içerir. Literatürde terapi ve danışmanlığın birbirlerinden farklılıkları vurgulanmaktadır. Aile terapisi; psikiyatrist, psikolog, psikolojik danışman ve sosyal çalışmacıların mezuniyet sonrası eğitimleriyle kazandıkları eğitimle yürütebilecekleri profesyonel müdahaleleri kapsar. Ülkemizde tedaviye dönük yapısı itibariyle terapistlik doktor tarafından üstlenilen bir roldür. Ancak herhangi bir hastalık tanısı olmayan bireyin, çiftlerin iletişim alanında yaşadıkları durumlarla daha etkili baş etmelerini sağlamak üzere erilen profesyonel işlemlerin de terapi içeriği vardır. Eğitimli psikolog, psikolojik danışman ve sosyal hizmet uzmanları tarafından da yürütülebilir. Hem aile danışmanlığı hem de aile terapistliği metinde de vurgulandığı gibi bireysel tedavi ve danışmadan karmaşık ve kapsamlı bir beceriye ihtiyaç duyar (15).

2.4 Kronik Hastalıkların Eş Uyumuna Etkisi

Bu bölümde Kronik Hastalıkları olan kişilerin eş uyumları hakkında yapılmış çalışmalar üzerinden hastalık süresince eş uyumunun ne durumda olduğunu ve bunun nasıl etkileri olabileceğini tartışacağım.

J FamPsychol. Dergisinin 2013 Ekim saysısında yayınlanan bir çalışmada 117 evli ve çiftlerden birisinin DM'liolduğu tanımlayıcıkesitsel modeldeki çalışmada; eş uyumlarının daha yüksek olduğu çiftlerde, hasta bireyin DM uyumu, egzersiz ve hastalığa uyumlarının daha yüksek olduğu özetle diabetle başa çıkma becerilerinin de yüksek olduğu gösterilmiştir (16).

Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği'ninTürkçe'ye uyarlanmış biçimi ile yapılan 107 olguluk bir diğer çalışmada ölçek puanları yüksek hastalarda uyumun daha iyi olduğu ve komplikasyon yaşama oranlarının da daha düşük olduğu belirlenmiştir. Aile desteğinin bireysel bakım sürecinde düzenli aralıklarla değerlendirilmesi önerilmiştir.

Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanlarının yaş arttıkça kısmen azaldığı, medeni durumuna göre ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması yapıldığında evlilerin ölçek toplam puan ortalamalarının bekârlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Diyabet tiplerine göre tip 1 diyabetlilerin ölçek toplam puan ortalaması tip 2 diyabetlilere göre anlamlı derece yüksek olarak saptanmıştır. Diyabet eğitimi alan bireylerin ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur (17).

Psikolojik özellikler kişilik, başetme biçimleri ve sağlık inançlarını içeren özelliklerdir. Bunların kendine bakım davranışı ve duygusal durum üzerinde doğrudan etkisi vardır. Psikolojik durum belli bir zaman içindeki duyguları gösterir ve sürekli değildir. Örneğin, stres, depresyon, kaygı v.b. Aile etkileşimleri ve kendine bakım davranışları bireyin duygu durumunu etkileyebilir ve duygu durumundan etkilenebilir. Belli duygusal durumlar özellikle stres diyabetik kontrolü otonom sinir sistemi yoluyla doğrudan etkilerken, kişinin diyabetini kontrol yeteneğini zayıflatarak dolaylı olarak da etkileyebilir. Aile fonksiyonu (ailedeki bağlılığın derecesi,aile içi çatışmalar, ekonomik kaynaklar) diyabetlinin hem psikolojik durumunu hem de kendine bakım davranışını etkiler. Kendine bakım davranışları; düzenli ilaç alma, diyet, egzersiz ve sürekli izlemden oluşur. Kendine bakım davranışları ile glisemik seviyeler arasında güçlü bir ilişkinin var olduğunu saptayan çalışmalar bu süreçte fizyolojik özelliklerinde etkili olduğunu göstermektedir (18,19).

Yasam kalitesi; diyabetlilerde diyabet olmayanlara göre, kadın diyabetlilerde erkeklere göre, metabolik kontrolü kötü olanlarda sınırda ve iyi olanlara göre daha kötüdür (20,21).

Diyabetik kadın ve erkeklerde cinsel işlevlerini etkileyen faktörler arasında evlilik süreleri kadınlarda görülürken erkeklerde görülmemektedir. Çocuk sahibi olma durumundan kadınlar etkilenirken erkekler bu durumdan etkilenmemektedir. Diyabet dışında diğer kronik hastalıklara bakıldığında hipertansiyon kadınlarda cinsel işlevleri etkileyen faktörler arasında görülürken erkeklerde kanser olduğu görülmemektedir. Diyabet hastası olan kadın ve erkek

hastaların cinsel işlevlerini etkileyen faktörlere bakılarak bu yönde eğitimler ile bireyler bilinçlendirilerek uygun tedavilerini olabilmeleri için yönlendirilebilirler (22).

Besler'in çalışmasındaysa hastalar altı ay süresince takip edilmiştir. Kontrol grubu, yalnızca endokrinoloji polikliniği tarafından izlenmiştir. Deney grubuna ise ek olarak aile hekimligi disiplini özelliklerine dayanan kapsamlı sağlık hizmeti verilmiştir. Bu çerçevede deney grubundaki hastalara diyabet ile ilgili geniş bilgi verilmesi yanı sıra diyet, egzersiz ve yasam biçimi değişiklikleri ile ilgili periyodik görümseler yapılmıştır. Deney grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksek oranda fizik aktivite alışkanlığı gelişmiştir ve yine benzer şekilde beslenme alışkanlıklarında olumlu davranış değişikliği olduğu görülmüştür. Deney grubunda ortalama 4,11 kg kilo kaybı ve VK'inde 1,54 kg/m²azalma olduğu görülmüştür ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.001). Kontrol grubunda kilo kaybı olmamış, ortalama 0,36 kg kilo alımı olduğu görülmüştür. VK'nde ortalama 0,15 kg/ m² kadar artış gözlenmiştir. Açlık kan şekerinde çalışma sonunda ortalama -6,14 mg/dl değişiklik deney grubu için anlamlı olarak bulunmuştur (p=0,035). Deney grubunda yasam biçimi değişikliklerine uyumun arttırılması hedefine büyük oranda ulaşılmıştır. Kilo kaybı ve VK'inde azalma yanı sıra çalışma planlanırken sürenin kısıtlılığı nedeni ile ulaşılacağı tahmin edilemeyen açlık kan sekeri seviyesinde azalmada elde edilmiştir. Aile hekimliği yaklaşımı ile hedeflere daha yüksek oranlarda ulaşıldığı görülmüştür (20).

214 diyabet hastası ve eşinin katıldığı tanımlayıcı kesitsel bir başka çalışmada ise eşler arasındaki düşük eş uyumunun kadın diyabetlilerde erkek diyabetlilere oranla daha az fiziksel belirtiler ve hastalık kontrolünde yetersizliklere neden olduğu gösterilmiştir. Fakat aynı çalışma gene göstermiştir ki, hasta erkeklerin diyabeti olmayan eşlerinde eş uyumu skorları ile fiziksel hastalıklar arasındaki ilişki hasta kadınların sağlıklı eşlerine göre daha anlamlı bulunmuştur. Buradan çıkan sonuçlarla eşlerin diyabet konusunda çift uyumları ve çift halinde eğitimi çok önemlidir. Cinsiyet ve eş uyumu da diyabet yönetiminde önemlidir (23).

Çocuk sahibi olabilme ile eş uyumları arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada ise kadın erkek cinsiyetleri arasında katılımcı gurubundaki çocuğu olmayan hem kadın hem de erkek çiftlerin kontrol gurubundaki çocuğu olanlara göre DAS skorları ve yaşam kaliteleri daha yüksek çıkmıştır. Bu çalışma kısırlık durumunun eş uyumuna evli çiftlerde olumsuz etkilemediğini göstermektedir (24).

Kırküç KOAH'lı çift üzerinde yapılan bir çalışmamdaysa eşlerden birinin KOAH ı varsa eş uyum skorlarının sağlıklı çiftlere göre anlamlı düşük çıktığı gösterilmiştir(23).

Diyabette Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu üzerine yapılan bir çalışmada da gene iyi glisemik kontrol ile yüksek eş uyumu skorları korele bulunmuştur (24).

2.5 Diyabetes Mellitusun Tanısı ve Epidemiyolojisi

Diyabet, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat (KH), yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik bir metabolizma hastalığıdır. Hastalığın, akut komplikasyon riskini azaltmak ve uzun dönemde tedavisi pahalı ve kronik (retinal, renal, nöral, kardiyak ve vasküler) sekellerinden korunmak için sağlık çalışanları ve hastaların sürekli eğitimi şarttır(25).

Diyabet ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarının tanı ve sınıflamasında son 15 yılda değişiklikler yapılmıştır. Önce 1997 yılında, Amerikan Diyabet Birliği (ADA) yeni tanı ve sınıflama kriterlerini yayınlamış ve hemen ardından 1999'da Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bu kriterleri küçük revizyonlarla kabul etmiştir. Daha sonra 2003 yılında, bozulmuş açlık glukozu (IFG) tanısı için ADA tarafından küçük bir revizyon yapılmıştır. WHO ve Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından 2006 yılı sonlarında yayınlanan raporda ise 1999 kriterlerinin korunması benimsenmiştir. Buna karşılık, ADA ve Avrupa Diyabet Çalışma Birliği (EASD) 2007 yılında yayınlanan son konsensus raporlarında ise 2003 yılındaki düzenlemenin değişmemesi gerektiğini savunmaktadır (25).

TABLO 1. Diabetes Mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri(*)(25)

	Aşikar DM	İzole BAG(**)	İzole BGT	BAG + BGT	DM Riski Yüksek
APG (≥8 st açlıkta)	≥126 mg/dl	100-125 mg/dl	**<100 mg/dl**	100-125 mg/dl	**-**
OGTT 2.st PG (75 g glukoz)	≥200 mg/dl	**<140 mg/dl**	**140-199 mg/dl**	**140-199 mg/dl**	**-**
Rastgele PG	≥200 mg/dl + Diyabet semptomları	**-**	**-**	**-**	**-**
A1C(***)	**≥%6.5 (≥48 mmol/mol)**	**-**	**-**	**-**	%5.7-6.4 (39-46 mmol/mol

(*) Glisemi venöz plazmada glukozoksidaz yöntemi ile ’mg/dl’ olarak ölçülür.

‘Aşikar DM’ tanısı için dört tanı kriterinden herhangi birisi yeterli iken ‘İzole BAG’, ‘İzole BGT’ ve ‘BAG + BGT’ için her iki kriterin bulunması şarttır.

(**) 2006 yılı WHO/IDF Raporunda normal APG kesim noktasının 110 mg/dl ve BAG 110-125 mg/dl olarak korunması benimsenmiştir.

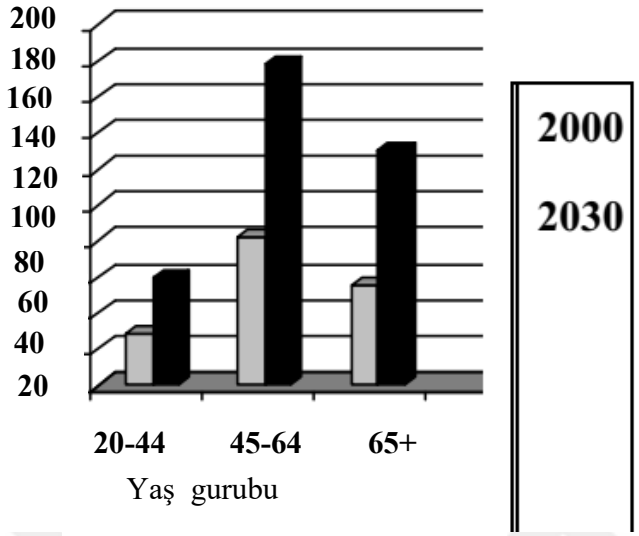
(***) Standardize metotlarla ölçülmelidir.

DM: Diabetes mellitus, APG: Açlık plazma glukozu, 2.st PG: 2. saat plazma glukozu, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, A1C: Glikozillenmiş hemoglobin A1c, BAG: Bozulmuş açlık glukozu (impairedfastingglucose), BGT: Bozulmuş glukoz toleransı (impairedglucosetolerance), WHO: Dünya Sağlık Örgütü, IDF: Uluslararası Diyabet Federasyonu.

Diyabetli hasta sayısı tüm dünyada günden güne artmaktadır ve artış hızında yavaşlama olmamaktadır. Bu artışın asıl sorumlusu olarak tip 2 diyabet görülmektedir. Daha önceleri yalnız erişkin çağın hastalığı olarak bilinen tip 2 diyabet artık daha genç yaş gruplarını da etkilemektedir. İnsanların yaşam sürelerinin giderek uzaması, fiziksel aktivitenin azalması ve obezitenin artması diyabetes mellitus insidans ve prevalansında hızlı bir artışa neden olmaktadır (26). Bu artışa bağlı, Amerika'da günümüzde altıncı en sık ölüm nedeninin diyabet olduğu belirtilmiştir (27). Bu hastalarda kardiyak hastalık geçirme ve inme riski normal popülâsyona oranla iki ile dört kat artmıştır. İnme riski yine iki ile dört kat arası artmıştır. 20–74 yaş grubunda en sık görülen körlük ve son dönem böbrek hastalığı sebebi yine diyabettir. Travma dışında sebeplere bağlı alt ekstremite amputasyonlarının sebebi %60 oranında diyabettir (26).

Dünya Sağlık Örgütü, diyabet prevalansının gelecek 20 yıl içinde iki katına çıkacağını öngörmektedir (27). 1995'de bu sayının 150 milyon olduğu tahmin edilmiştir. NHANES II ve III, Amerika'da erişkin popülâsyondaki diyabet prevalansını incelemişlerdir. Bu çalışma 1976–1994 yılları arasında yapılmış ve diyabetin tahmini prevalansının %6.6'dan %7.8'e yükseldiği görülmüştür (28). 2000 yılında dünya çapında yapılan bir çalışmada da diyabetli olgu sayısı yaklaşık 171 milyon olarak hesaplanmıştır ve önceki çalışmalara göre % 11 oranında yükseldiği saptanmıştır (Şekil 1) (29). Bu farklılık önceki rapora göre yaşlı nüfusun artması nedeni ile demografik verilerdeki değişikliklere bağlanmıştır. 2010 yılı itibarı ile bu sayının tüm dünyada 216 milyona çıkacağı öngörülmektedir (30).

Dünyada Tahmini Diyabetli Hasta Sayısı (Milyon) (28)



Şekil 1: Dünyada Tahmini Diyabetli Hasta Sayısı

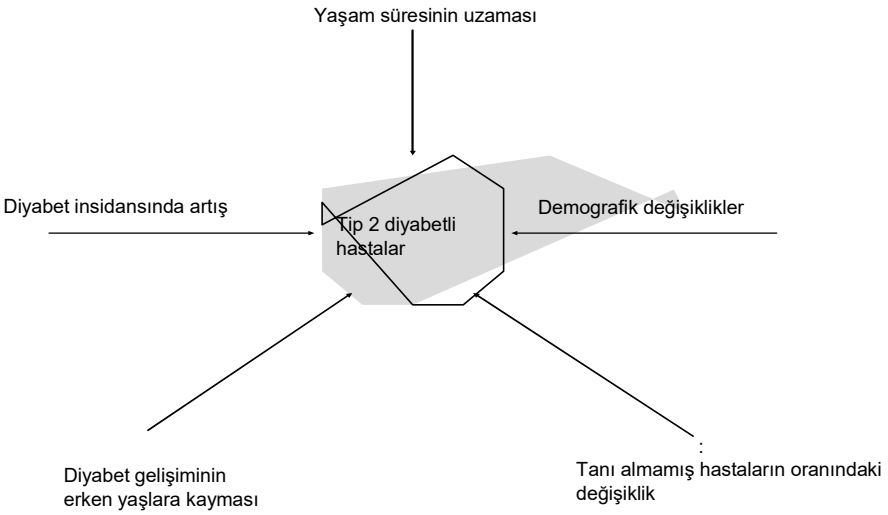
NHANES ve CDC, ABD'de erişkinlerin %8,6'sının diyabetli olduğunu ve her yıl 625.000 yeni olgunun eklendiğini belirtmektedir (30). Tüm dünyada gelecek birkaç on yılda, diyabetteki en büyük artışın gelişmekte olan ülkelerde olacağı öngörülmektedir. Çin'de 1986–1996 yılları arasında, diyabet prevalansı üç katına çıkmıştır. Gelecek 20 yılda da günümüzde 16 milyon olan diyabetli sayısının 38 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (30). Hindistan dünyada en hızlı büyüyen diyabetli hasta nüfusuna sahiptir. Günümüzde 19,4 milyon diyabetli hasta varken bu rakamın 2025'de 57 milyonun üzerine çıkması beklenmektedir (31).

Ülkemizde 2,6 milyon civarında diyabetli, 1,8 milyon BAG'lu nüfus vardır. TURDEP çalışmasında Türkiye'de henüz tanı konmamış yeni diyabet prevalansı %2,3, bilinen diyabet sıklığı %4,9 ve BGT sıklığı ise %6,7 olarak bildirilmiştir. 60 yaş üzeri popülâsyonda ise diyabet prevalansı %20'nin üstüne çıkmaktadır (32). Bu bize diyabet hastalarının üçte birinin

hastalıklarının farkında olmadıklarını göstermektedir. Önümüzdeki 15–20 yıl içerisinde diyabetli hasta sayısının hızla artacağı tahmin edilmektedir.

Hastaların diyabetes mellitus olduklarını bilmemeleri önemli bir sorundur. ABD'de yapılan NHANES III çalışması bize bu konuda fikir vermektedir. Avrupa Birliği üyeleri ülkelerde yapılmış Tuomilehto çalışmasında diyabet hastalarının %25–45 kadarında henüz tanı konulmamış diyabet olduğu görülmüştür. Erişkinlerde tip 2 diyabet tanısı konmasından ortalama 7 yıl önce hastaların diyabetik safhaya girdikleri bilinmektedir. Semptomlardan uzak olan bu süreç aslında kronik komplikasyonların başladığı dönemdir. Tip 2 diyabetli hastaların %50'sinde bu dönemde kronik komplikasyonlara ait kanıtlar görülmektedir. Yukarıda sözü edilen çalışmada ayrıca BGT'nın 20–44 yaş grubunda %3–5 olan prevalansının 65–74 yaş grubunda %20-30'a kadar yükseldiği gösterilmiştir. Bu bize geriyatrik yaş grubunun diyabet için önemli bir kaynak olduğunu göstermektedir (32). Genç yaş döneminde ise hastalık sıklıkla tesadüfî olarak, glukozüri ya da hiperglisemi görülmesi ile saptanmaktadır (33).

Gelişmekte olan ülkelerde tahmini yaşam süresindeki artış, aynı zamanda değişen yaşam standartları ile obezite ve diyabete yatkın yaşam tarzının benimsenmesi hastalığın prevalansında artışa sebep olmaktadır (Şekil 2).



Şekil 2: Tip 2 Diyabet Pandemisinin Nedenleri

Şekilde görülen pandemi etmenleri aşağıda özetlenmiştir (27):

1. Tanısal ölçütlerin değişimi ile tanı almış hastaların almamış hastalara göre oranının değişmesi,
2. Yaşlanan nüfusun demografik verileri değiştirilmesi,
3. Obezite,
4. Fiziksel aktivitenin azalması,
5. Diyet,
6. Diyabet gelişiminin erken yaşlara kayması.

2014 yılı IDF verilerine göre ise ülkemizde diyabet görülme oranı %14.7 olarak bildirilmektedir.

Diyabet prevalansındaki artış yanı sıra diyabetli hastaların yaşam süresinin uzamasıyla hem eklenen komplikasyonları hem de komplikasyonların insidansı artmaktadır (2). Diyabet, uzun dönemde makrovasküler ve mikrovasküler birçok hastalığa sebep olmaktadır. Bunlar kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon, inme, nöropati, nefropati, retinopati, ayak ülserleri gibi ciddi hastalıklardır. Bunları önlemek için çok titiz bir glisemik kontrol sağlanmaya çalışılsa bile başarı oranı düşüktür. Tarama ve erken dönemde tedavi yaklaşımları ile yaşam boyu böbrek yetmezliğine yakalanma %26, körlük %35, alt ekstremite amputasyonları %22 oranında azalmıştır (17).

2.6 Diyabette Kan Şekeri Regülasyonu ve Hedefler

Tip 2 diyabetin komplikasyonlarının geciktirilmesi mümkündür, yapılan geniş kapsamlı çalışmalarla farmakolojik ajanlar yanı sıra yaşam biçimi değişikliklerinin başarısı gösterilmiştir (17).

Halen geniş çapta kabul gören önerilere göre erişkin ve gebe diyabetliler için glisemik kontrol hedefleri Tablo 2'de özetlenmiştir. Glisemik hedefler bireyselleştirilmelidir. Yaşam beklentisi düşük, diyabet süresi uzun, tekrarlayan ciddi hipoglisemi atakları, eşlik eden mikro ve makrovasküler komplikasyonları veya eşlik eden diğer hastalıkları var ise ya da diyabet kontrolü uzun süredir kötü ise daha esnek glisemik kontrol hedefleri tercih edilmelidir.

Tablo2. Glisemik kontrol hedefleri(20)

	Hedef(*)	Gebelikte
A1C	≤%7 (≤53 mmol/mol)	%6 - 6.5 (42 -48 mmol/mol)
APG ve öğün öncesi PG	80-130 mg/dl	70-100 mg/dl
Öğün sonrası 1.saat PPG	-	<140 mg/dl(**) (tercihen <120 mg/dl)
Öğün sonrası 2.saat PPG	<160 mg/dl	<120 mg/dl

(**)Gebelerde öğün sonrası 1.saat PG takip edilmelidir. (A1C: HbA1c, APG: Açlık plazma glukoz, 1.saat PPG ve 2.st PPG: 1.saat ve 2.saat postprandiyal plazma glukoz.)

Diyabetin kan şekeri regülasyonundaki başarının diyabet komplikasyonları oluşmasını geciktireceği ve hastanın yaşam kalitesini artıracağı aşikârdır (20).

Tablo3. A1C'yi %1 düşürmenin komplikasyon ve ölüm risklerini azaltma oranları
DCCT ResearchGroup. NEJM 1993;329:977.
UKPDS Group. Lancet 1998;352:837.

Tip 1 diyabet (DCCT)	Tip 2 diyabet (UKPDS)
Retinopati riski %35	Diyabete bağlı ölüm %25
Nefropati riski %24-44	Tüm nedenlere bağlı mortalite %7
Nöropati riski %30	Miyokardinfarktüsü riski %18
	Mikrovaskülerkomplikasyon riski %35

Diyabetesmellitus, tipik semptomlar olsun ya da olmasın hiperglisemi ile giden kronik ilerleyici mikrovasküler, makrovasküler hastalıklara yol açabilen bir grup metabolik bozukluktan oluşur. Ölüm sıklıkla makrovasküler komplikasyonlara bağlı olarak gerçekleşmektedir. Yaşam süresini, özellikle kardiyovasküler hastalıklar eklendiğinde 15 yıl kadar kısalttığı düşünülmektedir (34). Kronik hiperglisemi; insülin sekresyonundaki defekte veya insülin etkinliğindeki azalmaya ya da her ikisinin birden varlığına bağlıdır. Uzun dönemde organ hasarına özellikle de göz, böbrek, sinir, kalp ve kan damarlarında hasara neden olmaktadır. Sınıflandırma hiperglisemiye sebep olan patoloji göz önünde bulundurularak yapılmaktadır. Daha önceleri tedavi rejimi veya hastalığın başladığı yaşa göre yapılan sınıflama günümüzde hiperglisemiye neden olan patoloji göz önüne alınarak yapılmaktadır.

Diyabette çevresel faktörlerin önemi, prevalansın düşük olduğu bölgelerden, yüksek olan bölgelere göç edenlerin yerleştikleri bölgenin özelliklerine uygun bir prevalans sergiledikleri gözlemlerden anlaşılmıştır. Saptanan en önemli iki faktör diyet ve fizik aktivitedir (35).

Tablo 4. ADA Kan Glukoz Düzeyi Ölçütleri

	AKŞ	**OGTT 2.saat değeri**
Normal	<100 mg/dl	<140 mg/dl
BAG	≥100 ve <126 mg/dl	≥140 ve <200 mg/dl
Diyabet	≥126 mg/dl	≥200 mg/dl

Kriterlerin değişimi, uygunsuz kan glukozuna bağlı mikrovasküler komplikasyonlara yol açacak düzeylerdeki kan glukozu saptanarak yapılmaktadır. Bunun için değerlendirilen komplikasyon retinopatidir. Retinopatinin seçilmesindeki amaç diyabete özgü olması, değerlendirilmesinin kolay olması ve en sık görülen komplikasyon olmasıdır.
Bu yeni kriterler daha fazla sayıda insana diyabet tanısı konmasına sebep olmuştur.

2.7 Diyabetlinin Eş uyumundan etkilenebilecek Yaşam Tarzı Önerileri

Tıbbi beslenme tedavisi kapsamlı diyabet tedavisinin ve bakımının vazgeçilmez bir bileşendir. Yapılan birçok araştırma uygun beslenme tedavisinin kan şekeri, hemoglobin A1c değeri, kan lipitleri ve kan basıncı üzerinde olumlu etkilerini göstermiştir.

Diyet bir süre yapılacak bir beslenme programı değil, hayatın bir parçası olmalıdır. Bunun için hastaların süreklilik gerektiren eğitim, danışmanlık ve destek hizmeti alması gereklidir. Diyabette diyet tedavisinin asıl amacı, diyabetli hastaların metabolik kontrollerinin iyileşmesine katkıda bulunarak günlük yiyecek seçimlerini yaparken kendilerini güvende ve rahat hissetmelerini sağlamaktır. Kişinin sevdiği yiyeceklere, tipik beslenme alışkanlıklarına göre bireysel beslenme planı oluşturulmalıdır. Hastanın sağlık durumu yanı sıra sosyal konumuna, ihtiyaçlarına ve yaşına uygun beslenme programı oluşturulması önemlidir (36).

Daha önce bahsedilmiş olan tip 2 diyabetin önlenmesi ve geciktirilmesi çalışmalarının başarısı, yoğun yaşam tarzı değişikliği programlarının hayata geçirilmesi ile gerçekleştirilmiştir. Bu programlarda yağ ve enerji alımının azaltılması, düzenli fizik aktivitenin yapılması ve hastalarla düzenli iletişim kurulması esaslarına uyulmuştur (37).

ADA'nın diyabetli hastalar için diğer önerileri arasında koroner arter hastalıkları riskinin azaltılabilmesi için hipertansiyon ve dislipidemi tedavisi, aspirin kullanımı, sigaranın bırakılması gibi konular bulunmaktadır.

Diyabetik hastada kan basıncının her vizitte takip edilmesi, vizitler dışında kaydedilmiş değerlerin incelenmesi ve 130/80 mmHg'dan daha düşük tutulması önerilmektedir. Bunun üzerindeki değerlerde artmış KAH riski bulunmaktadır ve sınır değerlerin üzerinde yaşam biçimi değişiklikleri uygulanmalıdır. Diyetle alınan sodyum miktarının azaltılmasının, sebze ve meyve miktarının arttırılmasının, yağı azaltılmış süt ürünleri kullanılmasının, kullanılan alkol miktarının azaltılmasının, fizik aktivitenin arttırılmasının ve kilo verilmesinin olumlu etkileri bilinmektedir (38).

Kan lipid seviyeleri açısından hastaların en az yılda bir, gerekli ise daha sık olarak takip edilmesi önerilmektedir. Düşük seviyeler saptanırsa (LDL<100 mg/dl, HDL>50 mg/dl, trigliserid<150 mg/dl) taramalar iki yılda bir yapılabilmektedir. Yüksek değerler saptanan hastalarda tedavi basamaklı şekilde yapılır. Birinci basamakta kan glukozu yanında kan basıncında da olumlu etkileri gösterilen yaşam biçimi değişiklikleri yer almaktadır. Beslenme ve fizik aktivite önerileri diyabetik hasta için verilen önerilere benzerdir, doymuş yağlardan ve kolesterolden fakir beslenme, gerekli ise kilo vermek, sigaranın bırakılması gibi. Hedef değerlere ulaşılamıyorsa yaşam biçimi değişikliklerine farmakoterapik ajanlar eklenmelidir. Tek preparat yeterli değilse kombinasyon rejimleri uygulanması önerilmektedir.

Sigaranın bırakılması tüm hastalara önerilmelidir. ADA'nın bu konuda birçok yayını ve durum raporları bulunmaktadır (39, 40). Sigaranın sağlığa verdiği zararlar çok uzun süredir çok çeşitli çalışmalarda belgelenmiştir. Sigaranın, sağlık durumu, yaş ve diğer demografik özellikler ne olursa olsun verdiği zararlarla birlikte diyabetli hastalarda makrovasküler komplikasyonları da arttırdığı bilinmektedir. Mikrovasküler komplikasyonların ortaya çıkışını hızlandırdığına dair veriler bulunmaktadır. Nikotin bağımlılığı gelişen hastalarda bırakmak daha zor olduğundan çeşitli yöntemlerle birlikte farmakoterapik ajanların kullanımı da söz konusu olmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Araştırma gözlemsel analitik kontrol gruplu çalışma olarak planlanmıştır. Çalışma için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.12.2015 tarihinde 2377-GOA protokol numaralı 2015/27-09 karar numarası ile etik uygunluk alınmıştır. 1 Eylül 2016 – 30 Ekim 2016 tarihlerinde Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Endokrinoloji polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaş arası gönüllü bireylere anketler araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Open epi programı ile örneklem sayısı:

1-α =0,95

β =0,80

Olgu/Kontrol=1

Kontrollerdeki oran: %40 kabul edilerek;

Olgu grubu sayısı: 134, Kontrol grubu sayısı:134 olmak üzere 268 olarak hesaplanmıştır.

3.2.1. Araştırmaya dahil olma / dışlama kriterleri:

1. **Diyabetik bireyler grubu**

Dahil etme kriterleri:

a) DM olma
b) Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
c) 18-65 yaş arasında olma
d) Okur-yazar olma

Dışlama kriterleri:

a) Mental retardasyon olması
b) Fiziksel engelli olması
c) Malignite varlığı

2. **Kontrol grubu**

Dahil etme kriterleri:

a) Diyabeti olmama
b) Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
c) 18-65 yaş arasında olma
d) Okur-yazar olma

Dışlama kriterleri:

a) Mental retardasyon olması
b) Fiziksel engelli olması
c) Malignite varlığı

3.3. Araştırmanın Uygulanması

Çalışmaya dahil edilen katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ve ölçeklerden oluşan veri toplama aracı yüz yüze uygulanmıştır. Çalışma ölçütlerimize uygun olan bireylere çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilerek onamları alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile ModifiyeMorisky İlaç Uyum Ölçeğive DAS (DyadicAdjustmentScale) birlikte uygulanmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik anket formu

Her iki gruba yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, evlilik süresi, evlilik öncesi birbirini tanıma, çocuk sahibi olma, DM süresi, sürekli ilaç kullanılması gereken kronik hastalık varlığını sorgulayan bir anket formu uygulanmıştır. HbA1c düzeyleri öğrenilerek kaydedilmiştir.

3.4.2. Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği

İlaç uyumunu değerlendiren altın standart bir yöntem yoktur. En yaygın kullanılan, İlaç Tedavisine Uyum Anketi (Medication Adherence Questionnare, MAQ) veya daha bilinen ismiyle Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS)'dir(41)

Bu ölçek, D.E Morisky ve arkadaşları tarafından 1986 yılında, aile hekimlerine, hastaların antihipertansif ilaç tedavisine uyumu konusunda yol gösterici olması amacıyla, öykü alma sırasında ilaç kullanım şekli konusunda hızlı ve basit veri toplamaya yönelik, evet/hayır şeklinde cevapları olan dört sorudan oluşan kısa bir anket formu olarak oluşturulmuştur. Yıllar içinde eksiklikler saptanarak yine Morisky ve ekibi tarafından geliştirilmiş, birçok kronik hastalıklarda ilaç tedavisine uyumu değerlendirilmek için kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği; Vural ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.(42) Ölçek 6 sorudan oluşmaktadır. Her soru "evet" veya "hayır" olarak cevaplanabilmektedir. Her soru 1 puan üzerinden hesaplanmaktadır. Ölçekten 4 ve üzeri puan alan hastalar ilaç uyumu yüksek olarak değerlendirilmektedir.

3.4.3. Çift Uyum Skalası (DAS)

Spanier'in (1976) çift memnuniyeti, çiftin anlaşması, çiftin bağlılığı ve sevgi ifade biçimlerini kapsayan Çift Uyum Skalası (DAS) nihai yaklaşıma yönelik geniş oranda kullanılan bir örnektir.

Yukarıda belirtilen ölçüm yaklaşımları ve araçları arasında DAS güvenilir ve geçerliliği kanıtlanmış bir evlilik uyumu ölçümü sağlar. DAS, evli ve boşanmış kişiler üzerinden norm örneği oluşturmaktadır ve içerik, kriterle ilişkisi ve yapısal geçerliliği açısından değerlendirilmiştir. Ek olarak güvenilirlik belirlenmiş ve skalanın faktör yapısı incelenmiştir (Spanier, 1976). DAS evli hayatın kalitesini değerlendirmeye yönelik en sık kullanılan araç olarak kalır.

Türk Çift Uyum Skalası'nın (DAS) güvenilirlik ve geçerliliği HürolFışıloğlu tarafından incelenmiştir. Çalışmaya 264 evli birey katılmıştır. Alfa-DAS katsayısı .92 bulunmuştur. Hesaplanan ikiye bölünmüş güvenilirlik katsayısı .86dır. Locke-Wallace Evlilik Uyumu Testine göre DAS .82'ye karşılık gelmektedir. DAS'ın orijinal faktör yapısı mevcut çalışmada kopyalanmıştır. Genel olarak veriler DAS'ın Türk örneğinde evlilik uyumu için güvenilir ve geçerli bir ölçüm sağladığını göstermiştir (5).

3.4.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmamızın istatistiksel analizleri SPSS 15.0 programı ile yapılmış, sayı, yüzde, Ki-Kare ve Testi uygulanmıştır. p değeri 0.05'ten küçük olduğunda sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Çalışmamıza 129olgu (%47,7) 141kontrol (%52,3)olmak üzere toplam 270 birey alınmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 5 te görülmektedir (Tablo-5).

Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	OLGU N=129(%)	**KONTROL N=141(%)**	**P**
Yaş			
18-34	15(40,5)	22(59,5)	0.085
35-49	60(43,5)	78(56,5)	
≥ 50	54(56,8)	41(43,2)	
Cinsiyet			
Erkek	50(46,7)	57(53,3)	0,780
Kadın	79(48,5)	84(51,5)	
Eğitim durumu			
İlköğretim	38(60,3)	25(39,7)	0,079
Lise	44(42,7)	59(57,3)	
Üniversite	47(45,2)	57(54,8)	
Eşte kronik hastalık varlığı			
Var	29(39,2)	45(60,8)	0,837
Yok	100(51,0)	96(49,0)	
Evlilik öncesi birbirini tanıma			
Var	87(44,2)	110(55,8)	0,051
Yok	42(57,5)	31(42,5)	
Çocuk sahibi olma			
Evet	89(47,1)	100(52,9)	0,730
Hayır	40(49,4)	41(50,6)	

Katılımcılar arasında kadınlar çoğunlukta olup (%60,3) 163 kişi kadın katılımcıdır. Eğitim düzeylerine bakıldığında 63 kişi (%23,3) ilkokul mezunu, 103 kişi (%38,1) lise mezunu ve 104 kişi(38,51) üniversite mezunudur. Katılımcılardan 74 kişide (%27,4) eşlerinde kronik hastalık vardı.

Katılımcılarda 197 kişi (%72.96) sı evlilik öncesi birbirlerini tanıyorlardı. Katılımcılarda 189 kişinin(%70) i çocuk sahibiydi.

Olgu ve kontrol gurubu arasında Yaş, Cinsiyet, Eğitim durumu, Eşte kronik Hastalık varlığı, Evlilik öncesi birbirini tanıma ve çocuk sahibi olma durumları açısından anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

DAS ölçeğinden alınan puanlara bakıldığında kadınlar ve erkeklerarasında anlamlı fark vardı. Kadınların en düşük puanları ve maksimum puanları erkeklere göre düşüktü ($p<0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Cinsiyete Göre Das Skorları

CİNSİYET	n	min	maks	DAS ort ±SD	P
Erkek	107	44	199	108,25	0,016
Kadın	163	5	145	100,54	

DAS skorları olgu ve kontrol grupları üzerinden değerlendirildiğinde iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu(Tablo 7).

Tablo 7. Olgu ve Kontrol Gruplarına Göre DAS Skorları

GRUP	n	DAS ort ± SD	P
Olgu	129	105,72	0.196
Kontrol	141	101,65	

Katılımcılar arasında eşinde kronik hastalık olanların DAS skorları anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Eşte Kronik Hastalık Varlığına Göre DAS Puanları

OLGU (N=129)			KONTROL (N=141)		
Eşinde kronik hastalık varlığı	n	DAS ort±SD	n	DAS ort±SD	p
Var	29	113.82	45	96.31	0,026
Yok	100	103.76	96	104.42	0.804

Evlilik öncesi birbirini tanıyor olanların DAS skorları anlamlı yüksekti($p<0.05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Evlilik Öncesi Birbirini Tanıyor Olmak İle DASSkorları Dağılımı

OLGU (N=129)				**KONTROL (N=141)**			
Evlilik öncesi Birbirini Tanıma	n	%	DAS ort±SD	n	%	DAS ort±SD	p
Var	42	32.55	112.10	31	21,98	97.00	0,014
Yok	87	67.45	102.51	110	78,02	102.97	0,903

Yaşa göre DAS skorları dağılımı incelendiğinde kontrol gurubunda 50 yaş üzerinin Das skorları ortalaması diğer yaş gruplarından yüksek olduğu görülmektedir. Yaş grupları arasındaDas skorları arasında fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Yaşa Göre Kontrollerin Das Skorları Dağılımı

	n	Ortalama	Std sapma	Minimum	Maximum	p
18-34	22	98,36	34,93	7,00	145,00	0.043
35-49	78	97,83	26,74	5,00	143,00	
≥50	41	110,70	22,96	70,00	199,00	
Toplam	141	101,65	27,58			

Yaşa göre DAS skorları dağılımı incelendiğinde olgu gurubunda 50 yaş üzerinin DAS skorları ortalaması diğer yaş gruplarından yüksek olduğu görülmektedir ancak yaş grupları arasında DAS skorları arasında fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Yaşa Göre Olguların DAS Skorları

	n	Ortalama	Std sapma	Minimum	Maximum	p
18-34	15	110,93	25,82	32,00	130,00	0.627
35-49	60	104,33	18,77	61,00	140,00	
≥50	54	105,81	27,59	39,00	140,00	
Toplam	129	105,72	23,55			

Öğrenim durumuna göre DAS skorları dağılımı incelendiğinde olgu gurubunda üniversite ve üzeri eğitim görenlerin DAS skorları ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu görülmektedir ancak grupları arasında DAS skorları arasında fark yoktur (p>0.05) (Tablo 12).

Tablo 12. Eğitim Durumuna Göre Olguların DAS Skorları

	n	Ortalama	Std sapma	p
İlkögretim	38	104,23	26,39	0.371
Lise	44	102,93	20,79	
Üniversite ve üzeri	47	109,53	23,56	
Toplam	129	105,72	23,55	

Öğrenim durumuna göre DAS skorları dağılımı incelendiğinde kontrol gurubunda ilköğretim düzeyinde eğitim görenlerin DAS skorları ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu görülmektedir($p<0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Eğitim Durumuna Göre Kontrol Grubunun DAS Skorları

	n	Ortalama	Std sapma	p
İlkögretim	25	109,12	24,75	,036
Lise	59	93,79	27,164	
Üniversite ve üzeri	57	106,52	27,59	
Toplam	141	101,65	27,58	

Evlilik süreleriyle DAS skorları dağılımı incelendiğinde olgu gurubunda evlilik süresi arttıkça DAS skorları artmaktadır ancak gruplar arasında DAS skorları arasında fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Evlilik Süresine Göre Olgu GrubuDAS Skorları

	n	Ortalama	Std sapma	p
1-5 yıl	17	104,64	24,77	0.403
6-10 yıl	26	111,30	13,82	
10 yıl ve üzeri	86	104,24	25,53	
Toplam	129	105,72	23,55	

Evlilik süreleriyle DAS skorları dağılımı incelendiğinde kontrol gurubunda da evlilik süresi arttıkça DAS skorları artmaktadır ancak gruplar arasında DAS skorları arasında fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Evlilik Süresine Göre Kontrol Grubu DAS Skorları

	n	Ortalama	Std sapma	p
1-5 yıl	33	101,33	34,78	0.513
6-10 yıl	41	97,82	21,53	
10 yıl ve üzeri	67	104,16	27,04	
Toplam	141	101,65	27,58	

Çalışma gubunu oluşturanlar arasında DM olup HbA1c açısından regüle olanlar ve olmayanlar değerlendirilmiş, DAS skor ortalamaları kan şekeri düzeyleri istenen sınırlarda olanlar regüle olmayanlara göre yüksek bulunmuştur($p<0.05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Olguların Şeker Regülasyonuna Göre Das Skorları

HbA1c açısından kan şekeri regülasyonu	n	Ortalama das	Std sapma	p
Evet	29	114,68	18,38	0.019
Hayır	100	103,12	24,32	

5. TARTIŞMA

Bu bölümde Diyabet hastalarının kan şekeri regülasyon durumlarıyla eş uyumları arasındaki ilişki tartışılacaktır.

Katılımcı gurubuna bakıldığında 129 kişi olgu, 141 kişi kontrol grubunda olup çalışmaya katılan kadın sayısı erkek sayısından belirgin olarak fazlaydı. Kadınların eş uyumu skorları ortalaması erkeklerden çok az da olsa yüksek olarak bulunmuştur. DAS ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışmasında erkeklerin ortalaması kadınların ortalamasından düşük olduğu bildirilmektedir(5). Kadın erkek dağılımındaki farkın çalışmanın sonuçlarını etkilemiş olması olasıdır. Katılımcıların tahsil durumu ilköğretim lise, üniversite ve üzeri şeklinde olgu ve kontrol gruplarında benzer bulunmuştur. Gene hem olgu hem kontrol grubunda eşlerdeki kronik hastalık sayısı da benzer olarak bulunmuştur. Evlilik öncesi birbirini tanıma DAS skorlarını yükselten bir parametredir ve kontrol grubunda evlilik öncesi birbirini tanıma daha yüksek bulunmuştur. Bu da kontrol grubunun puanlarının artmasına neden olmuş olabilir. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu da incelendiğinde olgu ve kontrol grupları benzer görülmektedir. Şeker regülasyonunu başarabilen katılımcıların DAS skoruyüksektir, Türkiye ortalamasının belirgin derecede üzerinde bulunmuştur. DAS ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışmasındaki Türkiye ortalamasından yüksek olarak bulunmuştur(5). Bu da eş uyumları daha iyi olan çiftleri şeker regülasyonunda daha başarılı oldukları şeklinde yorumlanabilir. Fakat burada dikkat çekici olan şeker regülasyonu bozuk olan kişilerin eş uyum skorlarının da Türkiye ortalaması düzeylerinde kalmasıdır.

Olgu grubunun DAS skoru ortalaması genç yaşlarda daha yüksekken kontrollerde DAS skoru ortalamaları yaş arttıkça artmaktadır. Olgu grubunda DAS skoru ortalaması Türkiye ortalamasının az üstündeyken, kontrol grubunda bu puanlar Türkiye ortalaması düzeylerindedir. Bu durum diyabetli bir birey evde varsa eş uyumu skorlarının daha iyi olduğu varsayımını gösterir bu da aslında "Şeker regülasyonu iyi olan çiftlerde eş uyumu yüksektir" önermemizle beraber değerlendirildiğinde şöyle bir sonuç ifade edilebilir: Diyabette eş uyumu minimal düzeyde artsa da hastalığın uyumunu sağlamış kişiler eş uyumları belirgin yüksek olanlardır.

Diğer yandan yaşla ilgili olarak belirtmek gerekir ki yaş grupları içinde DAS skorunun en düşük puanlarına bakıldığında 18-34 yaş ve 34-50 yaş grubunda düşükken 50 yaş ve üzeri grupta minimal alınan skor diğerlerinden yüksek bulundu. Burada değerlendirilmesi gereken

nokta Tip 2 diyabetin daha yoğun olduğu yaş gruplarında en düşük puanlar belirgin olarak yüksektir. Bu da diyabetlilerde eş uyumu skorlarının toplum ortalamasının üstünde çıkmasına bir neden teşkil etmiş olabilir.

Evlilik süreleri değerlendirildiğinde 1-5 yıldır evli olanların ve 10 yıl üzeri evli olanların skorlarında toplum ortalamasıyla benzerlik göze çarpmaktadır. Fakat 6-10 yıllık bir dönemde evli olanların DAS skorları toplumdan yüksek bulunmuştur. Bu aile kurumundaki sürekli bahsedilen ilk 5 senedeki boşanmaların tüm boşanmaların neredeyse yarısı olduğu gerçeğine bir gerekçe oluşturabilir(44).

Eğitim durumu ile ilgili olarak bakıldığında DAS skorları üniversite eğitimi almış bireylerde anlamlı yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyinin yüksek olması sağlıkla ilgili bir şeyleri yolunda götürme bilinciyle ilişkilendirilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonunda DAS skorları toplum ortalamasından daha yüksek bireylerde şeker regülasyonunun daha iyi olduğu sonucu ya da şeker regülasyonu iyi bireylerin DAS skorlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu da eş uyumu ve diyabette şeker regülâsyonu arasında anlamlı ilişkiyi göstermektedir.

Buradan ulaşabileceğimiz fikir, kan şekeri regülasyonu bozuk ya da tedaviye dirençli yahut uyumsuz diyabet hastasının ev hayatı aile ilişkileri özellikle de eş uyumunun da değerlendirilmesi, gerekirse bu konular üzerinde durulması, yaşam tarzı değişikliği için gereken desteğe ulaşıp ulaşamadığının sorgulanması birinci basamak hekimleri için önemlidir. Aile hekimi evli ve düzensiz şeker regülasyonu olan bireylerde aile içinde hastalığa yaklaşımın ve algı düzeyinin anlaşılması açısından hastasıyla işbirliğinde olmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1.Evlilik Ve Aile Danışmanlığı Kuramları Amerikan Uluslar Arası Newport Üniversitesi Davranış Bilimleri Bölümü Aile Terapisi Dönem Ödevi/ Nur Meriç

2.Ping Zang, Michael M. Engelgau, Susan Norris, Edward Gregg, VenkatNarayan. Application of Economic Analysis toDiabetes and Diabetes Care. Annals of Internal Medicine 2004;140: 972–977.

3. J FamPsychol. 2013 October; 27(5): 722–730. doi:10,1037/a0034006. "CommonDyadicCoping Is Indirectly Related to Dietary and Exercise Adherence via Patientand Partner Diabetes Efficacy"

4. Johnson DR, AmazolaTO&Booth A: Stability and developmental change in marital quality: a three wave panel analysis. Journal of Marriage and the Family. 54: 582-594, 1992

5. Avrupa Psikolojik Değerlendirme Dergisi, Cilt 16, Sayı 3, sayfa 214-218

Kısa Rapor, Türk Çiftlerde Evlilik Kalitesini Ölçmeye Yönelik Çift Uyum Skalasının Uygulanabilirliği, Hürol Fışıloğlu ve Ayhan Demir

6.Kışlak Tutarel Ş, Çabukça F: Empati ve demografik de- ğişkenlerin evlilik uyumu ile ilişkisi. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, Cilt: 2 Say ı: 6, 2002

7.Akt: Sardogan, M. E. Ve Karahan, T. F.(2005). "Evli Bireylere Yönelik BirİnsanIliskileri Beceri Eğitimi Programı'nın Evli Bireylerin Evlilik UyumDüzeylerine Etkisi". Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi.Cilt:38, Sayı:2, 89-102

8. Binici Azizoğlu S: Psikolojik yardım için başvuruda bulunan ve bulunmayan evli çiftlerin evlilik ili şkilerini değerlendirmelerinin karşılaştırılması. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 2000.

9.Grych JH, Fincham FD: Marital conflict and children's adjustment: a cognitive-contextual framework. PsychologicalBullentin, 108: 267-290, 1990. 10. Winemiller DR, Mitchell ME: Development of a coding system for marital solving efficacy. BehavResTherVol. 32(1): 159-164, 1992

10.Yılmaz A: Eşler arasındaki uyum: kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, Cilt: 1 Sayı: 4, 2001.

11. Düşünen Adam; 2005, 18 (1): 39-47 Erbek E, Beştepe E, Akar H, Eradamlar N, R. Alpkan Latif.

12. Gürsoy, F. Ç. (2004). “Kaygı Ve Demografik Degiskenlerin Evlilik Uyumuİle İliskisi”. (Yüksek Lisans Tezi). Mersin Üniversitesi.

13. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 18, Sayı 2, 2009, Sayfa 247-269Evlilik Doyum Ölçeği Geçerlik Güvenirlik Çalışmaları Dr. Metehan ÇELİK Prof. Dr. Banu YAZGAN İNANÇ

14. Türkiye diyabet Programı 2015-2020. S:44 www.diyabet.gov.tr

15. Aile Danışmanlığı Uygulaması: Dünü, Bugünü ve Yarını Taner ALGAN Arş. Gör. Fırat Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü. İnsan Ve Toplum BilimleriAraştırmaları Dergisi Cilt: 5, Sayı: 7, 2016 Sayfa: 2208-2217

16.Diyabetli Hastalarda Uyumun Ve Aile Destek Düzeylerinin Belirlenmesi Hemşire Selin Akın Yüksek Lisans Tezi İstanbul, 2011

17.Ryan CM. Psychological Factors and Diabetes Mellitus. Ed(s). In.Pickup JC, Williams G. Textbook of Diabetes, 2nd ed.,Black well Science Ltd, Oxford, 1977, p. 66.3.

18.Diyabetik Hastalarda Tıbbi Ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesine EtkisiTıpta Uzmanlık Tezi Dr. Rıza Çıtıl Kayseri-2009

19.Diyabetli Kadın Ve Erkek Hastalarda Cinsel İşlevBozukluğunu Etkileyen Faktörler/ Nihal Altın /Yüksek Lisans Tezi/Hemşire

20.Prediyabetik BireylerdeTip 2 Diyabet Gelişiminin Engellenmesi İçin Verilen YaşamTarzı Degişikliklerine Hasta Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Saptanması Dr. Deniz Besler Uzmanlık Tezi İzmir- 2006

21.A study of a couple with type 2 diabetes: dyadic adjustment and psychological morbidity M. Graça Pereira, José C. Machado, M. Rui Sousa, Susana Pedras Escola de Psicologia, Universidade do Minho 4710-054 Braga, Portugalgracep@psi. uminho. pt
http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.04.010

22.Effects of infertility on genderdifferences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples Guliz Onat, Nezihe Kizilkaya Beji

23.Dyadic Coping Among Coupleswith COPD: A Pilot Study Caroline Meier • GuyBodenmann • Hanspeter Moergeli • Melanie Peter-Wight • Mike Martin • Stefan Buechi • Josef Jenewein

24.a Prospective Analysis Of Marital Relationship Factors And Quality Of Lifein Diabetes Paula M. Trıef, Phd Mıchael J. Wade, Ms Kırsten Dee Brıtton Ruth S. Weınstock, Md, Phd

25.Temd Diabetes Mellitus Ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu-2017

26. AmericanDiabetesAssociation. Standards of Medicalcare in Diabetes–2006. Position Statement. DiabetesCare, 2006, 26;1.

27.Manson J, Skerrett P, Gerrenlend P, Vanıtallie T. TheEscalatingPandemics Of ObesityAndSedantaryLifestyle. AchInternMed. Vol.164, Pg 249–258, 2004.

28. Hodge A, Courten M, Zimmet P. Obesityandtype 2 DiabetesMellitus. International Textbook of Obesity 2002 pg:351–363.

29. Satman I, Yılmaz MT, Sengül A, Salman S, et al. Population-basedstudy of diabetesand risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care. Alexandria: Sep 2002. Vol. 25, Iss. 9; pg.1551, 6 pgs.

30.Glaser NS. Non-insülin-dependent diabetes mellitus in childhood and adolescence. Pediatr Clin North Am 1997: 44: 307–337.

31.Dean HJ, Mundy RL, Moffatt M. Non-insülin-dependent diabetes mellitus in İndian children in Manitoba. CMAJ 1992: 147: 52–57.

32. Colagiuri S, Borch-Johnson K, Glümer C, Vistisen D. Therereally is an epidemic of type 2 diabetes. Diabetologia 2005, 48: 1459–1463.

33. Akalın et al. DiabCost. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism 1998:1: 9–14. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. İntensive blood-glucose control with sulphonylureas or insülin compared with conventional teratment and risk of complications in patients with type 2 diabetes.(UKPDS 33). Lancet. 1998; 352: 837–853.

34.Tuomilehto J, Lindstrom M, Eriksson JG, Vale TT, Hamalainen H, İlanne-Parika P, Keinanen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucosetolerance. N Engl J Med 344:1343–1350, 2001.

35. Erikson KF, Lidgarde F. Prevention of NIDDM by diet and physicalexercise. The 6-year Malmofeasibility study. Diabetologia 1991, 34: 892–898.

36. XR Pan, GW Li, YH Hu, JX Wang, WY Yang, ZX An, ZX Hu, J Lin, JZ Xiao, HB Cao, PA Liu, XG Jiang, YY Jiang, JP Wang, H Zheng, H Zhang, PH Bennettand BV Howard. Effects of dietandexercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and DiabetesStudy. DiabetesCare 1997, 20: 537-544.

37.Guthrie J, Morton J, FoodSources Of AddedSweeteners in TheDiets Of Americans. J AmDietAssoc. 2000; 100: 43–48, 51.

38.Ludwig D, Peterson K. E, Gortmaker S.L. Relation betweenconsumption of sugars weetened drinks and chilhood obesity: a prospective, observational analysis. Lancet 357, Iss. 9255, 490–491, 2001.

39. Westenhoefer J, VonFalck B, StellfeldtA, Fintelmann SS. Behavioural correlates of successful weight reduction over 3 years. Results from the Lean Habits Study. Int JObes Relat Metab Disord. 2004 Feb; 28(2): 334–5.

40. Laakso M. Cardiovascular disease in type 2 diabetes: challenge for treatment and prevention. J Intern Med.2001 Mar;249: 225–35

41.Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. MedCare. 1986 Jan;24(41):67-74).

42. Vural B., Acar Ö. T., Topsever P., Filiz T. M. ModifiyeMorisky Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. TheJournal of TurkishFamilyPhysician, 2012;17-20.

EKLER

ARAŞTIRMACI TARAFINDAN OLUŞTURULAN ANKET FORMU

Yaş 18-30 □ 30-50□ 50 ve üstü□

Cinsiyet erkek □ kadın□

Eğitim Durumu

Evlilik süresi 1-5 yıl □ 5-10 yıl□ 10 yıl ve üzeri□

Dm tanısı alalı kaç yıloldu? 1-5 yıl□ 5-10 yıl□ 10 yıl ve üzeri□

Eşim de kronik (bir dm dışı, malignansi dışı) hastalık var

Evet □ Hayır□

Evlilik öncesinde birbirini tanıma Evet□ Hayır□

Çocuk sahibi Evet□ Hayır□

HbA1c …..

MODİFİYE MORİSKY İLAÇ UYUM ÖLÇEĞİ ANKET SORULARI

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu? □ Evet□Hayır

2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz? □ Evet□Hayır

3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu? □ Evet□Hayır

4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu? □ Evet □Hayır

5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz? □ Evet □Hayır

6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu ?□ Evet□Hayır

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

DOKUZEYLÜL HASTANESİ

Sayı : 82010743-045 - 5774 12 Mayıs 2016
Konu : Çalışma

128 AH/2016

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız öğretim üyelerinden Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'ın Sorumlusu, Arş. Gör. Dr. İ. Akın TÜTÜNCÜLER'in yürütücüsü olduğu "Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hedeflenen Kan Glikoz Düzeyine Ulaşma Başarısı ve Eş Uyumu Skorları Arasındaki İlişkisi" isimli tez çalışması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

Prof. Dr. Can KARACA
Başhekim

Ek : 1 sayfa

Mithatpaşa Cad. No: 1606 İnciraltı Yerleşkesi 35340 Balçova / İzmir
Telefon: +90 (232) 412 23 26 Faks: +90 (232) 412 97 97
E-Posta: emine.elgin@deu.edu.tr Elekronik Ap: http://hastane.deu.edu.tr/

Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Emine ELGİN
Memur

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2015/27-09**	**Tarih: 03.12.2015**
	Doç.Dr.Nilgün ÖZÇAKAR'ın sorumlusu olduğu **"Diyabet Hastalarının Kan Şekeri Kontrol Durumları ile Eş Uyumları Arasındaki İlişki"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, **kurum izin belgesi alınması koşuluyla** etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -Kurum izin belgesi alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	katılamadı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	katılamadı
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	katılamadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	katılamadı
Prof.Dr.Müge KİRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	katılamadı
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	