



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



TİP II DİYABETLİ HASTALARIN TUTUMLARININ DİYABET MALİYETİNE ETKİSİ

Şüra MUSHTAQ

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ

ANKARA

2022

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TİP II DİYABETLİ HASTALARIN TUTUMLARININ DİYABET
MALİYETİNE ETKİSİ

Şüra MUSHTAQ

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ

ANKARA

2022

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Tip II Diyabetli Hastaların Tutumlarının Diyabet Maliyetine Etkisi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrenci: Şüra MUSHTAQ

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalında Şüra MUSHTAQ tarafından hazırlanan “Tip II Diyabetli Hastaların Tutumlarının Diyabet Maliyetine Etkisi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21.01.2022

Doç. Dr. Şükrü Anıl TOYGAR
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK
Üye

Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Fügen AKTAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	viii
Çizelgeler	ix
1.GİRİŞ	1
1.1.Temel Maliyet Kavramları	2
1.2. Maliyet Muhasebesi	4
1.3. Maliyet Analizi	8
1.3.1. Sağlık Kurumlarında Çıktıların Saptanması	11
1.3.2. Gider Yerlerinin Belirlenmesi	12
1.4. Diabetes Mellitus	13
1.4.1. Diabetes Mellitus Türleri	14
1.4.2. Diabetes Mellitusun Komplikasyonları ve Eşlik Eden Hastalıklar	15
1.4.3. Dünyada ve Türkiye’de Diabetes Mellitusun Yansımaları	17
2. GEREÇ VE YÖNTEM	21
2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	21
2.2. Araştırmanın Türü	21
2.3. Veri Toplama Araçları	21
2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımlar	25
2.6. İzinler	26
2.7. Araştırmanın Amaç ve Hipotezleri	27
3.BULGULAR	38
3.1. Araştırma Grubunu Tanımlayıcı Bulgular	38
3.2. Diyabet Maliyetine Yönelik Bulgular	39
3.3. Diyabet Tutumuna Yönelik Bulgular	66
4.TARTIŞMA	94
4.1. Diyabetin Maliyeti İle İlgili Yapılan Çalışmalar	94
4.2. Diyabetin Komplikasyonları ve Diyabete Eşlik Eden Hastalıklar ile İlgili Yapılan Çalışmalar	96
4.3. Diyabet Tutum Ölçeği ile İlgili Yapılan Çalışmalar	97
5.SONUÇ VE ÖNERİLER	100
5.1. Sonuçlar	100
5.2. Öneriler	108
ÖZET	112
SUMMARY	113

KAYNAKLAR	114
EKLER	120
EK-1 Etik Kurul İzni	120
EK-2 Kurum İzni	121
EK-3 Ölçek Kullanım İzni	122
EK-4 Diyabet Tutum Ölçeği	123
EK-4 Diyabet Tutum Ölçeği	124
EK-5 Araştırmada Kullanılan Soru Formu	126
ÖZGEÇMİŐ	127



ÖNSÖZ

Bulaşıcı olmayan hastalıklar kategorisinde yer alması ve gün geçtikçe daha çok insanın diyabet teşhisi alıyor olması sebebiyle, diyabete yönelik maliyet çalışmalarının yapılması önem arz etmektedir. Hastanelerdeki maliyetleri tespit ederek sağlık çıktısının kalitesinden ödün vermeden maliyetleri azaltmaya yönelik girişimler günümüzde ön plana çıkmaktadır. Bireylerin yaşamları ve hastalıklara yaklaşım tarzları maliyetler üzerinde etkilidir.

Bu araştırma İç Anadolu Bölgesi'nde faaliyet gösteren bir üniversite hastanesindeki endokrinoloji polikliniğine başvurmuş Tip II diyabetli hastaların tutumlarının diyabet maliyetine olan etkilerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Yapılan araştırma maliyetler ve hastaların tutumlarını incelemesi açısından özgün değere sahiptir.

Araştırma sürecinde bütün bahanelerime rağmen, benim vazgeçmemi engelleyen, büyük bir sabırla bana destek olan danışmanım sayın Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ hocama teşekkürü borç bilirim. Tıkandığım noktalarda bana cankurtaran müdahalesi yapan, aynı kurum altında çalışmaktan gurur duyduğum değerli hocalarım sayın Doç. Dr. Şükrü Anıl TOYGAR ve Dr. Öğr. Üyesi Gülpembe OĞUZHAN hocama da destekleri için teşekkür ederim. Gerekli verileri toplamam konusunda bana yardımcı olan hastane personeline de teşekkür ederim.

Hayatta hiçbir zaman yalnız olmadığımı hissettiren, dualarıyla benim ayakta durmamı sağlayan ve sahip olduğum bütün başarılarda imzası olan başta annem Serpil ALAN olmak üzere bütün aileme tez sürecinde beni motive ettikleri için sonsuz teşekkür ederim. Her ihtiyaç duyduğumda ulaşabildiğim ve akıl alabildiğim arkadaşlarım Kübra TEKAYAK ve Hatice Büşra CAN'a çok teşekkür ederim.

Her ne olursa olsun asla pes etmeyen kendime ise en büyük teşekkürü etmek isterim.

SİMGELER VE KISALTMALAR

AIDS	Acquired Immune Defficiency Syndrome
DM	Diabetes Mellitus
GDM	Gestasyonel Diyabet
IDF	International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)
IQVIA	Quintiles and IMS Health
n	Araştırmaya Katılan Kişi Sayısı
OECD	Organisation for Economic Co-operation Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
p	İstatistiksel Anlamlılık Durumu
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TL	Türk Lirası
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelansı
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
%	Yüzde

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Sağlık Kurumlarında Yönetim Muhasebesi Uygulamaları	5
Şekil 1.2. Sağlık Kurumlarında Gider Merkezleri	12



ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Ülkelerde Maliyet Analizi Sistem Varlığı.	9
Çizelge 2.1. Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutlara Göre Dağılımı.	23
Çizelge 2.2. Çarpıklık ve Basıklık Değerleri.	25
Çizelge 3.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler.	38
Çizelge 3.2. Maliyet Değerleri Özet Çizelge.	39
Çizelge 3.3. İlaç Maliyetlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.	40
Çizelge 3.4. Tetkik Maliyetlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.	40
Çizelge 3.5. Toplam Maliyetlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.	41
Çizelge 3.6. Toplam İlaç Maliyetinin Yaşa Göre Karşılaştırılması.	41
Çizelge 3.7. Toplam Tetkik Maliyetinin Yaşa Göre Karşılaştırılması.	42
Çizelge 3.8. Toplam Maliyetlerin Yaşa Göre Karşılaştırılması.	42
Çizelge 3.9. Toplam İlaç Maliyetinin Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.	43
Çizelge 3.10. Toplam Tetkik Maliyetinin Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.	43
Çizelge 3.11. Toplam Maliyetin Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.	44
Çizelge 3.12. Toplam İlaç Maliyetinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.	44
Çizelge 3.13. Toplam Tetkik Maliyetinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.	45
Çizelge 3.14. Toplam Maliyetin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.	45
Çizelge 3.15. Toplam İlaç Maliyetinin Diyabetli Olma Süresine Göre Karşılaştırılması.	46
Çizelge 3.16. Toplam Tetkik Maliyetinin Diyabetli Olma Süresine Göre Karşılaştırılması.	47
Çizelge 3.17. Toplam Tetkik Maliyetinin 1-5 yıl Arası Diyabetli Olan Bireyler ile 6-10 yıl Olan Diyabetli Bireylerle Karşılaştırılması.	47
Çizelge 3.18. Toplam Tetkik Maliyetinin 1-5 yıl Arası Diyabetli Olan Bireyler ile 11 Yıl ve Üzeri Olan Diyabetli Bireylerle Karşılaştırılması.	48

Çizelge 3.19. Toplam Tetkik Maliyetinin 5-10 yıl Arası Diyabetli Olan Bireyler ile 11 Yıl ve Üzeri Olan Diyabetli Bireylerle Karşılaştırılması.	48
Çizelge 3.20. Toplam Maliyetin Diyabetli Olma Süresine Göre Karşılaştırılması.	49
Çizelge 3.21. Toplam İlaç Maliyetinin Ailede Diyabetli Birey Varlığına Göre Karşılaştırılması.	49
Çizelge 3.22. Toplam Tetkik Maliyetinin Ailede Diyabetli Birey Varlığına Göre Karşılaştırılması.	50
Çizelge 3.23. Toplam Maliyetin Ailede Diyabetli Birey Varlığına Göre Karşılaştırılması.	50
Çizelge 3.24. Toplam İlaç Maliyetinin Diyetle Uygun Beslenme Durumuna Göre Karşılaştırılması.	51
Çizelge 3.25. Toplam Tetkik Maliyetinin Diyetle Uygun Beslenme Durumuna Göre Karşılaştırılması.	51
Çizelge 3.26. Toplam Maliyetin Diyetle Uygun Beslenme Durumuna Göre Karşılaştırılması.	52
Çizelge 3.27. Toplam İlaç Maliyetinin Günlük Hayatta Zorlanma Durumuna Göre Karşılaştırılması.	52
Çizelge 3.28. Toplam Tetkik Maliyetinin Günlük Hayatta Zorlanma Durumuna Göre Karşılaştırılması.	53
Çizelge 3.29. Toplam Maliyetin Günlük Hayatta Zorlanma Durumuna Göre Karşılaştırılması.	54
Çizelge 3.30. Toplam İlaç Maliyetinin Komplikasyon Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.	54
Çizelge 3.31. Toplam Tetkik Maliyetinin Komplikasyon Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.	55
Çizelge 3.32. Toplam Maliyetin Komplikasyon Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.	55
Çizelge 3.33. Toplam İlaç Maliyetinin Eşlik Eden Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması.	56

Çizelge 3.34. Toplam İlaç Maliyetinin Bir Tane Eşlik Eden Hastalık ile İki Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.	57
Çizelge 3.35. Toplam İlaç Maliyetinin Bir Tane Eşlik Eden Hastalık ile Üç Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.	57
Çizelge 3.36. Toplam İlaç Maliyetinin Bir Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.	58
Çizelge 3.37. Toplam İlaç Maliyetinin İki Tane Eşlik Eden Hastalık ile Üç Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.	58
Çizelge 3.38. Toplam İlaç Maliyetinin İki Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.	59
Çizelge 3.39. Toplam İlaç Maliyetinin Üç Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.	59
Çizelge 3.40. Toplam Tetkik Maliyetinin Eşlik Eden Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması.	60
Çizelge 3.41. Toplam Tetkik Maliyetinin Bir Tane Eşlik Eden Hastalık ile İki Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.	60
Çizelge 3.42. Toplam Tetkik Maliyetinin Bir Tane Eşlik Eden Hastalık ile Üç Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.	61
Çizelge 3.43. Toplam Tetkik Maliyetinin Bir Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.	61
Çizelge 3.44. Toplam Tetkik Maliyetinin İki Tane Eşlik Eden Hastalık ile Üç Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.	61
Çizelge 3.45. Toplam Tetkik Maliyetinin İki Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.	62
Çizelge 3.46. Toplam Tetkik Maliyetinin Üç Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.	62

Çizelge 3.47. Toplam Maliyetin Eşlik Eden Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması.	63
Çizelge 3.48. Toplam Maliyetin Bir Tane Eşlik Eden Hastalık ile İki Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.	63
Çizelge 3.49. Toplam Maliyetin Bir Tane Eşlik Eden Hastalık ile Üç Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.	64
Çizelge 3.50. Toplam Maliyetin Bir Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.	64
Çizelge 3.51. Toplam Maliyetin İki Tane Eşlik Eden Hastalık ile Üç Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.	65
Çizelge 3.52. Toplam Maliyetin İki Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.	65
Çizelge 3.53. Toplam Maliyetin 3 Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.	65
Çizelge 3.54. Diyabet Tutum Ölçeği Puanların Ortalamalara Göre Dağılımı.	66
Çizelge 3.55. Diyabet Tutumunun Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.	67
Çizelge 3.56. Diyabet Tutumunun Yaşa Göre Karşılaştırılması.	69
Çizelge 3.57. Diyabet Tutumunun Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.	71
Çizelge 3.58. Diyabet Tutumunun Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.	72
Çizelge 3.59. Eğitim Düzeyine Göre Yapılan Çoklu Karşılaştırma Test Sonuçları.	74
Çizelge 3.60. Diyabet Tutumunun Diyabetli Olma Süresine Göre Karşılaştırılması.	76
Çizelge 3.61. Diyabetli Olma Süresine Göre LSD Çoklu Karşılaştırma Test Sonuçları.	77
Çizelge 3.62. Diyabet Tutumunun Ailede Diyabetli Birey Olup Olmadığına Göre Karşılaştırılması.	78
Çizelge 3.63. Diyetle Uygun Beslenme Durumuna Göre LSD Çoklu Karşılaştırma Test Sonuçları.	81

Çizelge 3.64. Diyabet Tutumunun Günlük Hayatta Zorlanma Durumuna Göre Karşılaştırılması.	82
Çizelge 3.65. Diyabet Tutumunun Herhangi Bir Komplikasyon Olup Olmadığına Göre Karşılaştırılması.	85
Çizelge 3.66. Diyabet Tutumunun Eşlik Eden Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması.	87
Çizelge 3.67. Diyabet Tutumu İle Toplam İlaç Maliyetleri Arasındaki İlişki Analizi.	88
Çizelge 3.68. Diyabet Tutumu İle Toplam Tetkik Maliyetleri Arasındaki İlişki Analizi.	89
Çizelge 3.69. Diyabet Tutumu İle Toplam Maliyetler Arasındaki İlişki Analizi.	90
Çizelge 3.70. Diyabet Maliyeti ile İlgili Hipotezlerim Kabul/ Red Durumu Özet Çizelge.	92
Çizelge 3.71. Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutları ile İlgili Hipotezlerin Kabul/ Red Durumu Özet Çizelge.	92

1.GİRİŞ

Hastaneler, 1990'lı yıllarda daha çok devletin, vakıfların, kar amacı gütmeyen organizasyonların sahip olduğu sosyal yardımı ve refahı hedefleyen kurumlardır. Çoğunlukla '*kar yok, zarar yok*' ilkesini prensip edinmişlerdir. İlerleyen yıllarda kar amacı gütmeyen hastaneler kendilerini ticari işletmeler haline dönüştürmeye başlamıştır. Bir hastaneyi özel yapan karakteristik özellikler hakkında planlama zincirleri oluşmaya başladı ve bu şehirler arasında yayılmıştır. Bu değişimlerle beraber hastaneler için '*finansal yönetim*' kavramı hayatımıza girmiştir (Kulkarni ve ark., 2009). Hastaneler önceden ünlü doktorlar ve zengin insanlar sayesinde kendini bir süre idare edebilmiş, fakat ilerleyen zamanlarda finansal açıdan sistematik bir yönetime ihtiyaç duyulduğu anlaşılmıştır (Kempers, 2015).

İnsan bir ülkenin en değerli kaynağıdır ve dolayısıyla toplumların ve bireylerin en önemli serveti de sağlıktır. Bu nedenle sağlık sorunlarına gerçekçi ve kalıcı çözümler bulabilmiş ülkelerin siyasal, sosyal ve ekonomik yapıları incelendiğinde bu yapıların da sağlıklı olduğu görülmektedir. Sağlık alanında yapılan ve bireyleri etkilediği kadar toplumları da etkileyen harcamalar gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık harcamalarını finanse edebilmek için ülkelerin gayri safi yurtiçi hasıllarının büyük bir bölümünün kullanıldığı görülmektedir. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin maliyeti ülke gündemlerinde sürekli ön plana çıkmaktadır. Kamu ya da özel olarak ayrılmaksızın kurumlarda yürütülen politikalar sağlık hizmetlerinin yapısını doğrudan etkileyen faktörlerden biridir. Sonuç olarak sağlık hizmetine yönelik alınacak kararların etkileri düşünüldüğünde, bu konuda sağlam ve bilimsel temellere dayalı çalışmaların gerekliliği anlaşılmaktadır (Ağırbaş ve ark., 2012).

Sunulan hizmetlerin fiyatlarının sağlık kurumları tarafından belirlenemiyor oluşu, sağlık yöneticilerini maliyetlerin kontrol altına alınabilmesi konusunda çalışma yapmaya yönlendirmiştir. Sağlık kurumlarında sayısı tam olarak belirlenemese de on binlerle ifade edilen birçok farklı kalemden malzemenin temin edilip kullanılıyor olması ve bahsi geçen kalemlerin yüksek maliyetli olması,

maliyetlerin kontrolünün ne denli zor olduğunu belirtmek açısından önemlidir. Maliyetlerin yüksek ve bütçenin kısıtlı olması sağlık yöneticilerini tedarikçilerle daha sıkı bir pazarlığa ve işbirliğine zorlamaktadır (Kısakürek, 2010).

World Health Organization (WHO) maliyet analizlerinin önemine vurgu yapmış ve bu analizlerle temelde üç konuya odaklanmıştır. Bunlar alternatifler arasından uygun olan maliyeti seçme, seçim işlemi yapacak ekibi doğru seçme ve maliyeti etkililiktir. Sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesinden ödün vermeden, maliyetleri ölçüp kontrol altında tutmak önemlidir (World Health Organization, 2019).

Bu araştırma ile Tip II diyabetli bireylerin tutumlarının diyabet maliyetine olan etkisinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Maliyetlerin ve tutumların demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı da araştırılmıştır. Bu doğrultuda araştırmanın giriş bölümünde; temel maliyet kavramları, maliyet muhasebesi, maliyet analizi ile Diabetes Mellitus (DM) hakkında genel bilgiler verilmiştir. Araştırmanın ikinci bölümünde gereç ve yöntem konusunda bilgiler yer almaktadır. Üçüncü bölümde diyabet maliyetine ve diyabet tutumuna yönelik bulgulara yer verilmiştir. Literatürde daha önce konu ile ilgili yapılmış çalışmalar hakkında bilgiler dördüncü bölümde yer almaktadır. Son olarak beşinci bölümde, araştırmaya yönelik sonuç ve önerilere değinilmektedir.

1.1.Temel Maliyet Kavramları

Türk Dil Kurumu tarafından maliyet kavramı '*üretimde bir mal ortaya çıkıncaya kadar harcanan değerlerin tamamı*' olarak tanımlanmaktadır. Harcama kavramı incelendiğinde '*bir şey almak için paranın elden çıkarılması*' gider kavramı incelendiğinde '*gelecekte sağlanacak değerler için harcanan paraların tümü*' olarak tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu, 2019).

Literatürde maliyet terimi hakkında farklı tanımlamalar yapılmış olsa da muhasebeci gözünden bakıldığında aslında belirli bir amaca, genellikle ekonomik bir faydaya ulaşmak için feda edilen kaynak olarak tanımlanmaktadır. Maliyet ve gider kavramlarını birbirinden farklıdır ancak bu konuda bir karmaşa söz konusudur (Emanuel ve ark., 2012).

Özellikle duran varlık elde etmek ya da ürün ortaya çıkarmak amacıyla ödenen tutar maliyet olarak tanımlanmaktadır. Genellikle bilançonun aktif kısmında yer alan ve tek seferlik ödeme yapılan işlemler maliyetleri oluşturmaktadır. Gider kavramı ise yıllık yapılan harcamaları kapsar ve kar/zarar tablosu (gelir tablosu) üzerinden takip edilmektedir. Maliyet ve gider kavramları arasındaki temel fark, maliyet bir ürün elde etmek veya ürünlerin oluşturulması için işletmeler tarafından harcanan tutarı ifade ederken; gider işletmenin gelir elde etmek amacıyla devam ettirdiği faaliyetler için harcanan tutarı ifade etmesidir. Ayrıca maliyetler işletmenin karlılığını dolaylı olarak etkilerken, giderler işletmenin karlılığını doğrudan etkilemektedir (Lanen ve ark, 2011).

Maliyet, harcama ve gider kavramları birbirleri yerine kullanılsa da aslında kavramların arasında temel farklılıklar mevcuttur. Sağlık kurumlarında hizmet üretebilmek için kullanılan mal ve hizmetlerin parasal tutarına **maliyet** denir. Sağlık kurumlarının mal ve hizmet aldığı kurumlara ödeme yapma gerekliliği vardır. **Harcama** ise ödenen para tutarını ifade etmektedir. Sağlık kurumları tarafından satın alınan ve depoya konulan malzemenin, hizmet üretimi amacı ile kullanılan kısmının parasal tutarına **gider** denir. Örnek olarak; bir sağlık kurumu 2.000.000 TL lik ilaç alımı için bir ecza deposuyla ihale sonucunda sözleşme imzalamıştır. İlaç tesliminden sonra belirlenen tutarın 750.000 TL si ecza deposuna ödenmiştir. Teslimi gerçekleşen ilaçların 1.000.000 TL si hizmet üretimi için kliniklerde kullanmıştır. Bu örnekte 2.000.000 TL maliyeti, 750.000 TL harcamayı, 1.000.000 TL ise gideri göstermektedir (Ağırbaş, 2014, s:429).

1.2. Maliyet Muhasebesi

Maliyet muhasebesi temelde bir kayıt sistemidir ve bu kayıtların işlenerek bilgi haline dönüştürülmesi gerekmektedir. Maliyet muhasebesinin bu işlevi yerine getirebilmesi için, genel muhasebenin verilerinden ve maliyet analizlerinden yararlanması gerekmektedir (Ağırbaş, 2014).

Maliyetlerin sınıflandırılıp hesaplanması ekonomistlerin iş tanımında yer almaktadır, fakat bunu meslek dışındaki kitleye anlatabilme yeteneğine çoğu zaman sahip olmadıkları düşünülmektedir. Son zamanlarda meslek dışında olan bireylere ekonomi terimlerinin anlaşılır biçimde aktarılması önemli hale gelmiştir. Sistemlerde uygulanması düşünülen değişime adapte olup onu uygulayacak olan kitlenin, bu bilgilere erişimi kolaylaştırılmalıdır. Ekonomide önemli kavramlardan biri olan para, dünya çapında dolaşmakta ve bazı insanların sadece bir öğün yemek için ödediği miktar ile bir çiftçinin aylık geliri aynı parayı ifade etmektedir. Böyle bir durumla karşı karşıya olmak, hayatın her alanında herkesin bir maliyet yönetimine ihtiyaç duyduğunu göstermektedir (Single ve ark., 2013, s:7).

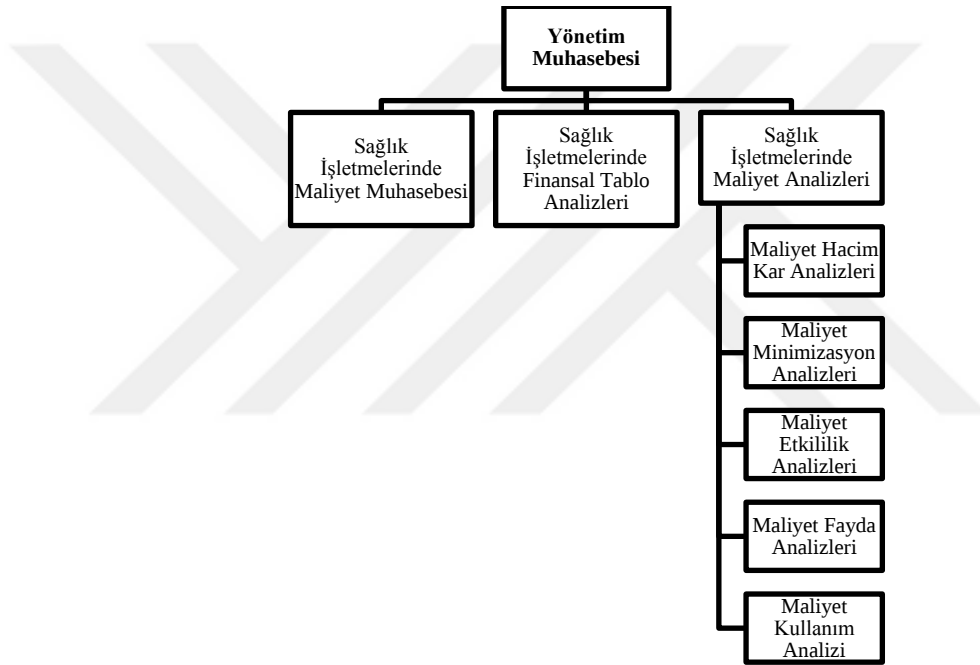
Günümüzde maliyetleri tahmin edip hesaplayabilmek kadar farklı maliyetlerin farklı sonuçlar doğurduğunu anlayabilmek de önemlidir. Seçim yapılırken bu kritere göre hareket edileceği de göz ardı edilmemelidir. Sağlık kurumlarında öncelikli olarak düşünülen şey hizmetlerin maliyetleri olmasa da maliyet kavramı, seçimleri önemli ölçüde etkilemektedir (Horngren ve ark., 2010).

Maliyet muhasebesi, maliyetlerin oluşma yerlerine, maliyetlerin ilgili oldukları mamul ve hizmetlere göre ve maliyet türlerine göre tespit edip gelişmeleri izleyip gözlemlemeye yarayan bir hesap ve kayıt sistemidir. Başlıca amaçları (Ağırbaş, 2014):

- Birim maliyetleri saptamak
- İşletme faaliyetlerinde denetim konusunda yardımcı olmak

- Planlama yapmaya destek olmak
- Yöneticilerin karar almalarına yardımcı olmaktır.

Muhasebe verilerinin işletmeye yönelik karar alma, planlama ve kontrol mekanizmasına katkıda bulunan alt sistemine *Yönetim Muhasebesi* denilmektedir. Literatürde işletme muhasebesi ve analitik muhasebe isimleriyle de bilinmektedir. Yönetim muhasebesinin uygulama alanları temelde üç başlık altında incelenmektedir. Bunlar Şekil 1 de gösterilmektedir.



Kaynak: Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi (Ağırbaş, 2014)

Şekil 1.1. Sağlık Kurumlarında Yönetim Muhasebesi Uygulamaları

Hastanelerin büyük bir çerçeveden bakıldığında sağlık sisteminin alt sistemini oluşturduğu görülmektedir. Büyük sistemlerdeki maliyetleri yönetebilmek için hastanelerdeki maliyetlerin de kontrol altında tutulması önemlidir. Bu sebeple hastanelerin, temel iktisat prensibi gereği kendilerine tahsis edilmiş kıt kaynakları sağlık bakım kalitesinden taviz vermeden, en yüksek yararı sağlayacak şekilde kullanmaları gerekmektedir. Bu bakış açısına göre maliyetleri yönetmenin temel adımının elde olan kıt kaynakların en uygun biçimde kullanılması olduğu sonucuna

ulaşılmaktadır. Hastanelerin ortaya çıkan maliyetlerini yönetip kontrol altında tutabilmesi için giderlerin birim bazlı, düzenli takibi yapılarak maliyetlerin kalem kalem saptanması gerekmektedir (Esatoğlu ve ark., 2010).

Hastanelerde maliyet muhasebesi, hizmet sunma veya ürün üretme maliyetlerini ölçerek stratejik kararlar alma konusunda bu ölçümleri kullanmaya denir. Maliyet muhasebesi bu aşamada başta toplanmış maliyet verilerinin doğru olduğunu varsayarak yapılır. Verilerin yanlış olması sistemde zaman ve emek kaybına yol açarken aynı zamanda yanlış yerlerde yanlış kararlar alınmasına neden olabilmektedir. Sağlık kurumlarının da diğer işletmeler gibi rekabet gücünü korumaya ve hayatta kalmaya ihtiyaç duyduğu için maliyetleri kontrol altında tutma zorunluluğu bulunmaktadır. Tıpta ‘bütün kanamalar eninde sonunda durur’ şeklindeki söylem iş dünyasında da ‘tüm masraflar eninde sonunda durur’ olarak kullanılmaktadır. Maliyet muhasebesi sistemleri kurup verileri analiz ederek aslında yapılmak istenen kanamayı durdurmak, hastanelerin faaliyet ömürlerini bitirmeden masrafları kontrol edebilmektir (Camponovo, 2015).

Sağlık kurumları, hizmet alanların sağlığını ve yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla farklı tıbbi ürün ve hizmetler sunan sistemlerdir. Hastanelerin komplike yapısı sebebiyle yapılan işlerin zorluk düzeyi ve maliyetler de artmaktadır. Sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerden kaynaklanan maliyetler oluşmakta ve bu hizmetleri sunabilmek için yüksek maliyetli girdilere de ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık yöneticileri bu süreçleri doğru bir şekilde yönetebilmek için kaliteli bilgiye ihtiyaç duymaktadır. İhtiyaç duyulan bilgiler ise kurumların yönetim muhasebesi tarafından sağlanabilmektedir (Glomazic, 2020).

Hastanelerde maliyet muhasebesi sisteminin kurulması hem geri ödeyici kurumlar açısından hem de diğer müşteriler açısından oldukça önemlidir. Sunulan hizmetin kalitesi ile işletmelerin varlıklarını sürdürebilmelerinin paralel olarak ilerlemesi beklenmektedir. Sağlık kuruluşlarındaki hizmetler için önceden belirlenen ücretler bulunmaktadır; ancak bunlar hizmet sağlamanın gerçek maliyetini çoğu zaman yansıtmamaktadır. Bu sebeple hizmet sunmanın gerçek maliyetlerini bilmek

yöneticilerin bir hastayı tedavi etmek için en uygun maliyetli yöntemi seçmesini sağlayacaktır (Sabin,1987).

Sağlık sektöründe artan maliyetler, bu maliyetlerin sınıflandırılıp kontrol altında tutulmasını zorunlu kılmıştır. Yaklaşık 32 yıl önce neden hastanelerde muhasebe sistemleri kurulması gerektiği ve bunun nasıl olması gerektiği ile ilgili Orloff ve ark. (1990) tarafından 89 hastanede çalışma yürütülmüştür. Aynı kurumda birden fazla farklı alanda profesyonelin çalışıyor olması ve hastaneler üzerinde maddi baskıların olması sebebiyle muhasebe sistemlerinin kurulmasının zorunlu olduğu hastane yönetimleri tarafından vurgulanmıştır (Orloff ve ark., 1990).

Maliyetlerin bulunması ve analizi bölüm yöneticilerine, hastane yöneticilerine ve politika yapıcılara halkın ihtiyaçlarına nasıl daha iyi yanıt verebileceği konusunda destek vermektedir (Shepard ve ark., 1998, s:3). Hizmet üretim maliyetlerini hesaplayabilmek, birim bazlı maliyetleri belirleyebilmek, karar verme ve planlama süreçlerinde kullanabilmek ve maliyet kontrolünü sağlayabilmek amacı ile hastanelerde hali hazırda bulunan genel muhasebe sistemlerinden alınan finansal veriler kullanılmaktadır (Ağırbaş ve ark., 2012).

Sağlık kurumlarında tespit edilen maliyet bilgileriyle sağlık yöneticileri tarafından yapılan analizlerin temel hedefleri (Yiğit ve ark., 2003):

- Sağlık kurumlarında finansal etkinliklerin değerlendirilip kontrolünün sağlanabilmesi için üst yönetime bilgi sağlamak,
- Sağlık yöneticilerine daha etkin bir yönetsel otonom sağlamak,
- Sağlık yöneticilerinin verimini ölçmek ve verimi artırma imkânları konusunda araştırma yapıp yardımcı olmak ve bu durumun etkilerini hastanenin gelişimi ve karlılığı üzerindeki etkilerini göstermek,
- Maliyetlerin düşürülmesi konusunda katkı sunmak,

- İleriye dönük yapılan finansal planlama yapma süreçlerine yardımcı olmak ve bireylere sunulan hizmetlerin kalitesinin nitelik ve nicelik bakımından korunarak maliyetlerin aynı düzeyde kalmasına yardımcı olmaktır.

Az gelişmiş ve orta gelişmişliğe sahip ülkelerin sağlık kurumlarında, kurumsal bakım hizmetinin gittikçe artan bir orana sahip olmasına rağmen, yerel sağlık planlayıcıları halen hizmet kullanım maliyetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı düşünülmektedir. Hindistan’da yatan hastalarla ilgili çeşitli düzenleyici uygulamalar yapılıyor olsa da, birim maliyet hesaplamaları yeterli düzeyde değildir. Bu konuda gerekli çalışmalar yapmak birim maliyetleri düşürerek, hastanelerdeki verimliliği artırmaktadır (Chatterjee ve ark., 2013).

1.3. Maliyet Analizi

Maliyet analizi kavramı verimlilik değerlendirmesi, ekonomik değerlendirme, kaynak tahsisi ve maliyet fayda analizi gibi farklı tanımlamalara sahiptir. Bahsi geçen kavramların birbirinin yerine kullanılması ve bu kavramların birbirinden farklı çok çeşitli yöntemlere sahip olması literatürde tartışma konusunu oluşturmaktadır (Sewell ve Marczak, 2021). Maliyet analizi kavramı, maliyet verilerinin değerlendirilerek, yöneticilerin ellerinde bulunan kaynakların miktarı, kaynakların dağılımı ve etkin kaynak kullanımı hususunda doğru kararlar üretmelerine katkı sağlayan yönetim muhasebesi yöntemidir (Ağırbaş, 2014).

İşletmelerin mali tablolarına bakarak onların faaliyetleri ve faaliyetleri sonrası performans ölçümleri mali analiz yöntemleri kullanılarak hesaplanabilmektedir. Tablolarda yer alan bilgilerin işlenip yorumlanarak analizinin yapılması işletmenin iç ve dış müşterileri için önemlidir (Okka, 2010). Hastaneler gün geçtikçe maliyet konusuna önem vermekte ve maliyet analizi yapıp, gider kontrolü yapan ülke sayısında artış olmaktadır. Ülkelerin bazılarında maliyet sistemlerinin kurulumu zorunlu ve bazı ilkelere bağlıken, bazılarında sistem varlığı zorunlu değildir.

Çizelge 1.1 de maliyet analizi yapan ülkeler hakkında bilgi verilmiştir (Szewieczek, 2014).

Çizelge 1.1. Ülkelerde Maliyet Analizi Sistem Varlığı.

Ülke	Zorunlu maliyet analizi sistemi varlığı	Ulusal maliyetleme ilkeleri varlığı	Maliyet analizlerinin geri ödeme sisteminde kullanılması	Maliyetleri toplayan hastane sayısı
Avusturya	-	-	x	Tüm hastanelerin yaklaşık %8'i
İngiltere	X	x	x	Bütün hastaneler
Estonya	-	-	x	Bütün hastaneler
Finlandiya	-	-	-	Dal hastanelerinin yaklaşık %30'u
Fransa	-	x	x	99 gönüllü hastanede yatan hastaların %13 ü kadar
Almanya	-	x	x	125 gönüllü hastane (bütün hastanelerin %6sı)
İrlanda	-	x	-	-
Polonya	-	-	-	-
Portekiz	X	x	-	-
Hollanda	X	x	x	Bütün hastanelerde birim maliyetler %24 oranında
İspanya	-	-	-	-
İsveç	-	x	x	Yatan hastalarda yaklaşık %62 oranında

Kaynak: (Szewieczek, 2014).

Maliyet analizinde son yıllarda iki eğilim görülmektedir. Bunlar, aşağıdan yukarıya model ve yukarıdan aşağıya modeldir. Sağlık kurumlarında her iki analiz yöntemi de kullanılmaktadır. Yukarıdan aşağı model, hastanenin toplam giderini ele alır ve bunları hizmet alımlarına, departmanlara, sonra da hasta başına paylaştırmaktadır. Aşağıdan yukarıya modelde ise her bir faaliyetin yarattığı gider göz önünde bulundurularak toplam maliyet belirlenmeye çalışılmaktadır. Aşağıdan yukarıya model, yukarıdan aşağıya modele göre daha ayrıntılı ve çalışılması zor olan

bir modeldir. Sağlık kurumlarında verilen hizmetin çok kapsamlı olması nedeniyle yapılacak analizlerin daha detaylı olması beklenmektedir (Hanover, 2014).

Hanson ve Gilson (1996), araştırmalarında sağlık hizmetlerinde maliyet hesaplamasını dokuz aşamada toplamışlardır. Bu aşamalardan birbirine benzerlik gösterdiği düşünülen maddeler birleştirilerek yedi aşamalı olarak revize edilmiştir. Sağlık kurumları maliyet analizi çalışmalarında bahsi geçen yedi aşamalı çalışma süreci (Ağırbaş, 2014):

- Sağlık kurumlarında çıktıların saptanması
- Sağlık kurumlarındaki gider yerlerinin tanımlanmasının yapılması,
- Sağlık kurumlarındaki gider türlerinin saptanması,
- Sağlık kurumundaki giderlerin gider yerlerine göre dağıtımının yapılması,
- Sağlık kurumlarındaki yönetim ve destek gider yerlerinde biriken giderlerin yardımcı ve esas gider yerlerine dağıtılmasının sağlanması,
- Esas ve yardımcı gider yerlerinin birim ve toplam olarak maliyetlerinin analiz edilerek maliyet fonksiyonlarının ortaya çıkarılması,
- Ortaya çıkan sonuçların raporlanmasıdır.

Her işletmede olduğu gibi sağlık kurumlarında da maliyetlerin sıkı kontrolünü sağlayacak sistemlere ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak sistemlerin kuruluş ve kullanım aşamalarının her biri de ayrı ayrı maliyetlere sahiptir. Bu nedenle yönetimlerin muhasebe sistemlerinden ve yapılacak analizlerden tam olarak ne bekledikleri saptanarak ona yönelik kurulum gerçekleştirilirse giderler azaltılmış olacaktır (Camponovo, 2015).

Hastanelerde muhasebe sistemleri kurmak ve maliyetleri kontrol etmek önem arz etmektedir. Muhasebe kayıt sistemlerinin maliyetlerinden daha ağır basan faydalarını ön plana çıkarmak günümüzde '*ekonomik darwinizm*' olarak adlandırılmaktadır (Kinney ve Raiborn, 2011, s: 258).

1.3.1. Sağlık Kurumlarında Çıktıların Saptanması

Maliyet analizi çalışmalarına başlamadan önce, neden böyle bir çalışma yapmak istenildiği belirlenmeli ve iki temel soruya verilen cevaplara göre çıktılar hesaplanarak maliyet analizi çalışmalarına başlanmalıdır. Bunlar analizin amacını belirleme ve veri toplama türünü belirlemedir (Shepard ve ark., 1998).

- *Analizin amacını belirleme:* Departmanlar arası bir maliyet analizi çalışması yapılacaksa bütün departmanların maliyeti belirlenmelidir. Eğer diğer hastanelerle karşılaştırma yapmak amaçlanıyor ise, hastanelerden bir bölüm seçilerek, o bölümün maliyet analizini yapmak karşılaştırma için yeterli olacaktır.

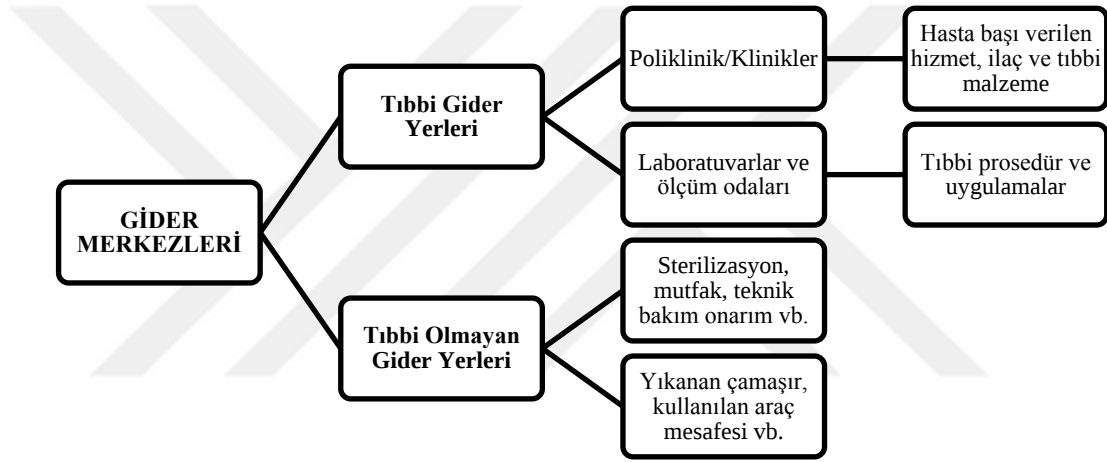
- *Veri toplama türünü belirleme:* Her maliyet kalemi için toplu veya dağınık olarak veri bulunmaktadır. Örneğin toplam hasta günü sayısını hesaplamak için çok fazla çabaya gerek yok iken bütün yatan hastalar içerisinde evde bakım hizmeti alan ya da cerrahi servisi kullanan hastaları ayırtmak daha hassas bir çalışma gerektirir.

Sağlık hizmeti veren kurumların çıktıları, hangi hizmetlerin maliyetinin hesaplanması gerektiği konusunda araştırmacılara yardımcı olmaktadır. Sağlık kurumları çıktıları incelendiğinde (Ağırbaş, 2014):

- Hastanelerde bulunan poliklinik/ klinik sayıları
- Tedavisi tamamlanmış ve taburcu olmuş hasta sayısı
- Yapılan tetkiklerin sayıları ve türleri
- Yapılan ameliyatların sayıları ve türleri
- Yapılan tetkiklerin sayıları ve türleri
- Uygulanan seansların sayıları ve türleri
- Hasta kalış gün sayısı ve yoğun bakımda kalınan gün sayısı vb. olduğu görülmektedir.

1.3.2. Gider Yerlerinin Belirlenmesi

İşletmelerde gelirin kar ile karıştırılmaması oldukça önemlidir. Hastaneler için de yapılan her türlü yardım/ ödeme kar olarak düşünülmemelidir. Hizmet sunumunun maliyetinin yüksek olması gelirin fazla olmasını geri planda bırakmaktadır. Sağlık hizmeti sağlayıcıları maliyetleri göz ardı ederek yapılan işlemlerin geliri ile hacmine odaklanmakta ve ‘yaptığımız her işlemde para kaybederiz ama hacim olarak bunu telafi edebiliriz’ anlayışına sahip oldukları düşünülmektedir (Componova, 2015).



Kaynak: (Szewieczek, 2014)

Şekil 1.2. Sağlık Kurumlarında Gider Merkezleri

Hastaneler doğrudan ve dolaylı ayrımı yaparak giderleri maliyet merkezlerinde toplamakta ve böylece giderin gerçekten hangi kalemdede daha fazla toplandığını daha açık bir şekilde saptayabilmektedir (Shepard ve ark., 1998). Szewieczek (2014) hastanelerde gider merkezlerini belirlerken medikal olan bölümler ve medikal olmayan bölümler ayrımında bulunmuştur. Bu bölümlerin içerikleri Şekil 1.2. de gösterilmektedir.

1.4. Diabetes Mellitus

Köken itibarıyla Yunanca'dan gelen Diabetes Mellitus (DM) kavramı, “akmak gitmek” manasına gelen Diabetes ve “çok tatlı” manasına gelen Mellitus kelimelerinin birleşiminden oluşmaktadır (Mandal, 2019). Diyabet terimi ilk defa İngilizce olarak 1425 yılında yazılmış bir tıbbi metinde kullanılmıştır. Thomas Willis 1675 yılında diyabet kelimesine “mellitus” kelimesini eklemiştir. Diyabetli hastaların idrarlarının tatlı olması sebebiyle başta eski Yunanlar, Çinliler, Mısırlılar, Hintliler ve Persler olmak üzere birçok medeniyet artık bu hastalığı “Diabetes Mellitus” olarak adlandırmaya başlamıştır (Ahmed, 2002).

İnsülin hormonunun kan şekerini düzenleyici görevi bulunmaktadır. DM pankreasın insülin hormonunu yeterli üretmediğinde, vücudun ürettiği insülin hormonunu etkin olarak kullanamadığı durumlarda görülen ömür boyu süren bir hastalıktır. DM hastalığı kontrolü zor olan ve zaman içerisinde vücudun sistemlerine, özellikle sinirlere ve kan damarlarına ciddi zarar verdiği belirlenmiştir (Türkiye Diyabet Vakfı, 2018; World Health Organization, 2017).

DM hastalığı çok eskilere dayanan bir hastalık olmakla birlikte, bununla ilgili kayıtlar Mısır, Hindistan ve Çin'e dayanmaktadır. Antik Yunan'da bu konuyla ilgili fazla kayıt olmamakla beraber milattan sonra dördüncü yüzyılda Hipokrat'ın DM ve beslenmeyle ilgili konuları irdelediği bilinmektedir. DM'den gerçek anlamda bahseden hekim milattan önce 1550 tarihinde Mısır'da bulunan bir papirüsten anlaşıldığı kadarıyla Hesi Ra'dır. Bu hastalığı tanımlarken, hastalarının bütün Nil'i içse bile susuzluklarını gideremeyeceğini belirterek, DM'nin komplikasyonundan bahsedilmiştir (Metwaly ve ark., 2021).

Hindular ise Ayurveda yerleşkesinde insanların idrarlarını yaptıkları bölgelerde, sinek, karınca ve böceklerin farklı biçimlerde toplandıklarını kaydetmişlerdir. Diyabetli bireylerin idrarlarının tatlı olduğu ve bu yüzden sinek, karınca ve diğer böceklerin bu idrar etrafına toplandığını düşünmüşlerdir (Rastogi ve ark., 2021).

Bir başka görüşe göre DM tanısının Anadolu topraklarından geldiği düşünülmektedir. Kapodakya’da yetiştiği düşünülen Hekim Aretaeus milattan sonra 150.yıllarda DM ismini ilk kez kullanmıştır. Areteus DM’li hastaların eti ve kemiğinin idrar olarak akıp gittiği ifade ettiğinden ve hastalığın ölümcül olduğunu düşündüğünden kelime itibariyle ayrık ayak, sifon veya pergel anlamına gelen DM kelimesini bu hastalığı tanımlamak için kullanmıştır (Kaya, 2015).

Minkowski ve Von Mering pankreası alınmış köpekler üzerinde yapılan çalışmada bir ilke imza atarak, sinek ve böceklerin bahsi geçen köpeklerin idrarlarının etrafında toplandığını bulmuşlardır. DM ile ilgili çalışmaların savaş yıllarına denk gelmesi nedeni ile araştırmalar için yeterli kaynak bulmakta zorluk çekilmiş ve çalışmaların daha uzun sürede tamamlanmasına neden olmuştur (The Diabetes Council, 2021).

1.4.1. Diabetes Mellitus Türleri

Susruta ve diğer Hintli hekimler milattan sonra beşinci ve altıncı yüzyılda bu hastalığın birbirinden farklı özelliklere sahip iki farklı türü olduğunu fark etmişlerdir. Birincisinde bu hastalığa sahip olan hastaların yaşam sürelerinin kısa olduğunu ve yaşamları boyunca zayıf olduklarını, diğerinde ise hastaların şişman ve daha uzun yaşam süresine sahip olduklarını belirtmişlerdir (Balkan, 2017). Modern dünyada ise 1936 yılında Harold Himsworth tarafından bir takım deneyler yapılarak Tip I ve Tip II diyabet ayrımının bilimsel temellere dayandırılması sağlanmıştır. Himsworth bireylere glikoz ve insülin vererek onların kan değerlerini kontrol etmiştir. Yapılan testler sonucunda insüline duyarlı (Tip I) ve insüline duyarsız (Tip II) olarak hastaları iki kategoriye ayırdı, böylece günümüzde modern anlamda kullanmış olduğumuz Tip I ve Tip II kavramlarını literatüre kazandırmıştır (Bryder ve Harper, 2013).

DM Tip I, DM Tip II, Gestasyonel diyabet (GDM) ve diğer farklı kendine özgü tipler olmak üzere 4 grupta toplanmaktadır. Tip I diyabet çocukluk çağında başladığı bilinen yetersiz insülin üretimiyle karakterize edilen ve günlük insülin uygulaması

gerektiren DM tiplerinden biridir. Tip I diyabetin nedeni bilinmemektedir ve günümüzdeki mevcut bilgiyle de önlenabilir bir hastalık değildir. Aniden ortaya çıkabilen belirtileri olabilir ve bunlardan bazıları (World Health Organization, 2017):

- Susuzluk (polidipsia)
- Sürekli açlık
- Kilo kaybı
- Aşırı idrar atılımı (poliüri)
- Görme değişiklikleri ve yorgunluktur.

Önceleri insülin bağımlılığı bulunmayan veya yetişkin çağda başlayan DM olarak isimlendirilmiş Tip II diyabet, vücudun insülini etkisinin olmamasından kaynaklanır. Tip II diyabet, dünyadaki DM'li insanların büyük bir çoğunluğunu içerir ve bu çoğunluk vücut ağırlığının fazlalığı ve fiziksel olarak hareketsiz kalmanın bir sonucu olarak belirlenmiştir. Semptomlar tip 1 diyabetinkilere eşdeğer olmakla birlikte çoğunlukla daha az belirgin olmaktadır. Komplikasyonlar ortaya çıktıktan sonra hastalığın ortaya çıkmasından birkaç yıl sonra teşhis edilebilir. Bu tip diyabet yalnızca erişkinlerde görülmüştür ancak şimdi çocukluk çağlarında eskiye kıyasla daha sık görülmektedir. Tip II diyabetli hastalar tüm DM hastaları içinde ortalama %90 -95 oranında en kalabalık grubu oluşturmaktadır (World Health Organization, 2017).

Gebelik döneminde ortaya çıkan diyabet türüne ise GDM denilmektedir. Diğer kendine özgü tipler pankreası etkisi altına alan birçok nedenle ortaya çıkan kan şekeri yüksekliliğini tanımlamaktadır (Coşansu, 2015).

1.4.2. Diabetes Mellitusun Komplikasyonları ve Eşlik Eden Hastalıklar

Komplikasyon kavramı öngörülebilir fakat aslında oluşması istenmeyen etkileri tanımlarken kullanılmaktadır. Uzun süre boyunca kan şekerinin yüksek

olması göz, diş, böbrek, kalp damar ve sinir sistemini etkileyerek ciddi hastalıklara altyapı oluşturmaktadır. Yüksek gelirli olarak sınıflandırılan ülkelerin neredeyse hepsinde DM'nin sebep olduğu kardiyovasküler hastalıklar, körlük, böbrek rahatsızlıkları ve alt ekstremitte amputasyonları ile karşılaşmaktadır (International Diabetes Federation, 2020).

Literatürde DM'nin komplikasyonları akut ve kronik olmak üzere 2 kategoride incelenmiştir. Akut komplikasyonlar diyabetik ketoasidoz, hiperosmolar hiperglisemik nonketotik koma ve hipoglisemiye içerir. Kronik komplikasyonlar ise, kardiyovasküler ve periferik vasküler hastalık, retinopati, nefropati ve nöropati gibi hastalıkları içerir (Loewen ve Haas, 1991).

DM'nin başlı başına kronik bir rahatsızlık olmasının yanı sıra kendisine eşlik eden ve DM'nin eşlik ettiği bir dizi hastalık bulunmaktadır. DM'li olma diğer hastalıklara da zemin hazırlamaktadır ya da mevcut hastalıklar sebebiyle bireylere diyabet teşhisi de konulabilmektedir. Eşlik eden hastalık kavramı, DM'nin komplikasyonlarından farklı olarak DM sebebiyle uzun dönem boyunca mücadele edilmesi gereken yeni tip bir hastalığın ortaya çıkması demektir. Türkiye Ulusal Diyabet Konsensus Grubu tarafından 2017 yılında kapsamlı bir DM tanı ve tedavi rehberi oluşturulmuştur. Konunun önemi anlaşılmış olacak ki raporda bu hastalıklara da yer verilmiş, belli başlı görülenlerine de değinilmiştir (Türkiye Diyabet Vakfı, 2017).

- Dislipidemi: Aterosklerotik kalp ve damar hastalığı gelişiminde aktif olarak rol alan, tedavisi mümkün risk faktörlerinden biridir (Bozkırlı, 2018). Ayrıca DM'li bireylerin vasküler bir rahatsızlığa sahip olma riski DM olmayan bireylere oranla iki-dört kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Türkiye Diyabet Vakfı, 2018).

- Kardiyovasküler Hastalıklar ve Hipertansiyon: Tip II diyabetli bireylerde en önemli ölüm sebebi kardiyovasküler hastalıklardır. Ayrıca Tip II diyabetli hastalarda hipertansiyona sahip olma riskinin diyabetli olmayan bireylere oranla iki kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Türkiye Diyabet Vakfı, 2018).

Yapılan bir başka araştırmaya göre ise Amerikalı yetişkinler %98 oranında Tip II diyabete eşlik eden en az bir hastalığa sahipken yaklaşık %90'ı iki tane eşlik eden hastalığa sahiptir. En yaygın eşlik eden hastalıklara bakıldığında ise %82 oranında hipertansiyon, %78,2 oranında obezite, %77,2 oranında dislipidemi, %24,1 oranında kronik böbrek rahatsızlığı ve %21,6 oranında ise kardiyovasküler hastalıklar olduğu bulunmuştur (Rajpathak, 2016).

Tip II diyabet uzun dönemli ve ısrarlı tedavi gerektiren bir hastalıktır ve bunun üzerine eşlik eden bir dizi hastalığın da tedavi edilmesi maliyetleri yükseltmektedir. Bunun için diyabete özgü maliyet hesaplamaları yapılmalı ve diyabetin çok yönlü maliyet oluşturması göz ardı edilmemelidir (Ciechanowski ve ark., 2000).

1.4.3. Dünyada ve Türkiye’de Diabetes Mellitusun Yansımaları

Günümüzde salgın ve bulaşıcı olan hastalıkların riskleri ve etkileri üzerine yoğun bir şekilde birçok örneğe yaşayarak şahit olsak da bulaşıcı olmayan hastalıkların da riskleri ve etkileri göz ardı edilememektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların küresel olarak 57 milyon ölümün %71’ine sebebiyet verdiği tahmin edilmektedir. DM de bulaşıcı olmayan hastalıklar sınıflandırmasında dördüncü sırada yer almaktadır. Küresel anlamda 1980 yılından 2014 yılına kadar diyabetli birey sayısı neredeyse dört kat artarak 2014 yılında 422 milyona ulaşmıştır. WHO tarafından yayımlanan raporda toplam ölümlerin %89’u bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmış ve DM bunlar içinde dördüncü sırada yer almıştır. Birleşmiş Milletler 2007 yılında DM’yi küresel bir tehdit olarak duyurmuş ve ilk kez tüberküloz, Acquired Immune Defficiency Syndrome (AIDS) ve diğer enfeksiyona bağlı hastalıklarından farklı olarak DM’nin salgın olma durumundan bahsedilmiştir (World Health Organization, 2018).

Sağlık Bakanlığı (2021) bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik 15 yaş üzerindeki 18.477 kişiye ulaşarak bir kohort çalışma yapmıştır. Çalışmada 2025 yılına kadar kalp ve damar hastalıkları, kanser, diyabet veya kronik akciğer

hastalıklarına bağlı erken ölümlerin %25 oranında azaltılması hedeflenmektedir. En yüksek oranda diyabetli olan bireyler (%22.6) 25-34 yaş aralığındadır. Diyabetli bireyler %71.1 oranında kentte yaşamakta, en çok İstanbul'da ikamet etmektedirler. Sigara içmeyen bireylerin diğerlerine oranla daha az diyabetli olduğu bulunmuştur. Hipertansiyona sahip bireylerin diyabetli olma riskinin ise diğerlerine oranla 4.3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur.

Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı'nın ev sahipliğinde 2017 yılında "Türkiye'de Diyabetin Maliyeti: Tedavide Uyum ve Sürekliliğin Önemi" başlıklı bir toplantı yapılmıştır. Toplantıda Lilly ilaç firmasının desteklemiş olduğu ve Quintiles and IMS Health (IQVIA) tarafından hazırlanan ve Türkiye'de diyabetin durumu hakkında bilgiler içeren rapor incelenmiştir. Rapora göre diyabetli birey sayısının %8 oranında arttığı ve hastalık maliyetinin ise %18 oranında arttığı tespit edilmiştir. Diyabetin komplikasyonları ve diyabete eşlik eden hastalıkların maliyetinin diyabet ilaç maliyetlerinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tip II diyabetin komplikasyonlarının maliyetinin gelecek 10 yılda 17 milyara ulaşacağı tahmin edilmiştir (Quintiles and IMS Health, 2017).

International Diabetes Federation (IDF) tarafından 2019 yılında yayımlan küresel çaptaki raporda, 20-79 yaş aralığında diyabete sahip bireylerin bulunduğu ilk on ülke sıralaması yapılmıştır. Türkiye ise 2045 yılına kadar bu sıralamada yer almazken, 2045 yılında onuncu olarak sıralamaya dahil olacağı tahmin edilmektedir. Avrupa bölgesine bakıldığında bu bölgede en yüksek diyabetli bireye sahip üç ülke arasında yer alan Türkiye'de 6,6 milyon kişi diyabete sahiptir. Tüm nedenlere bağlı ölümlerin en yüksek olduğu yaş grubu 50-59 aralığındadır. Bu ölümler %59 oranında orta gelire sahip ülke olarak adlandırılan yerlerde, diyabet kaynaklı gerçekleşmektedir. Avrupa bölgesindeki diyabete yönelik sağlık harcamalarına bakıldığında 161,4 milyar dolar olup, IDF bölgeleri içerisinde en yüksek orana sahip üç bölgeden biridir. Türkiye'de toplam sağlık harcamaları içinde diyabete ayrılan payın %23,8 oranında olduğu bulunmuştur. Diyabetin Türkiye'de 20-79 yaş aralığında görülme sıklığı %8,5 ile %15,5 arasında değişmektedir (International Diabetes Federation, 2019).

Türkiye’de 1998 yılı ile 2010 yılında yapılan ve ülke genelinde 540 merkezden toplanan verilerle Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması (TURDEP) yapılmıştır. Bunlar TURDEP I ve TURDEP II çalışmaları olarak bilinmektedir. TURDEP I çalışmasında %7.2 olan diyabet prevelansı 2010 yılına gelindiğinde TURDEP II çalışmasında %13.5 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara bakıldığında 12 yıl içerisinde diyabetin yaklaşık %90 arttığı sonucuna ulaşılmaktadır. Diyabetli olmasına rağmen, bunu bilmeyenlerin oranı %44.5 olarak bulunmuştur. Özellikle 20-44 yaş aralığında ve 75 yaş üzeri bireylerde farkındalık düzeyinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca TURDEP II sonuçları incelendiğinde erişkin nüfus %42 oranında prediyabetik veya diyabetlidir (Satman ve ark., 2013). Gelişmiş ülkelerde DM, sonucu amputasyon ile sonuçlanan girişimlerin yarısının sorumlusu diyabettir. Diyabet ayrıca körlük gibi bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkileyen vakaların ilk üç sebebi arasında yer almaktadır. Matematiksel olarak ifade edilecek olursa her 30 saniyede diyabetli bir bireye amputasyon işlemi uygulanmaktadır. Uzmanlar tarafından yapılan tahminlere göre AIDS, sıtma ve tüberkülozun neden olduğu toplum ölüm sayısı diyabet sebepli ölüm sayısından daha düşüktür (NCD Risk Factor Collaboration, 2016).

Bir hastalığa sahip olmak ve o hastalıkla yaşamayı öğrenmek, süreçleri yönetmek oldukça önemlidir. Hastalıklar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Tip II diyabetli bireylerin yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada kadınların erkeklere oranla diyabetten daha çok etkilendiği bulunmuştur. Ayrıca beden kitle endeksi yüksek olan diyabetli bireylerin diğerlerine oranla yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Diyabetli bireylerin eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yükseldikçe yaşam kalitelerinin daha olumlu etkilenmeye başladığı bulunmuştur (Erkek, 2018).

Türkiye’de ödeyici kurum açısından bakıldığında Tip II DM’nin ekonomik maliyetinin 11,4 ile 12,9 milyar Türk Lirası (TL) arasında olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada toplam maliyetin %12’si diyabet ilaçlarına aitken, komplikasyonların tedavisi için ayrılan payın %7,3 oranında olduğu bulunmuştur. Diyabette ayrıca komplikasyon sayısının da maliyeti artırdığı bilinmektedir. Komplikasyonu olmayan

diyabetli bireylerin üç komplikasyona sahip bireylere oranla maliyetlerinin üç kat daha az olduğu bulunmuştur (Malhan ve ark., 2014). Ödeyici kurum olan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) 2012 yılında yayımladığı rapora göre Tip I ve Tip II diyabetin maliyetinin yaklaşık olarak 10 milyon TL olduğu ve toplam sağlık harcamasının %23'ü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013).

Yapılan çalışmalar sonucunda Amerika'da yaklaşık 29,1 milyon insanın DM olduğu ve ölüm nedenleri sıralamasında DM'nin yedinci sırada olduğu bulunmuştur (Healthy People, 2020). Bütün nedenlere bağlı ölümler incelendiğinde DM'li bireylerin DM olmayan bireylere kıyasla ölüm riskinin 1,8 kat arttığı, kalp krizi riskinin de 1,8 oranında daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca 2012 yılında Amerika'da tıbbi bakım, sakatlık ve erken ölüm maliyetlerini de kapsayacak şekilde DM'nin tahmini olarak toplam finansal maliyeti 245 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Bu araştırma ile Tip II diyabetli bireylerin tutumlarının diyabet maliyetine olan etkisinin tespit edilerek bunun demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını bulmak amaçlanmıştır. Literatürde maliyet analizi çalışmaları ile hastalara yönelik uygulanan anketlerin ortak kullanıldığı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırma maliyet ve tutum arasındaki ilişkiyi inceleyen, literatüre özgün katkı sunacağı düşünülen bir araştırmadır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Tezin bu bölümünde araştırmanın; evren ve örnekleme, amacı, türü, veri toplama araçları, hipotezleri, veri analizi ve değerlendirilmesi, araştırmanın sınırlılıkları, alınan izinler başlıklarına yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Bu araştırma Konya’da bulunan bir üniversite hastanesinde uygulanmıştır. Hastanenin Endokrinoloji Polikliniği’ne 01 Şubat 2021 ve 1 Ağustos 2021 tarihleri arasında başvurup, Tip II Diyabet teşhisi almış olan 790 hasta araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Hastaneye birden fazla başvurmuş kişilerin ilk gelişleri esas alınmış ve diğer gelişleri evrenin tamamına eşit seçilme hakkı verilmek istenmesi sebebiyle örneklem dışında tutulmuştur. Hastaneye mükerrer girişi olmayan 617 hasta arasından, Eyer’in (2020) çalışmasında bahsetmiş olduğu formüle göre evreni temsil ettiği düşünülen 384 kişi sistematik olasılıklı örnekleme yöntemine göre seçilmiştir.

2.2. Araştırmanın Türü

Araştırma diyabete eşlik eden hastalıkların ve diyabet komplikasyonlarının diyabete yönelik tutumla ilişkisini araştırması bakımından korelasyonel, belirli bir döneme ait verilerin incelenmesi bakımından kesitseldir.

2.3. Veri Toplama Araçları

Öncelikle 1 Şubat 2021 ve 1 Ağustos 2021 tarihleri arasında Endokrinoloji Polikliniği’ne muayeneye gelmiş ve Tip II diyabet teşhisi almış olan hastalar, bölümdeki uzman hekim tarafından komplikasyonlu ve komplikasyonsuz olmak üzere listelenmiştir. Hastalara uygulanan tetkik ve tedavi maliyetleri için faturalama

biriminden hastaların ayrıntılı fatura dökümlerine ulaşılmıştır. Muayene oldukları gün reçete edilen ilaçların maliyetlerine ise yine hekim sistemi üzerinden elde edilmiştir. Tetkik, tedavi ve ilaç maliyetleri toplanarak, bahsi geçen tarih aralığında ilgili polikliniğe muayeneye gelmiş bir hastanın maliyeti hesaplanmıştır. Listede yer alan hastalar içerisinde sistematik bir şekilde örneklem çekilmiştir. Çekilen örneklemdeki hastaların hali hazırda muayeneye gelen 50 kişisi ile yüz yüze anket uygulanmış, geri kalan 324 kişi ile telefon görüşmesi yapılmıştır.

Araştırmanın amacına uygun olacak şekilde kullanılan anket formu içerisinde iki bölüm yer almaktadır. Birinci bölümde araştırma grubunu tanımlayıcı nitelikte soruların (cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi gibi) yanı sıra diyabetli olma süresi, ailede diyabetli bireyin olup olmadığı, diyetle uygun beslenme durumu, günlük hayatta zorlanma durumu, herhangi bir komplikasyon olup olmadığı, eşlik eden hastalık olup olmadığı ve diyabet toplam maliyeti yer almaktadır. İkinci bölümde ise hastaların diyabete yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla Özcan (1999) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak Türkçe'ye uyarlanan 'Diyabet Tutum Ölçeği' yer almaktadır.

İlk olarak Amerika'da 1975 yılında yayımlanan Ulusal Diyabet Komisyonu Raporu'nda sağlık hizmeti sunan çalışanların diyabete yönelik tutumlarının genelde uygun olmadığı ve bunun hastalar üzerinde negatif sonuçlar açığa çıkardığı düşünülmekteydi (Özcan, 1999). Düşüncelerinin bilimsel bir zemine oturmasını isteyen komisyon üyeleri çeşitli çalışmalar düzenleyerek Diyabet Tutum Ölçeği'ni geliştirdi. Hem sağlık profesyonellerine hem de hastalara uygulanabilen ve gruplar arası tutum farklılıklarını karşılaştırabilmeye olanak sağlayan bir ölçektir. Her iki grubun tutumlarını tespit edip karşılaştırma yaparak aslında diyabete yönelik yanlış tutumları belirleyebilme ve onları yönetebilmeye yardımcı olacağı düşünülmektedir. Ölçek ilk çıktığında 50 maddeden ve 8 alt boyuttan oluşmaktaydı sonradan yapılan analizler neticesinde 16 madde ve 1 alt boyut ölçekten çıkarılmış, günümüzdeki kullanılan 34 soru ve 7 alt boyuttan oluşan formunu almıştır (Özcan, 1999).

Her alt boyut içerisindeki soru sayısı 3 ile 7 arasında değişmektedir. Araştırmada 5li likert ölçeği kullanılmış ve değerlendirmeler sırasıyla;

- Kesinlikle Katılıyorum 5 puan,
- Katılıyorum 4 puan,
- Kararsızım 3 puan,
- Katılmıyorum 2 puan,
- Kesinlikle katılmıyorum ise 1 puan olarak hesaplanır.

Ölçekte yer alan 6 ifade çalışmanın güvenilirliğini artırmak amacıyla ters puanlama özelliğini taşımaktadır. Ters ifadeler 5, 6, 12, 18, 23 ve 24. maddelerdir. Bu ifadelerin puanlamaları diğer ifadelerin tam tersi olarak yapılmalıdır. (Örneğin: kesinlikle katılıyorum 1 puan, katılıyorum 2 puan, kararsızım 3 puan, katılmıyorum 4 puan, kesinlikle katılmıyorum 5 puan olarak hesaplama yapılmalıdır.) 5li likert puanlaması kullanılmıştır. Puan > 3 ise pozitif tutum, puan ≤ 3 ise negatif tutumu ifade etmektedir. Puanın 5' e doğru artışı veya 1' e doğru düşüşü o yöndeki tutumu güçlendirmektedir. Alınan puanın yüksek olması pozitif tutumu, düşük olması ise negatif tutumu yansıtmaktadır.

Ölçeğin Türkçe versiyonunda güvenilirlik düzeyi 0,70 olarak tespit edilmiş iken bu çalışmada güvenilirlik düzeyi 0,91 olarak tespit edilmiştir. Yazardan ölçek kullanım izni alınarak Ek-3 de sunulmuştur.

Çizelge 2.1. Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutlara Göre Dağılımı.

Alt Grup Adı	Maddeler	Değerlendirme
Özel eğitim ihtiyacı	1, 8, 9, 13, 26, 28, 30	Ölçeğin tüm maddeleri toplanır. Puanları ters çevrilecek olanlar da ters çevrilmiş olarak dahil edilir. Bu şekilde ölçeğin toplam puanı bulunur.
Hasta uyumuna karşı tutum	4, 15, 19, 22, 27, 29	
Tip II diyabetin ciddiyeti	5, 6, 12	
Kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar	10, 17, 24, 34	

Çizelge 2.1. Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutlara Göre Dağılımı Devam.

Hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi	2, 11, 14, 18, 21	Maddelerin puanları toplanır. Alt grup toplamı bulunur. Hem toplam puanda hem de alt grup puanlarında puanın yükselmesi pozitif bir tutumu, düşmesi negatif bir tutumu göstermektedir.
Hasta otonomisine karşı tutum	3, 7, 25, 31, 33	
Ekip bakımına karşı tutum	16, 20, 23, 32	

2.4. Veri Analizi ve Değerlendirme

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde aşağıdaki yöntemlere başvurulmuştur:

- Güvenilirliği tespit edebilmek amacıyla Cronbach's Alpha değeri bulunmuştur. Araştırmada Cronbach's Alpha değeri 0,91 olarak bulunmuştur.
- Araştırmada ulaşılan verilerin nasıl bir dağılım gösterdiğini anlayabilmek amacıyla normallik analizi uygulanmıştır.
- Tanımlayıcı istatistiklerin ortaya konabilmesi açısından frekans dağılımları kontrol edilmiştir.
- Ölçeğin toplamına ve alt boyutlarına yönelik standart sapma ve ortalama değerlerinin bulunabilmesi amacıyla tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.
- Korelasyon Analizleri: Diyabet tutumu ile diyabet maliyeti arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla kullanılmıştır.
- Normal dağılım göstermeyen iki grubun (cinsiyet ve medeni durum gibi) ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını bulabilmek amacıyla Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

- Normal dağılmayan ikiden fazla (yaş ve eğitim düzeyi gibi) grubun ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını bulabilmek amacıyla Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. (0,05 düzeyi baz alındı)

- LSD Testi: Grup değişkenlerinin 3 olduğu ve katılımcı sayılarının eşit olmadığı durumlarda kullanılabilen bir karşılaştırma testidir. Çalışmada gruplar arası karşılaştırmanın anlamlı olduğu durumda, farklılığın kaynağının tespit edilmesi amacıyla kullanılmıştır.

- Korelasyon Analizi: Araştırmada diyabet tutumu ile diyabet maliyeti arasındaki ilişkinin ortaya konmasında kullanılmıştır.

Sosyal bilimlerde verilerin normal dağılıma sahip olup olmadığını tespit etmek amacıyla basıklık ve çarpıklık değerleri kullanılmaktadır. Bu araştırmada da Çizelge 2.2 de görüldüğü üzere basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmıştır. Basıklık ve çarpıklık değerleri +1,5 ve -1,5 aralığında yer almadığından verilerin normal dağılım göstermediği sonucuna ulaşılmıştır (Tabachnick ve ark., 2007). Araştırmada bu sebeple nonparametrik testler kullanılmıştır.

Çizelge 2.2. Çarpıklık ve Basıklık Değerleri.

	Çarpıklık		Basıklık	
	İstatistiksel Değer	Standart Hata	İstatistiksel Değer	Standart Hata
Diyabet Tutum Ölçeği	-,346	,142	-1,366	,310
Özel Eğitim İhtiyacı	,460	,142	,447	,310
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	-1,582	,142	3,070	,310
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	-,583	,142	-1,342	,310
Kan Glukoz Kontrolü Ve Komplikasyonlar	,147	,142	,510	,310
Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	-1,607	,142	,870	,310
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	,170	,142	4,302	,310
Ekip Bakımına Karşı Tutum	,102	,142	,460	,310

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımlar

Katılımcıların ankete verdikleri cevaplar, içinde bulundukları duruma göre değiştiğinden sonuçlar sadece ölçüldüğü zamanla sınırlıdır. Katılımcıların özel

durumları (engellilik, yaşlılık, psikolojik rahatsızlık varlığı gibi) sebebiyle cevaplarının farklılaşmadığı varsayılmıştır.

Araştırma konusu, diyabet tutumu ve diyabet maliyeti üzerine etkisi olacağı düşünülen; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, diyabetli olma süresi, ailede diyabetli bireyin olup olmadığı, diyetle uygun beslenme durumu, günlük hayatta zorlanma durumu, herhangi bir komplikasyon olup olmadığı ve eşlik eden hastalık olup olmadığı değişkenlerini ölçmekle sınırlıdır. Katılımcıların gelir düzeylerine yer verilmemiştir.

Araştırmada hastanede yatan diyabet hastalarına yönelik veriler yer almamaktadır. Araştırmanın sonuçları, sağlık hizmetini ayaktan almış diyabetli hastalarla sınırlıdır. Araştırma sadece üniversite hastanesine yönelik bilgiler sunmakla sınırlıdır. Diyabetin maliyeti kalemlerinden olan personel giderlerine kurum izni olmadığı için ulaşılamamıştır.

2.6. İzinler

Tezde kullanılan ve diyabetli hastalara özgü geliştirilmiş olan ‘Diyabet Tutum Ölçeği’ için ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan ölçek sahibinden gerekli izinler online olarak alınmış Ek 3 ve Ek 4’te sunulmuştur. Çalışma için gerekli olan etik kurul izni de ve kurum izni de Ek 1 ve Ek 2’de sunulmuştur. Anketler yüksek oranda telefonla ulaşılan hastalara uygulansa da araştırmacı tarafından yüz yüze olarak da uygulanmıştır. Seçilen örneklem içerisinde katılmak istemeyen hastalarla görüşme sonlandırılmış, katılmayı onaylayanlara ise çalışmanın amacı ve süreçlerden detaylı olarak bahsedilmiştir.

2.7. Araştırmanın Amaç ve Hipotezleri

Bu araştırmanın amacı Tip II diyabetli bireylerin tutumlarının diyabet maliyetine olan etkisinin tespit edilerek bunun sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını bulmaktır. Araştırma amacına yönelik aşağıdaki hipotezler test edilmiştir.

Hipotez 1: Diyabetin maliyetine göre;

H1a. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H1b. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H1c. Araştırma grubunun toplam maliyeti cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H1ç. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri yaşa göre farklılık göstermektedir.

H1d. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri yaşa göre farklılık göstermektedir.

H1e. Araştırma grubunun toplam maliyeti yaşa göre farklılık göstermektedir.

H1f. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H1g. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H1ğ. Araştırma grubunun toplam maliyeti eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H1h. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H1ı. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H1i. Araştırma grubunun toplam maliyeti medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H1j. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.

H1k. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.

H1l. Araştırma grubunun toplam maliyeti diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.

H1m. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.

H1n. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.

H1o. Araştırma grubunun toplam maliyeti ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.

H1. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri diyetle uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.

H1p. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri diyetle uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.

H1r. Araştırma grubunun toplam maliyeti diyetle uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.

H1s. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.

H1ř. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.

H1t. Araştırma grubunun toplam maliyeti günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.

H1u. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.

H1ü. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.

H1v. Araştırma grubunun toplam maliyeti herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.

H1y. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri eşlik eden hastalık varlığına göre farklılık göstermektedir.

H1z. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri eşlik eden hastalık varlığına göre farklılık göstermektedir.

H1ab. Araştırma grubunun toplam maliyeti eşlik eden hastalık varlığına göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 2: Özel eğitim ihtiyacı alt boyutuna göre;

H2a. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H2b. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı yaşa göre farklılık göstermektedir.

H2c. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H2d. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H2e. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.

H2f. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.

H2g. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı diyetle uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.

H2h. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.

H2i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.

H2i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı herhangi bir eşlik eden hastalığın olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.

H2j. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı ile hastaların kişi başı toplam ilaç maliyetleri arasında ilişki vardır.

H2k. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı ile hastaların kişi başı toplam tetkik maliyetleri arasında ilişki vardır.

H2l. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı ile hastaların kişi başı toplam maliyetleri arasında ilişki vardır.

Hipotez 3: Hasta uyumuna karşı tutum alt boyutuna göre;

H3a. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H3b. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı yaşa göre farklılık göstermektedir.

H3c. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H3d. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H3e. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.

H3f. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.

H3g. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı diyetle uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.

H3h. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.

H3i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.

H3j. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı herhangi bir eşlik eden hastalığın olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.

H3k. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam ilaç maliyetleri arasında ilişki vardır.

H3l. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam tetkik maliyetleri arasında ilişki vardır.

H3m. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam maliyetleri arasında ilişki vardır.

Hipotez 4: Tip II diyabetin ciddiyeti alt boyutuna göre;

H4a. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H4b. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı yaşa göre farklılık göstermektedir.

H4c. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H4d. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H4e. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.

H4f. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.

H4g. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı diyeteye uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.

H4h. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.

H4ı. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.

H4i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı herhangi bir eşlik eden hastalığın olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.

H4j. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı ile hastaların kişi başı toplam ilaç maliyetleri arasında ilişki vardır.

H4k. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı ile hastaların kişi başı toplam tetkik maliyetleri arasında ilişki vardır.

H4l. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı ile hastaların kişi başı toplam maliyetleri arasında ilişki vardır.

Hipotez 5: Kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar alt boyutuna göre;

H5a. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H5b. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı yaşa göre farklılık göstermektedir.

H5c. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H5d. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H5e. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.

H5f. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.

H5g. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı diyetle uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.

H5h. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.

H5i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı herhangi bir komplikasyon olup olmasına göre farklılık göstermektedir.

H5j. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı herhangi bir eşlik eden hastalığın olup olmasına göre farklılık göstermektedir.

H5k. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı ile hastaların kişi başı toplam ilaç maliyetleri arasında ilişki vardır.

H5k. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı ile hastaların kişi başı toplam tetkik maliyetleri arasında ilişki vardır.

H5l. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı ile hastaların kişi başı toplam maliyetleri arasında ilişki vardır.

Hipotez 6: Hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi alt boyutuna göre;

H6a. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H6b. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı yaşa göre farklılık göstermektedir.

H6c. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H6d. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H6e. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.

H6f. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.

H6g. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı diyetle uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.

H6h. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.

H6i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.

H6i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı herhangi bir eşlik eden hastalığın olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.

H6j. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı ile hastaların kişi başı toplam ilaç maliyetleri arasında ilişki vardır.

H6k. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı ile hastaların kişi başı toplam tetkik maliyetleri arasında ilişki vardır.

H6l. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı ile hastaların kişi başı toplam maliyetleri arasında ilişki vardır.

Hipotez 7: Hasta otonomisine karşı tutum alt boyutuna göre;

H7a. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H7b. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı yaşa göre farklılık göstermektedir.

H7c. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H7d. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H7e. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.

H7f. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.

H7g. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı diyetle uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.

H7h. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.

H7i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı herhangi bir komplikasyon olup olmasına göre farklılık göstermektedir.

H7i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı herhangi bir eşlik eden hastalığın olup olmasına göre farklılık göstermektedir.

H7j. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam ilaç maliyetleri arasında ilişki vardır.

H7k. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam tetkik maliyetleri arasında ilişki vardır.

H7l. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam maliyetleri arasında ilişki vardır.

Hipotez 8: Ekip bakımına karşı tutum alt boyutuna göre;

H8a. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H8b. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı yaşa göre farklılık göstermektedir.

H8c. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H8d. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H8e. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.

H8f. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.

H8g. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı diyetle uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.

H8h. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.

H8i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.

H8j. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı herhangi bir eşlik eden hastalığın olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.

H8k. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam ilaç maliyetleri arasında ilişki vardır.

H8l. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam tetkik maliyetleri arasında ilişki vardır.

H8m. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam maliyetleri arasında ilişki vardır.

3.BULGULAR

Bu bölümde, araştırma grubuna ait sosyo demografik değişkenler başta olmak üzere çeşitli değişkenlere yer verilmektedir. Ayrıca araştırma grubuna ait ilaç, tetkik ve toplam maliyetler ile Diyabet Tutum Ölçeği'nden aldıkları puan bulgularına da yer verilmektedir.

3.1. Araştırma Grubunu Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya katılanların %58,6'sının kadın, %41,4'ünün erkek olduğu; yaş ortalamasının 56,26 olduğu, %77,9 oranında medeni durumlarının daha çok evli olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında araştırma grubunun %24,7'sinin okuryazar, %4,9'unun ilkokul, %24,5'inin ortaokul, %24,7'sinin lise ve son olarak %21,1'inin lisans mezunu olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmaya katılanların diyabetli olma sürelerinin %30,5'inde 1-5 yıl, %30,5'inde 6-10 yıl ve %39,1'inde ise 11 yıl ve üstündedir. Katılımcıların %57'sinin ailesinde diyabetli olmadığı, %72,9'unun herhangi bir komplikasyona sahip olduğu ve %84,9'unda ise eşlik eden hastalık olduğu tespit edilmiştir. Son olarak, araştırma grubunun diyabet maliyetinin ortalama 163,93 TL olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler.

		n	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	225	58,6
	Erkek	159	41,4
Yaş	50 yaş ve altı	127	33,1
	51-61 yaş	120	31,3
	62 yaş ve üstü	137	35,7
Medeni Durum	Evli	299	77,9
	Bekar	85	22,1
Eğitim Düzeyi	Okur yazar	95	24,7
	İlkokul	19	4,9
	Ortaokul	94	24,5
	Lise	95	24,7
	Lisans	81	21,1

Çizelge 3.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler Devam.

		n	Yüzde (%)
Diyabetli Olma Süresi	1-5 Yıl	117	30,5
	6-10 Yıl	117	30,5
	11 Yıl ve Üstü	150	39,1
Ailede diyabetli birey bulunması	Evet	219	57,0
	Hayır	165	43,0
Diyete uygun beslenme	Evet	114	29,7
	Kısmen	149	38,8
	Hayır	121	31,5
Günlük yaşamda diyabetle yaşamakta zorlanma	Evet	127	33,1
	Kısmen	72	18,8
	Hayır	185	48,2
Komplikasyon varlığı	Var	280	72,9
	Yok	104	27,1
Eşlik Eden Hastalık Olup Olmadığı	Var	326	84,9
	Yok	58	15,1

3.2. Diyabet Maliyetine Yönelik Bulgular

Bu bölümde Konya'daki bir üniversite hastanesine muayeneye gelmiş Tip II diyabetli bireylerin ilaç, tetkik ve muayene maliyetlerini de içeren toplam maliyetlerinin çeşitli değişkenlere göre (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, diyabetli olma süresi, ailede diyabetli birey varlığı, diyetle uygun beslenme, günlük yaşamda zorlanma durumu, komplikasyon varlığı, eşlik eden hastalık varlığı) farklılık gösterip göstermediği sırasıyla incelenmiştir.

Araştırmadan ulaşılan sonuçlara göre ilaç, tetkik ve toplam maliyetlerin ortalama değerleri, en az ve en çok değerleri özetlenerek Çizelge 3.2. de gösterilmiştir.

Çizelge 3.2. Maliyet Değerleri Özet Çizelge.

	Minimum	Maksimum	Ortalama
İlaç Maliyeti	0 TL	194,7 TL	47,3 TL
Tetkik Maliyeti	22,20 TL	278,10 TL	99,19 TL
Toplam Maliyet	39,25 TL	489,85 TL	163,66 TL

Toplam ilaç maliyetlerine bakıldığında minimum değer 0 TL maksimum değer 194,7 TL olduğu bulunmuştur. Ortalama ilaç maliyetleri değerlendirildiğinde

kadınlarda 46,46 TL, erkeklerde 48,3 TL olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Cinsiyete göre ilaç maliyetleri değerlendirildiğinde kadınlardaki sıralı ortalama değeri 190,12 iken, erkeklerde ise bu rakamın 195,86 olduğu bulunmuştur. İlaç maliyetleri ve cinsiyet arasında $p>0.05$ olduğundan ($p=0,607$) anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Başlangıçta oluşturulan H1a *Araştırma grubunun ilaç maliyetleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir* hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.3. İlaç Maliyetlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.

	Cinsiyet	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Mann Whitney- U	p
İlaç Maliyeti	Kadın	225	190,12	42777,5	17352,5	0,607
	Erkek	159	195,86	31142,5		
	Toplam	384				

Toplam tetkik maliyetlerine bakıldığında minimum değer 22,20 TL maksimum değer 278,10 TL olduğu bulunmuştur. Ortalama tetkik maliyeti kadınlarda 101,68 TL, erkeklerde 96,7 TL olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre tetkik maliyetleri değerlendirildiğinde kadınlardaki sıralı ortalamanın 197,68 olduğu, erkeklerde ise bu rakamın 185,17 olduğu bulunmuştur. Tetkik maliyetleri ve cinsiyet arasında $p>0.05$ olduğundan ($p=0,277$) anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Başlangıçta oluşturulan H1b *Araştırma grubunun tetkik maliyetleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir* hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.4. Tetkik Maliyetlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.

	Cinsiyet	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Mann Whitney- U	p
Tetkik Maliyeti	Kadın	225	197,68	44478,0	16722,0	0,277
	Erkek	159	185,17	29442,0		
	Toplam	384				

Toplam maliyetlere bakıldığında minimum değer 39,25 TL maksimum değer 489,85 TL olduğu bulunmuştur. Ortalama toplam maliyet kadınlarda 165,2 TL, erkeklerde 162,12 TL olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre toplam maliyetler

değerlendirildiğinde kadınlardaki sıralı ortalamanın 194,73 olduğu, erkeklerde ise bu değer 189,34 olduğu bulunmuştur. Tetkik maliyetleri ve cinsiyet arasında $p>0.05$ olduğundan ($p=0,63$) anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Başlangıçta oluşturulan *H1c Araştırma grubunun toplam maliyeti cinsiyete göre farklılık göstermektedir* hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.5. Toplam Maliyetlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.

	Cinsiyet	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Mann Whitney- U	p
Toplam Maliyet	Kadın	225	194,73	43814,50	17385,5	0,63
	Erkek	159	189,34	30105,50		
	Toplam	384				

Katılımcıların yaşları frekans dağılımları göz önünde bulundurularak kategorik olarak üç gruba ayrılmıştır. En yüksek ilaç maliyetinin 194,7 TL olduğu, 50 yaş ve altındaki bireylerde ortalama maliyetin 45,4 TL olduğu, 51-61 yaş aralığındaki bireylerin ortalama ilaç maliyetinin 50,4 olduğu ve 62 yaş üzerindeki bireylerin toplam ilaç maliyetinin 46,18 TL olduğu bulunmuştur. Toplam ilaç maliyetleri ve katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1ç. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri yaşa göre farklılık göstermektedir*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.6. Toplam İlaç Maliyetinin Yaşa Göre Karşılaştırılması.

	Yaş	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıralı Ortalama	Kruskal-Wallis H	p
İlaç Maliyeti	50 yaş ve altı	127	45,4	185,50	1,231	,54
	51-61 yaş	120	50,4	200,68		
	62 yaş ve üstü	137	46,18	191,82		
	Toplam	384				

En yüksek tetkik maliyetinin 278,10 TL olduğu, en düşük tetkik maliyetinin ise 22,20 TL olduğu bulunmuştur. Ortalama tetkik maliyetlerine bakıldığında 50 yaş ve altındaki bireylerde 99,1 TL olduğu, 51-61 yaş aralığındaki bireylerde 97,8 TL

olduğu ve 62 yaş üzerindeki bireylerde ise 101,83 TL olduğu bulunmuştur. Toplam tetkik maliyetleri ve katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1d. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri yaşa göre farklılık göstermektedir*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.7. Toplam Tetkik Maliyetinin Yaşa Göre Karşılaştırılması.

	Yaş	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıralı Ortalama	Kruskal-Wallis H	p
Tetkik Maliyeti	50 yaş ve altı	127	99,1	189,42	,512	,774
	51-61 yaş	120	97,8	189,55		
	62 yaş ve üstü	137	101,83	197,94		
	Toplam	384				

En yüksek toplam maliyetin 489,85 TL olduğu, en düşük toplam maliyetin ise 39,25 TL olduğu bulunmuştur. Ortalama toplam maliyetlere bakıldığında 50 yaş ve altındaki bireylerde 144,48 TL olduğu, 51-61 yaş aralığındaki bireylerde 148,11 TL olduğu ve 62 yaş üzerindeki bireylerde ise 148,01 TL olduğu bulunmuştur. Toplam maliyetler ile katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1e. Araştırma grubunun toplam maliyeti yaşa göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.8. Toplam Maliyetlerin Yaşa Göre Karşılaştırılması.

	Yaş	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıralı Ortalama	Kruskal-Wallis H	p
Toplam Maliyet	50 yaş ve altı	127	144,48	184,32	1,036	,59
	51-61 yaş	120	148,11	195,97		
	62 yaş ve üstü	137	148,01	197,04		
	Toplam	384				

Ortalama toplam ilaç maliyetlerine bakıldığında ilkökul mezunu bireylerde 43,97 TL olduğu, ortaokul mezunu bireylerde 44,8 TL olduğu, lise mezunu bireylerde 48,7 TL olduğu, lisans mezunu bireylerde ise 52,9 TL olduğu bulunmuştur. Toplam ilaç maliyetleri ile katılımcıların eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05

düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1f. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.9. Toplam İlaç Maliyetinin Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.

	Eğitim Düzeyi	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıralı Ortalama	Kruskal-Wallis H	p
İlaç Maliyeti	İlkokul-Okuryazar	114	43,97	186,71	2,092	,554
	Ortaokul	94	44,8	184,35		
	Lise	95	48,7	196,99		
	Lisans	81	52,9	204,84		
	Toplam	384				

Ortalama toplam tetkik maliyetlerine bakıldığında ilkökul mezunu bireylerde 101,15 TL olduğu, ortaokul mezunu bireylerde 95,5 TL olduğu, lise mezunu bireylerde 97,2 TL olduğu, lisans mezunu bireylerde ise 105,3 TL olduğu bulunmuştur. Toplam ilaç maliyetleri ile katılımcıların eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1g. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.10. Toplam Tetkik Maliyetinin Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.

	Eğitim Düzeyi	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıralı Ortalama	Kruskal-Wallis H	p
Tetkik Maliyeti	İlkokul-Okuryazar	114	101,15	200,77	2,960	,398
	Ortaokul	94	95,5	178,72		
	Lise	95	97,2	187,51		
	Lisans	81	105,3	202,71		
	Toplam	384				

Ortalama toplam maliyetlere bakıldığında ilkokul mezunu bireylerde 145,12 TL olduğu, ortaokul mezunu bireylerde 140,25 TL olduğu, lise mezunu bireylerde 145,89 TL olduğu, lisans mezunu bireylerde ise 158,19 TL olduğu bulunmuştur. Toplam maliyetler ile katılımcıların eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1g. Araştırma grubunun toplam maliyeti eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.11. Toplam Maliyetin Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.

	Eğitim Düzeyi	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıralı Ortalama	Kruskal-Wallis H	p
Toplam Maliyet	İlkokul-Okuryazar	114	145,12	192,37	2,131	,546
	Ortaokul	94	140,25	181,13		
	Lise	95	145,89	192,66		
	Lisans	81	158,19	205,69		
	Toplam	384				

Ortalama toplam ilaç maliyetlerine bakıldığında evli bireylerde 47,74 TL olduğu, bekarlarda ise 45,5 TL olduğu bulunmuştur. Evlilerin sıra ortalaması 193,66 iken, bekarlardaki sıra ortalaması 175,06 olarak bulunmuştur. Toplam ilaç maliyetleri ile katılımcıların medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda $p=,69$ bulunduğundan, 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1h. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri medeni duruma göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.12. Toplam İlaç Maliyetinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.

	Medeni Durum	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	p
İlaç Maliyeti	Evli	299	47,74	193,66	57903,00	12362,00	,69
	Bekar	85	45,5	175,06	16017,00		
	Toplam	384					

Ortalama toplam tetkik maliyetlerine bakıldığında evli bireylerde 101,04 TL olduğu, bekarlarda ise 94,7 TL olduğu bulunmuştur. Evlilerin sıra ortalaması 195,65 iken, bekarların sıra ortalaması 181,41 olarak bulunmuştur. Toplam ilaç maliyetleri ile katılımcıların medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda $p=,29$ bulunduğundan, 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1i. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri medeni duruma göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.13. Toplam Tetkik Maliyetinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.

	Medeni Durum	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	p
Tetkik Maliyeti	Evli	299	101,04	195,65	58500,50	11764,50	,29
	Bekar	85	94,7	181,41	15419,50		
	Toplam	384					

Ortalama toplam maliyetlere bakıldığında evli bireylerde 148,78 TL olduğu, bekarlarda ise 140,16 TL olduğu bulunmuştur. Evli olanların sıralı ortalaması 194,28 iken, bekarlarda sıra ortalaması 186,22 olarak bulunmuştur. Toplam maliyetler ile katılımcıların medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1i. Araştırma grubunun toplam maliyeti medeni duruma göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.14. Toplam Maliyetin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.

	Medeni Durum	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	p
Toplam Maliyet	Evli	299	148,78	194,28	58091,00	12174,00	,55
	Bekar	85	140,16	186,22	15829,00		
	Toplam	384					

Ortalama toplam ilaç maliyetlerine bakıldığında 1-5 yıl arasında diyabetli olan bireylerin maliyetlerinin 47 TL olduğu, 6-10 yıl arasında diyabetli olan bireylerin maliyetlerinin 45,3 TL olduğu 11 yıldan fazla diyabeti bulunan bireylerin maliyetinin ise 48,92 TL olduğu bulunmuştur. Toplam ilaç maliyetleri ile katılımcıların diyabetli olma süreleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1j. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.15. Toplam İlaç Maliyetinin Diyabetli Olma Süresine Göre Karşılaştırılması.

	Diyabetli Olma Süresi	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis H	p
İlaç Maliyeti	1-5 yıl	117	47,0	189,16	,974	,615
	6-10 yıl	117	45,3	187,23		
	11 yıl ve üstü	150	48,92	199,22		
	Toplam	384				

Ortalama toplam tetkik maliyetlerine bakıldığında 1-5 yıl arasında diyabetli olan bireylerin maliyetlerinin 98,4 TL olduğu, 6-10 yıl arasında diyabetli olan bireylerin maliyetlerinin 93,2 TL olduğu 11 yıldan fazla diyabeti bulunan bireylerin maliyetinin ise 105,69 TL olduğu bulunmuştur. Toplam ilaç maliyetleri ile katılımcıların diyabetli olma süreleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1k. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmiştir.

Çizelge 3.16. Toplam Tetkik Maliyetinin Diyabetli Olma Süresine Göre Karşılaştırılması.

	Diyabetli Olma Süresi	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis H	p
Tetkik Maliyeti	1-5 yıl	117	98,4	187,19	6,696	,035
	6-10 yıl	117	93,2	175,50		
	11 yıl ve üstü	150	105,69	209,90		
	Toplam	384				

Anlamli çıkan sonucun hangi gruplar arasında olduğunu bulmaya yönelik post-hoc Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Sonuçlar değerlendirilirken Bonferroni düzeltmesi ile düzeltilmiş anlamlılık düzeyi baz alınmaktadır. Yapılan bu analiz için üç tane ikili karşılaştırma yapılacağından anlamlılık düzeyi $0,05/3=0,016$ olarak kabul edilmiştir (Deniz, 2020).

Çizelge 3.17. de gösterildiği üzere yapılan analiz sonucunda $p>0,016$ olduğundan toplam tetkik maliyetinin 1-5 yıl arası diyabetli bireylerle 6-10 yıl arası diyabetli olan bireyler arasında anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çizelge 3.17. Toplam Tetkik Maliyetinin 1-5 yıl Arası Diyabetli Olan Bireyler ile 6-10 yıl Olan Diyabetli Bireylerle Karşılaştırılması.

	Diyabetli Olma Süresi	n	Sıra Ortalaması	Mann-Whitney U	p
Tetkik Maliyeti	1-5 yıl	117	121,18	6413,500	,405
	6-10 yıl	117	113,82		
	Toplam	234			

Çizelge 3.18 de gösterildiği üzere yapılan analiz sonucunda $p>0,016$ olduğundan toplam tetkik maliyetinin 1-5 yıl arası diyabetli bireylerle 11 yıldan fazla diyabetli olan bireyler arasında anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çizelge 3.18. Toplam Tetkik Maliyetinin 1-5 yıl Arası Diyabetli Olan Bireyler ile 11 Yıl ve Üzeri Olan Diyabetli Bireylerle Karşılaştırılması.

	Diyabetli Olma Süresi	n	Sıra Ortalaması	Mann-Whitney U	p
Tetkik Maliyeti	1-5 yıl	117	125,01	7723,00	,093
	11 yıl ve üzeri	150	141,01		
	Toplam	267			

Yapılan analiz sonucunda $p < 0,016$ olduğundan toplam tetkik maliyetinin 5-10 yıl arası diyabetli olan bireyler ile 11 yıldan fazla diyabetli olan bireyler arasında anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Diyabetli olma süresi 11 yıldan uzun olan bireylerin 5-10 yıl arasında diyabetli olan bireylere göre tetkik maliyetlerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çizelge 3.19. Toplam Tetkik Maliyetinin 5-10 yıl Arası Diyabetli Olan Bireyler ile 11 Yıl ve Üzeri Olan Diyabetli Bireylerle Karşılaştırılması.

	Diyabetli Olma Süresi	n	Sıra Ortalaması	Mann-Whitney U	p
Tetkik Maliyeti	5-10 yıl	117	120,69	7217,500	,013
	11 yıl ve üzeri	150	144,38		
	Toplam	267			

Ortalama toplam maliyetlerine bakıldığında 1-5 yıl arasında diyabetli olan bireylerin maliyetlerinin 145,37 TL olduğu, 6-10 yıl arasında diyabetli olan bireylerin maliyetlerinin 138,45 TL olduğu 11 yıldan fazla diyabeti bulunan bireylerin maliyetinin ise 154,62 TL olduğu bulunmuştur. Toplam maliyetler ile katılımcıların diyabetli olma süreleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H11. Araştırma grubunun toplam maliyeti diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.20. Toplam Maliyetin Diyabetli Olma Süresine Göre Karşılaştırılması.

	Diyabetli Olma Süresi	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis H	P
Toplam Maliyet	1-5 yıl	117	145,37	187,04	4,791	,091
	6-10 yıl	117	138,45	178,79		
	11 yıl ve üstü	150	154,62	207,45		
	Toplam	384				

Ortalama toplam ilaç maliyetlerine bakıldığında ailede diyabetli birey bulunan bireylerin maliyetinin 47,27 TL olduğu, ailede diyabetli birey bulunmayan bireylerin ise 47,2 TL olduğu bulunmuştur. Toplam ilaç maliyetleri ile katılımcıların ailesinde diyabetli birey varlığı arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “H1m. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.21. Toplam İlaç Maliyetinin Ailede Diyabetli Birey Varlığına Göre Karşılaştırılması.

	Ailede Diyabetli Birey Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
İlaç Maliyeti	Var	219	47,27	193,03	42274,50	17950,500	,911
	Yok	165	47,2	191,79	31645,50		
	Toplam	384					

Ortalama toplam tetkik maliyetlerine bakıldığında ailede diyabetli birey bulunan bireylerin maliyetinin 99 TL olduğu, ailede diyabetli birey bulunmayan bireylerin ise 100,5 TL olduğu bulunmuştur. Toplam tetkik maliyetleri ile katılımcıların ailesinde diyabetli birey varlığı arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “H1n. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.22. Toplam Tetkik Maliyetinin Ailede Diyabetli Birey Varlığına Göre Karşılaştırılması.

	Ailede Diyabetli Birey Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
Tetkik Maliyeti	Var	219	99,00	191,74	41991,50	17901,50	,877
	Yok	165	100,5	193,51	31928,50		
	Toplam	384					

Ortalama toplam maliyetlere bakıldığında ailede diyabetli birey bulunan bireylerin maliyetinin 146,27 TL olduğu, ailede diyabetli birey bulunmayan bireylerin ise 147,67 TL olduğu bulunmuştur. Toplam maliyetler ile katılımcıların ailesinde diyabetli birey varlığı arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1o. Araştırma grubunun toplam maliyeti ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.23. Toplam Maliyetin Ailede Diyabetli Birey Varlığına Göre Karşılaştırılması.

	Ailede Diyabetli Birey Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
Toplam Maliyet	Var	219	146,27	192,00	42047,00	17957,00	,918
	Yok	165	147,67	193,17	31873,00		
	Toplam	384					

Ortalama toplam ilaç maliyetlerine bakıldığında diyetle uygun beslenen bireylerin maliyetinin 48,85 TL olduğu, diyetle kısmen uyan bireylerin maliyetinin 44,2 TL olduğu, diyetle uygun beslenmeyen bireylerin maliyeti ise 49,4 TL olarak bulunmuştur. Toplam ilaç maliyetleri ile katılımcıların diyetle uygun beslenmeleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1ö. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri diyetle uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.24. Toplam İlaç Maliyetinin Diyetle Uygun Beslenme Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Diyete Uygun Beslenme Durumu	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis H	p
İlaç Maliyeti	Evet	114	48,85	192,59	1,602	,44
	Kısmen	149	44,2	184,98		
	Hayır	121	49,4	201,68		
	Toplam	384				

Ortalama toplam tetkik maliyetlerine bakıldığında diyetle uygun beslenen bireylerin maliyetinin 102,5 TL olduğu, diyetle kısmen uyan bireylerin maliyetinin 98,9 TL olduğu, diyetle uygun beslenmeyen bireylerin maliyeti ise 97,9 TL olarak bulunmuştur. Toplam tetkik maliyetleri ile katılımcıların diyetle uygun beslenmeleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H_{1p}. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri diyetle uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.25. Toplam Tetkik Maliyetinin Diyetle Uygun Beslenme Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Diyete Uygun Beslenme Durumu	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis H	p
Tetkik Maliyeti	Evet	114	102,5	195,48	,160	,923
	Kısmen	149	98,9	192,5		
	Hayır	121	97,9	189,69		
	Toplam	384				

Ortalama toplam maliyetlere bakıldığında diyetle uygun beslenen bireylerin maliyetinin 151,35 TL olduğu, diyetle kısmen uyan bireylerin maliyetinin 143,15 TL olduğu, diyetle uygun beslenmeyen bireylerin maliyeti ise 147,25 TL olarak bulunmuştur. Toplam maliyetler ile katılımcıların diyetle uygun beslenmeleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre,

başlangıçta oluşturulan “*Hlr. Araştırma grubunun toplam maliyeti diyeteye uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.26. Toplam Maliyetin Diyeteye Uygun Beslenme Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Diyete Uygun Beslenme Durumu	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis H	p
Toplam Maliyet	Evet	114	151,35	192,81	,956	,62
	Kısmen	149	143,15	186,42		
	Hayır	121	147,25	199,69		
	Toplam	384				

Ortalama toplam ilaç maliyetlerine bakıldığında günlük yaşamda diyabetli olarak yaşamakta zorlanan bireylerin maliyetinin 53,31 TL olduğu, günlük yaşamda diyabetli olarak yaşamakta kısmen zorlanan bireylerin maliyetinin 38,10 TL olduğu, günlük yaşamda diyabetli olarak yaşamakta zorlanmayan bireylerin maliyeti ise 47,3 TL olarak bulunmuştur. Toplam ilaç maliyetleri ile katılımcıların günlük yaşamda diyabetli olarak yaşamakta zorlanmaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*Hls. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.27. Toplam İlaç Maliyetinin Günlük Hayatta Zorlanma Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Günlük Hayatta Zorlanma Durumu	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis H	p
İlaç Maliyeti	Evet	127	53,31	202,55	4,089	,12
	Kısmen	72	38,10	170,69		
	Hayır	185	47,3	194,09		
	Toplam	384				

Ortalama toplam tetkik maliyetlerine bakıldığında günlük yaşamda diyabetli olarak yaşamakta zorlanan bireylerin maliyetinin 102,41 TL olduğu, günlük yaşamda diyabetli olarak yaşamakta kısmen zorlanan bireylerin maliyetinin 97,04 TL olduğu, günlük yaşamda diyabetli olarak yaşamakta zorlanmayan bireylerin maliyeti ise 98,8 TL olarak bulunmuştur. Toplam tetkik maliyetleri ile katılımcıların günlük yaşamda diyabetli olarak yaşamakta zorlanmaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1ş. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.28. Toplam Tetkik Maliyetinin Günlük Hayatta Zorlanma Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Günlük Hayatta Zorlanma Durumu	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis H	p
Tetkik Maliyeti	Evet	127	102,41	193,76	,082	,960
	Kısmen	72	97,04	189,21		
	Hayır	185	98,8	192,92		
	Toplam	384				

Ortalama toplam maliyetlere bakıldığında günlük yaşamda diyabetli olarak yaşamakta zorlanan bireylerin maliyetinin 154,73 TL olduğu, günlük yaşamda diyabetli olarak yaşamakta kısmen zorlanan bireylerin maliyetinin 135,15 TL olduğu, günlük yaşamda diyabetli olarak yaşamakta zorlanmayan bireylerin maliyeti ise 146,05 TL olarak bulunmuştur. Toplam maliyetler ile katılımcıların günlük yaşamda diyabetli olarak yaşamakta zorlanmaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1t. Araştırma grubunun toplam maliyeti günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.29. Toplam Maliyetin Günlük Hayatta Zorlanma Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Günlük Hayatta Zorlanma Durumu	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis H	p
Toplam Maliyet	Evet	127	154,73	200,63	1,806	,405
	Kısmen	72	135,15	178,63		
	Hayır	185	146,05	192,32		
	Toplam	384				

Ortalama toplam ilaç maliyetlerine bakıldığında herhangi bir komplikasyona sahip olan bireylerin maliyetinin 57,4 TL olduğu, herhangi bir komplikasyonu bulunmayan bireylerin maliyetinin ise 19,95 TL olduğu bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların %72,91 oranında en az bir komplikasyona sahip olduğu bulunmuştur. Toplam ilaç maliyetleri ile katılımcıların herhangi bir komplikasyona sahip olmaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda $p=0,00$ bulunduğundan 0,05 düzeyinde yüksek düzeyde anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1u. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmiştir.

Çizelge 3.30. Toplam İlaç Maliyetinin Komplikasyon Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Komplikasyon Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	p
İlaç Maliyeti	Var	280	57,4	217,89	61008,00	7452,00	,00
	Yok	104	19,95	124,15	12912,00		
	Toplam	384					

Ortalama toplam tetkik maliyetlerine bakıldığında herhangi bir komplikasyona sahip olan bireylerin maliyetinin 109,1 TL olduğu, herhangi bir komplikasyonu bulunmayan bireylerin maliyetinin ise 74,07 TL olduğu bulunmuştur. Toplam tetkik maliyetleri ile katılımcıların herhangi bir komplikasyona sahip olmaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda $p=0,00$

bulunduğundan 0,05 düzeyinde yüksek düzeyde anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1ü. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmiştir.

Çizelge 3.31. Toplam Tetkik Maliyetinin Komplikasyon Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Komplikasyon Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
Tetkik Maliyeti	Var	280	109,1	214,65	60101,00	8359,00	,00
	Yok	104	74,07	132,88	13819,00		
	Toplam	384					

Katılımcıların ortalama toplam maliyetlerine bakıldığında herhangi bir komplikasyona sahip olan bireylerin maliyetinin 166,51 TL olduğu, herhangi bir komplikasyonu bulunmayan bireylerin maliyetinin ise 94,02 TL olduğu bulunmuştur. Toplam maliyetler ile katılımcıların herhangi bir komplikasyona sahip olmaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda $p=0,00$ bulunduğundan 0,05 düzeyinde yüksek düzeyde anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1v. Araştırma grubunun toplam maliyeti herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmiştir.

Çizelge 3.32. Toplam Maliyetin Komplikasyon Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Komplikasyon Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
Toplam Maliyet	Var	280	166,51	222,67	62348,50	6111,500	,00
	Yok	104	94,02	111,26	11571,50		

Bu araştırmada diyabetli olup diyabete eşlik eden hastalığa da sahip olan bireylerin oranı %84,9 olarak bulunmuştur. Eşlik eden en çok bir hastalığa bakıldığında Hipertansiyon %45,57 oranında, Kardiyovasküler Hastalıkların %40,62 oranında Kronik Böbrek Rahatsızlıklarının %27,6 oranında olduğu bulunmuştur. Eşlik eden en çok 2 hastalığı olan bireylere bakıldığında ise en yüksek oranın %33,73 Hipertansiyon ve Kronik Böbrek Rahatsızlıkları olduğu sonucuna ulaşılmıştır. En fazla üç eşlik eden hastalığı olan bireylere bakıldığında ise %86,11 oranında Hipertansiyon, Kronik Böbrek Hastalığı ve Kardiyovasküler Hastalık olduğu bulunmuştur.

Ortalama toplam ilaç maliyetlerine bakıldığında eşlik eden bir hastalığı olan bireylerin maliyetinin 45,0 TL olduğu, eşlik eden iki hastalığı olan bireylerin maliyetinin 51,9 TL olduğu, eşlik eden 3 hastalığı olan bireylerin maliyetinin 64,5 TL olduğu, eşlik eden herhangi bir rahatsızlığı bulunmayan bireylerin ise maliyetinin 26,1 TL olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Toplam ilaç maliyetleri ile katılımcıların herhangi eşlik eden hastalığa sahip olmaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda $p=0,00$ bulunduğundan 0,05 düzeyinde yüksek düzeyde anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1y. Araştırma grubunun ilaç maliyetleri eşlik eden hastalık varlığına göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmiştir.

Çizelge 3.33. Toplam İlaç Maliyetinin Eşlik Eden Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis H	p
İlaç Maliyeti	Bir hastalık	173	45,0	188,03	25,115	,00
	İki hastalık	83	51,9	207,48		
	Üç hastalık	70	64,5	230,51		
	Hastalık Yok	58	26,1	138,54		
	Toplam	384				

Anlamlı çıkan sonucun hangi gruplar arasında olduğunu bulmaya yönelik post-hoc Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Sonuçlar değerlendirilirken Bonferroni düzeltmesi ile düzeltilmiş anlamlılık düzeyi baz alınmaktadır. Yapılan bu analiz için

altı tane için ikili karşılaştırma yapılacağından anlamlılık düzeyi $0,05/6=0,008$ olarak kabul edilecektir (Deniz, 2020).

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden bir hastalığı olan bireylerle eşlik eden iki hastalığı olan bireyler arasında Çizelge 3.34. de gösterildiği üzere ilaç maliyetleri anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

Çizelge 3.34. Toplam İlaç Maliyetinin Bir Tane Eşlik Eden Hastalık ile İki Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
İlaç Maliyeti	Bir hastalık	173	45,0	124,25	21495,00	6444,00	,173
	İki hastalık	83	51,9	137,36	11401,00		
	Toplam	256					

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden bir hastalığı olan bireylerle eşlik eden üç hastalığı olan bireyler arasında ilaç maliyetlerinin anlamlı bir şekilde farklılaştığı, eşlik eden üç hastalığı olan bireylerin maliyetinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eşlik eden üç hastalığı olan bireylerin sıra ortalaması 141,39 iken, eşlik eden bir hastalığı olanların sıra ortalaması 114,15 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.35. Toplam İlaç Maliyetinin Bir Tane Eşlik Eden Hastalık ile Üç Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
İlaç Maliyeti	Bir hastalık	173	45,0	114,15	19748,50	4697,50	,005
	Üç hastalık	70	64,5	141,39	9897,50		
	Toplam	243					

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden bir hastalığı olan bireylerle eşlik eden herhangi bir hastalığı olmayan bireyler

arasında ilaç maliyetlerinin anlamlı bir şekilde farklılaştığı, eşlik eden bir hastalığı olan bireylerin maliyetinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çizelge 3.36. Toplam İlaç Maliyetinin Bir Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	p
İlaç Maliyeti	Bir hastalık	173	45,0	123,62	21387,00	3698,00	,002
	Hastalık Yok	58	26,1	93,26	5409,00		
	Toplam	231					

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden iki hastalığı olan bireylerle eşlik eden üç hastalığı olan bireyler arasında ilaç maliyetleri anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

Çizelge 3.37. Toplam İlaç Maliyetinin İki Tane Eşlik Eden Hastalık ile Üç Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	p
İlaç Maliyeti	İki hastalık	83	51,9	72,59	6025,00	2539	,174
	Üç hastalık	70	64,5	82,23	5756,00		
	Toplam	153					

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden iki hastalığı olan bireylerle eşlik eden herhangi bir hastalığı olmayan bireyler arasında ilaç maliyetlerinin anlamlı bir şekilde farklılaştığı, eşlik eden iki hastalığı olan bireylerin maliyetinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çizelge 3.38. Toplam İlaç Maliyetinin İki Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
İlaç Maliyeti	İki hastalık	83	51,9	81,52	6766,50	1533,50	,000
	Hastalık Yok	58	26,1	55,94	3244,50		
	Toplam	141					

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden üç hastalığı olan bireylerle eşlik eden herhangi bir hastalığı olmayan bireyler arasında ilaç maliyetlerinin anlamlı bir şekilde farklılaştığı, eşlik eden üç hastalığı olan bireylerin maliyetinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çizelge 3.39. Toplam İlaç Maliyetinin Üç Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
İlaç Maliyeti	Üç hastalık	70	64,5	77,89	5452,00	1093,00	,000
	Hastalık Yok	58	26,1	48,34	2804,00		
	Toplam	128					

Ortalama toplam tetkik maliyetlerine bakıldığında eşlik eden bir hastalığı olan bireylerin maliyetinin 95,9 TL olduğu, eşlik eden iki hastalığı olan bireylerin maliyetinin 108,2 TL olduğu, eşlik eden üç hastalığı olan bireylerin maliyetinin 114,5 TL olduğu, eşlik eden herhangi bir rahatsızlığı bulunmayan bireylerin ise maliyetinin 80,70 TL olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Toplam tetkik maliyetleri ile katılımcıların herhangi eşlik eden hastalığa sahip olmaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda $p=0,00$ bulunduğundan 0,05 düzeyinde yüksek düzeyde anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, başlangıçta oluşturulan “*H1z. Araştırma grubunun tetkik maliyetleri eşlik eden hastalık varlığına göre farklılık göstermektedir.*” hipotezi kabul edilmiştir.

Çizelge 3.40. Toplam Tetkik Maliyetinin Eşlik Eden Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis H	P
Tetkik Maliyeti	Bir hastalık	173	95,9	185,5	15,715	,001
	İki hastalık	83	108,2	214,87		
	Üç hastalık	70	114,5	217,59		
	Hastalık Yok	58	80,70	151,09		
	Toplam	384				

Anlamli çıkan sonucun hangi gruplar arasında olduğunu bulmaya yönelik post-hoc Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Sonuçlar değerlendirilirken Bonferroni düzeltmesi ile düzeltilmiş anlamlılık düzeyi baz alınmaktadır. Yapılan bu analiz için altı tane için ikili karşılaştırma yapılacağından anlamlılık düzeyi $0,05/6=0,008$ olarak kabul edilecektir (Deniz, 2020).

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden bir hastalığı olan bireylerle eşlik eden iki hastalığı olan bireyler arasında tetkik maliyetleri anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

Çizelge 3.41. Toplam Tetkik Maliyetinin Bir Tane Eşlik Eden Hastalık ile İki Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
Tetkik Maliyeti	Bir hastalık	173	95,9	122,12	21127,50	6079,50	,047
	İki hastalık	83	108,2	141,79	11768,50		
	Toplam	256					

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden bir hastalığı olan bireylerle eşlik eden üç hastalığı olan bireyler arasında tetkik maliyetleri anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

Çizelge 3.42. Toplam Tetkik Maliyetinin Bir Tane Eşlik Eden Hastalık ile Üç Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
Tetkik Maliyeti	Bir hastalık	173	95,9	116,06	20078,00	5027,00	,038
	Üç hastalık	70	114,5	136,69	9568,00		
	Toplam	243					

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden bir hastalığı olan bireylerle eşlik eden herhangi bir hastalığı olmayan bireyler arasında tetkik maliyetleri anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

Çizelge 3.43. Toplam Tetkik Maliyetinin Bir Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
Tetkik Maliyeti	Bir hastalık	173	95,9	121,32	20987,50	4097,50	,037
	Hastalık Yok	58	80,70	100,15	5808,50		
	Toplam	231					

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden iki hastalığı olan bireylerle eşlik eden üç hastalığı olan bireyler arasında tetkik maliyetleri anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

Çizelge 3.44. Toplam Tetkik Maliyetinin İki Tane Eşlik Eden Hastalık ile Üç Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
Tetkik Maliyeti	İki hastalık	83	108,2	76,24	6328,00	2842,00	,818
	Üç hastalık	70	114,5	77,90	5453,00		
	Toplam	153					

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden iki hastalığı olan bireylerle eşlik eden hastalığı bulunmayan bireyler arasında

tetkik maliyetleri anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Eşlik eden iki hastalığı bulunan bireylerin tetkik maliyetlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.45. Toplam Tetkik Maliyetinin İki Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
Tetkik Maliyeti	İki hastalık	83	108,2	80,84	6710,00	1590,00	,001
	Hastalık Yok	58	80,70	56,91	3301,00		
	Toplam	141					

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden üç hastalığı olan bireylerle eşlik eden hastalığı bulunmayan bireyler arasında tetkik maliyetleri anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Eşlik eden üç hastalığı bulunan bireylerin tetkik maliyetlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.46. Toplam Tetkik Maliyetinin Üç Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
Tetkik Maliyeti	Üç hastalık	70	114,5	74,01	5180,50	1364,50	,001
	Hastalık Yok	58	80,70	53,03	3075,50		
	Toplam	128					

Ortalama toplam maliyetlere bakıldığında eşlik eden bir hastalığı olan bireylerin maliyetinin 140,93 TL olduğu, eşlik eden iki hastalığı olan bireylerin maliyetinin 160,10 TL olduğu, eşlik eden 3 hastalığı olan bireylerin maliyetinin 179,03 TL olduğu, eşlik eden herhangi bir rahatsızlığı bulunmayan bireylerin ise maliyetinin 106,89 TL olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Toplam maliyetler ile katılımcıların herhangi eşlik eden hastalığa sahip olmaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda $p=0,00$ bulunduğundan 0,05 düzeyinde yüksek düzeyde anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna

göre, başlangıçta oluşturulan “H1ab. Araştırma grubunun toplam maliyeti eşlik eden hastalık varlığına göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kabul edilmiştir.

Çizelge 3.47. Toplam Maliyetin Eşlik Eden Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis H	p
Toplam Maliyet	Bir hastalık	173	140,93	186,21	27,766	,000
	İki hastalık	83	160,10	215,71		
	Üç hastalık	70	179,03	228,90		
	Hastalık Yok	58	106,89	134,11		
	Toplam	384				

Anlamli çıkan sonucun hangi gruplar arasında olduğunu bulmaya yönelik post-hoc Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Sonuçlar değerlendirilirken Bonferroni düzeltmesi ile düzeltilmiş anlamlılık düzeyi baz alınmaktadır. Yapılan bu analiz için altı tane için ikili karşılaştırma yapılacağından anlamlılık düzeyi $0,05/6=0,008$ olarak kabul edilecektir (Deniz, 2020).

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden bir hastalığı olan bireylerle eşlik eden iki hastalığı olan bireyler arasında tetkik maliyetleri anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

Çizelge 3.48. Toplam Maliyetin Bir Tane Eşlik Eden Hastalık ile İki Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	p
Toplam Maliyet	Bir hastalık	173	140,93	122,02	21109,50	6058,50	,043
	İki hastalık	83	160,10	142,01	11786,50		
	Toplam	256					

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden bir hastalığı olan bireylerle eşlik eden üç hastalığı olan bireyler arasında toplam

maliyetlerin anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Eşlik eden üç hastalığı bulunan bireylerin maliyetleri daha yüksektir.

Çizelge 3.49. Toplam Maliyetin Bir Tane Eşlik Eden Hastalık ile Üç Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	p
Toplam Maliyet	Bir hastalık	173	140,93	114,09	19738,00	4687,00	,006
	Üç hastalık	70	179,03	141,54	9908,00		
	Toplam	243					

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden bir hastalığı olan bireyler ile eşlik eden herhangi bir hastalığı olmayan bireyler arasında toplam maliyetlerin anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Eşlik eden bir hastalığı bulunan bireylerin maliyetleri daha yüksektir.

Çizelge 3.50. Toplam Maliyetin Bir Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	p
Toplam Maliyet	Bir hastalık	173	140,93	124,10	21469,00	3616,00	,001
	Hastalık Yok	58	106,89	91,84	5327,00		
	Toplam	231					

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden iki hastalığı olan bireylerle eşlik eden üç hastalığı olan bireyler arasında tetkik maliyetleri anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

Çizelge 3.51. Toplam Maliyetin İki Tane Eşlik Eden Hastalık ile Üç Tane Eşlik Eden Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
Toplam Maliyet	İki hastalık	83	160,10	74,01	6142,50	2656,50	,363
	Üç hastalık	70	179,03	80,55	5638,50		
	Toplam	153					

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden iki hastalığı olan bireyler ile eşlik eden herhangi bir hastalığı olmayan bireyler arasında toplam maliyetlerin anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Eşlik eden iki hastalığı bulunan bireylerin maliyetleri daha yüksektir.

Çizelge 3.52. Toplam Maliyetin İki Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
Toplam Maliyet	İki hastalık	83	160,10	83,70	6947,00	1353,00	,000
	Hastalık Yok	58	106,89	52,83	3064,00		
	Toplam	141					

Benforri düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyine göre ($p=0,008$) eşlik eden üç hastalığı olan bireyler ile eşlik eden herhangi bir hastalığı olmayan bireyler arasında toplam maliyetlerin anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Eşlik eden üç hastalığı bulunan bireylerin maliyetleri daha yüksektir.

Çizelge 3.53. Toplam Maliyetin 3 Tane Eşlik Eden Hastalığı Olan Bireyler ile Eşlik Eden Hastalığı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması.

	Eşlik Eden Hastalık Varlığı	n	Aritmetik Ortalama (TL)	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
Toplam Maliyet	Üç hastalık	70	179,03	77,81	5446,50	1098,50	,000
	Hastalık Yok	58	106,89	48,44	2809,50		
	Toplam	141					

3.3. Diyabet Tutumuna Yönelik Bulgular

Bu bölümde Konya'daki bir üniversite hastanesine muayeneye gelmiş Tip II diyabetli bireylerin diyabete yönelik tutumlarının çeşitli değişkenlere göre (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, diyabetli olma süresi, ailede diyabetli birey varlığı, diyetle uygun beslenme, günlük yaşamda zorlanma durumu, komplikasyon varlığı, eşlik eden hastalık varlığı, ilaç maliyeti, tetkik maliyeti ve toplam maliyet) farklılık gösterip göstermediği ve maliyetler ile diyabet tutumu arasında bir ilişki olup olmadığı sırasıyla incelenmiştir.

Çizelge 3.54. Diyabet Tutum Ölçeği Puanların Ortalamalara Göre Dağılımı.

	Ortalama	Standart Sapma
Diyabet Tutum Ölçeği	2,73	,700
Özel Eğitim İhtiyacı	2,31	1,291
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	3,00	1,277
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	2,98	1,550
Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	2,85	,592
Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	2,68	,658
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	2,77	,993
Ekip Bakımına Karşı Tutum	2,81	,630

Diyabet Tutum Ölçeği ve alt boyutlarına ait ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Buna göre araştırma grubunun diyabet tutumlarının negatif yönde olduğu kaydedilmiştir.

Cinsiyete göre, diyabet tutumunun karşılaştırmasına yönelik elde edilen sonuçlarda anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta erkeklerin tutumlarının kadınlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, Hasta Uyumuna Karşı Tutum, Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi, Hasta Otonomisine Karşı Tutum ile Ekip Bakımına Karşı Tutum alt boyutlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık varken; Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti ve Özel Eğitim İhtiyacı alt boyutunda ise anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Buna göre, başlangıçta oluşturulan:

- H3a. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
- H5a. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
- H6a. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
- H7a. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
- H8a. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir. hipotezleri kabul edilmiştir.

Ayrıca başlangıçta oluşturulan:

- H2a. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
- H4a. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir hipotezleri kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.55. Diyabet Tutumunun Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.

	Cinsiyet	n	Sıralı Ortalama	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
Diyabet Tutum Ölçeği	Kadın	225	169,22	38074,50	12649,500	,00
	Erkek	159	225,44	35845,50		
	Toplam	384				
Özel Eğitim İhtiyacı	Kadın	225	184,16	41436,00	16011,000	,07
	Erkek	159	204,30	32484,00		
	Toplam	384				

Çizelge 3.55. Diyabet Tutumunun Cinsiyete Göre Karşılaştırılması Devam.

Hasta Uyumuna Karşı Tutum	Kadın	225	172,71	38859,50	13434,500	,00
	Erkek	159	220,51	35060,50		
	Toplam	384				
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	Kadın	225	195,31	43944,50	17255,500	,55
	Erkek	159	188,53	29975,50		
	Toplam	384				
Kan Glukoz Kontrolü Ve Komplikasyonlar	Kadın	225	179,41	40367,50	14942,500	,01
	Erkek	159	211,02	33552,50		
	Toplam	384				
Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	Kadın	225	182,93	41160,00	15735,000	,04
	Erkek	159	206,04	32760,00		
	Toplam	384				
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	Kadın	225	179,68	40427,00	15002,000	,01
	Erkek	159	210,65	33493,00		
	Toplam	384				
Ekip Bakımına Karşı Tutum	Kadın	225	177,08	39844,00	14419,000	,00
	Erkek	159	214,31	34076,00		
	Toplam	384				

Yaşa göre, diyabet tutumu ve alt boyutlarının karşılaştırmasına yönelik elde edilen sonuçlarda bütün alt boyutlarda $p>0,05$ olduğundan istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sebeple başlangıçta oluşturulan:

- *H2b. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı yaşa göre farklılık göstermektedir.*
- *H3b. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı yaşa göre farklılık göstermektedir.*
- *H4b. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı yaşa göre farklılık göstermektedir.*
- *H5b. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı yaşa göre farklılık göstermektedir.*
- *H6b. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı yaşa göre farklılık göstermektedir.*

- *H7b. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı yaşa göre farklılık göstermektedir.*
- *H8b. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı yaşa göre farklılık göstermektedir. hipotezleri kabul edilmemiştir.*

Çizelge 3.56. Diyabet Tutumunun Yaşa Göre Karşılaştırılması.

	Yaş	n	Sıralı Ortalama	Kruskal-Wallis H	P
Diyabet Tutum Ölçeği	50 yaş ve altı	127	187,15	,977	,61
	51-61 yaş	120	189,79		
	62 yaş ve üstü	137	199,84		
	Toplam	384			
Özel Eğitim İhtiyacı	50 yaş ve altı	127	192,44	,221	,90
	51-61 yaş	120	189,15		
	62 yaş ve üstü	137	195,49		
	Toplam	384			
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	50 yaş ve altı	127	185,59	1,347	,51
	51-61 yaş	120	190,38		
	62 yaş ve üstü	137	200,77		
	Toplam	384			
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	50 yaş ve altı	127	201,22	1,368	,51
	51-61 yaş	120	190,90		
	62 yaş ve üstü	137	185,82		
	Toplam	384			
Kan Glukoz Kontrolü Ve Komplikasyonlar	50 yaş ve altı	127	186,37	1,283	,53
	51-61 yaş	120	189,45		
	62 yaş ve üstü	137	200,85		
	Toplam	384			
Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	50 yaş ve altı	127	185,89	,711	,70
	51-61 yaş	120	196,81		
	62 yaş ve üstü	137	194,85		
	Toplam	384			
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	50 yaş ve altı	127	186,20	,655	,72
	51-61 yaş	120	195,85		
	62 yaş ve üstü	137	195,41		
	Toplam	384			
Ekip Bakımına Karşı Tutum	50 yaş ve altı	127	195,21	1,023	,60
	51-61 yaş	120	184,32		
	62 yaş ve üstü	137	197,16		
	Toplam	384			

Diyabet tutumu ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu kısımda ayrıca, Özel Eğitim İhtiyacı, Hasta Uyumuna Karşı Tutum, Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi, Hasta Otonomisine Karşı Tutum ile Ekip Bakımına Karşı Tutum alt boyutlarında da benzer şekilde anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti alt boyutunda anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Farklılığın olduğu kısımda, evli olanların tutumlarının bekârlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak başlangıçta oluşturulan;

- *H2c. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı medeni duruma göre farklılık göstermektedir.*
- *H3c. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı medeni duruma göre farklılık göstermektedir.*
- *H5c. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı medeni duruma göre farklılık göstermektedir.*
- *H6c. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı medeni duruma göre farklılık göstermektedir.*
- *H7c. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı medeni duruma göre farklılık göstermektedir.*
- *H8c. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı medeni duruma göre farklılık göstermektedir.* hipotezleri kabul edilmiştir.

Buna karşın başlangıçta oluşturulan;

- *H4c. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı medeni duruma göre farklılık göstermektedir. hipotezi kabul edilmemiştir.*

Çizelge 3.57. Diyabet Tutumunun Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.

	Medeni Durum	n	Sıralı Ortalama	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	p
Diyabet Tutum Ölçeği	Evli	299	205,77	61525,50	8739,500	,00
	Bekar	85	145,82	12394,50		
	Toplam	384				
Özel Eğitim İhtiyacı	Evli	299	199,16	59547,50	10717,500	,02
	Bekar	85	169,09	14372,50		
	Toplam	384				
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	Evli	299	205,30	61385,50	8879,500	,00
	Bekar	85	147,46	12534,50		
	Toplam	384				
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	Evli	299	187,18	55967,00	1117,000	,07
	Bekar	85	211,21	17953,00		
	Toplam	384				
Kan Glukoz Kontrolü Ve Komplikasyonlar	Evli	299	202,86	60655,50	9609,500	,00
	Bekar	85	156,05	13264,50		
	Toplam	384				
Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	Evli	299	202,83	60647,00	9618,000	,00
	Bekar	85	156,15	13273,00		
	Toplam	384				
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	Evli	299	202,91	60670,50	9594,500	,00
	Bekar	85	155,88	13249,50		
	Toplam	384				
Ekip Bakımına Karşı Tutum	Evli	299	198,15	59247,50	11017,500	,05
	Bekar	85	172,62	14672,50		
	Toplam	384				

Eğitim düzeyine göre yapılan karşılaştırma sonucunda, tüm alt boyutlarda $p < 0,05$ olduğundan diyabet tutumunun eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çizelge 3.58. Diyabet Tutumunun Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.

	Eğitim Düzeyi	n	Sıralı Ortalama	Kruskal-Wallis H	p
Diyabet Tutum Ölçeği	Okuryazar-İlkokul	114	255,93	103,543	,00
	Ortaokul	94	230,64		
	Lise	95	129,16		
	Lisans	81	133,27		
	Toplam	384			
Özel Eğitim İhtiyacı	Okuryazar-İlkokul	114	221,36	20,632	,00
	Ortaokul	94	206,96		
	Lise	95	170,08		
	Lisans	81	161,41		
	Toplam	384			
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	Okuryazar-İlkokul	114	249,04	74,255	,00
	Ortaokul	94	218,73		
	Lise	95	140,62		
	Lisans	81	143,33		
	Toplam	384			
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	Okuryazar-İlkokul	114	168,73	9,110	,03
	Ortaokul	94	192,23		
	Lise	95	207,54		
	Lisans	81	208,64		
	Toplam	384			
Kan Glukoz Kontrolü Ve Komplikasyonlar	Okuryazar-İlkokul	114	247,74	76,707	,00
	Ortaokul	94	222,38		
	Lise	95	130,93		
	Lisans	81	152,30		
	Toplam	384			
Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	Okuryazar-İlkokul	114	241,68	51,701	,00
	Ortaokul	94	211,51		
	Lise	95	148,81		
	Lisans	81	152,46		
	Toplam	384			
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	Okuryazar-İlkokul	114	235,46	45,751	,00
	Ortaokul	94	213,12		
	Lise	95	161,21		
	Lisans	81	144,81		
	Toplam	384			
Ekip Bakımına Karşı Tutum	Okuryazar-İlkokul	114	215,54	24,673	,00
	Ortaokul	94	219,56		
	Lise	95	168,82		
	Lisans	81	156,44		
	Toplam	384			

Buna göre başlangıçta oluşturulan:

- *H2d. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.*
- *H3d. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.*
- *H4d. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.*
- *H5d. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.*
- *H6d. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.*
- *H7d. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.*
- *H8d. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.* hipotezleri kabul edilmiştir.

Elde edilen anlamlı farklılığın kaynağının tespiti amacıyla başvuru LSD çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Eğitim düzeyine göre yapılan LSD çoklu karşılaştırma test sonuçlarına bakıldığında diyabet tutumunda lise ve lisans mezunu olanların tutumları ile okuryazar-ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu kısımda elde edilen farklılıklar, Özel Eğitim İhtiyacı, Hasta Uyumuna Karşı Tutum, Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti, Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi, Hasta Otonomisine Karşı Tutum ile Ekip Bakımına Karşı Tutum alt boyutları bağlamında da benzer niteliktedir.

Çizelge 3.59. Eğitim Düzeyine Göre Yapılan Çoklu Karşılaştırma Test Sonuçları.

Bağımlı Değişkenler	Eğitim Düzeyi	Alt Gruplar	Ortalamalar Farkı	p
Diyabet Tutum Ölçeği	Lise	Okuryazar-İlkokul	-21,839*	,000
		Ortaokul	-16,879*	,000
	Lisans	Okuryazar-İlkokul	-23,068*	,000
		Ortaokul	-18,108*	,000
Özel Eğitim İhtiyacı	Lise	Okuryazar-İlkokul	-5,421*	,000
		Ortaokul	-4,108*	,000
	Lisans	Okuryazar-İlkokul	-6,085*	,000
		Ortaokul	-4,772*	,000
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	Lise	Okuryazar-İlkokul	-7,618*	,000
		Ortaokul	-5,653*	,000
	Lisans	Okuryazar-İlkokul	-7,681*	,000
		Ortaokul	-5,716*	,000
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	Lise	Okuryazar-İlkokul	2,361*	,000
		Ortaokul	1,383*	,037
	Lisans	Okuryazar-İlkokul	2,465*	,000
		Ortaokul	1,487*	,032
Kan Glukoz Kontrolü Ve Komplikasyonlar	Lise	Okuryazar-İlkokul	-2,546*	,000
		Ortaokul	-2,000*	,000
	Lisans	Okuryazar-İlkokul	-2,069*	,000
		Ortaokul	-1,524*	,000
Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	Lise	Okuryazar-İlkokul	-2,609*	,000
		Ortaokul	-1,789*	,000
	Lisans	Okuryazar-İlkokul	-2,675*	,000
		Ortaokul	-1,855*	,000
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	Lise	Okuryazar-İlkokul	-3,823*	,000
		Ortaokul	-2,757*	,000
	Lisans	Okuryazar-İlkokul	-4,362*	,000
		Ortaokul	-3,296*	,000
Ekip Bakımına Karşı Tutum	Lise	Okuryazar-İlkokul	-1,118*	,001
		Ortaokul	-1,230*	,001
	Lisans	Okuryazar-İlkokul	-1,410*	,000

Diyabet tutumu ile diyabetli olma süresi arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç Özel Eğitim İhtiyacı, Tip 2 Diyabetin

Ciddiyeti, Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi, Hasta Otonomisine Karşı Tutum ile Ekip Bakımına Karşı Tutum alt boyutları bağlamında da benzer niteliktedir. Buna karşın, Hasta Uyumuna Karşı Tutum Ve Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar alt boyutlarında diyabet olma süresi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta diyabet olma süresi uzun olanların tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Buna göre başlangıçta oluşturulan:

- *H2e. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.*
- *H4e. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.*
- *H6e. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.*
- *H7e. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.*
- *H8e. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir. hipotezleri kabul edilmemiştir.*

Buna karşın başlangıçta oluşturulan:

- *H3e. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir.*

- *H5e. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı diyabetli olma süresine göre farklılık göstermektedir. hipotezleri kabul edilmiştir.*

Çizelge 3.60. Diyabet Tutumunun Diyabetli Olma Süresine Göre Karşılaştırılması.

	Diyabetli Olma Süresi	n	Sıralı Ortalama	Kruskal-Wallis H	p
Diyabet Tutum Ölçeği	1-5 Yıl	117	175,25	4,326	,12
	6-10 Yıl	117	196,53		
	11 Yıl ve Üstü	150	202,81		
	Toplam	384			
Özel Eğitim İhtiyacı	1-5 Yıl	117	189,55	1,725	,42
	6-10 Yıl	117	203,26		
	11 Yıl ve Üstü	150	186,41		
	Toplam	384			
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	1-5 Yıl	117	170,18	7,358	,03
	6-10 Yıl	117	198,24		
	11 Yıl ve Üstü	150	205,43		
	Toplam	384			
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	1-5 Yıl	117	203,72	2,803	,25
	6-10 Yıl	117	180,07		
	11 Yıl ve Üstü	150	193,44		
	Toplam	384			
Kan Glukoz Kontrolü Ve Komplikasyonlar	1-5 Yıl	117	164,68	10,838	,00
	6-10 Yıl	117	205,63		
	11 Yıl ve Üstü	150	203,96		
	Toplam	384			
Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	1-5 Yıl	117	174,74	4,471	,11
	6-10 Yıl	117	198,59		
	11 Yıl ve Üstü	150	201,60		
	Toplam	384			
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	1-5 Yıl	117	176,35	4,657	,10
	6-10 Yıl	117	206,44		
	11 Yıl ve Üstü	150	194,23		
	Toplam	384			
Ekip Bakımına Karşı Tutum	1-5 Yıl	117	198,32	,553	,76
	6-10 Yıl	117	191,85		
	11 Yıl ve Üstü	150	188,46		

Ortaya çıkan farklılıkta farklılığın kaynağının tespitine yönelik başvurulmuş LSD çoklu karşılaştırma test sonuçları aşağıdaki tabloda sunulmuştur. Diyabetli olma süresine göre yapılan çoklu karşılaştırma test sonuçları yer almaktadır. Buna göre, Hasta Uyumuna Karşı Tutum alt boyutunda 11 yıl ve üstünde bir süredir diyabet olanların tutumları ile 1-5 yıldır diyabetli olanların tutumları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar alt boyutunda ise 1-5 yıldır diyabetli olanların tutumları ile 6-10 yıl ve 11 yıl ve üstü bir sürede diyabetli olanların tutumları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3.61. Diyabetli Olma Süresine Göre LSD Çoklu Karşılaştırma Test Sonuçları.

Bağımlı Değişkenler	Diyabetli olma süresi	Alt Gruplar	Ortalamalar Farkı	p
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	11 Yıl Ve Üstü	1-5 Yıl	2,228*	,018
Kan Glukoz Kontrolü Ve Komplikasyonlar	1-5 Yıl	6-10 Yıl	-,846*	,006
		11 Yıl ve Üstü	-,837*	,004

Diyabet tutumu ile ailede diyabetli birey olup olmadığı arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, Özel Eğitim İhtiyacı ve Ekip Bakımına Karşı Tutum alt boyutları bağlamında da benzer niteliktedir. Buna karşın, Hasta Uyumuna Karşı Tutum, Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi ile Hasta Otonomisine Karşı Tutum alt boyutlarında ailede diyabetli birey olup olmadığı arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta ailede diyabetli birey olmayanların sıralı ortalama değerlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti alt boyutunda ise görülen anlamlı farklılıkta, ailede diyabetli birey olanların sıralı ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3.62. Diyabet Tutumunun Ailede Diyabetli Birey Olup Olmadığına Göre Karşılaştırılması.

	Ailede diyabetli birey varlığı	n	Sıralı Ortalama	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	p
Diyabet Tutum Ölçeği	Var	219	186,23	40785,00	16695,000	,20
	Yok	165	200,82	33135,00		
	Toplam	384				
Özel Eğitim İhtiyacı	Var	219	189,61	41525,50	17435,500	,55
	Yok	165	196,33	32394,50		
	Toplam	384				
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	Var	219	180,63	39557,50	15467,500	,01
	Yok	165	208,26	34362,50		
	Toplam	384				
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	Var	219	207,01	45335,00	14890,000	,00
	Yok	165	173,24	28585,00		
	Toplam	384				
Kan Glukoz Kontrolü Ve Komplikasyonlar	Var	219	183,07	40091,50	16001,500	,05
	Yok	165	205,02	33828,50		
	Toplam	384				
Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	Var	219	180,71	39575,00	15485,000	,02
	Yok	165	208,15	34345,00		
	Toplam	384				
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	Var	219	182,31	39926,00	15836,000	,03
	Yok	165	206,02	33994,00		
	Toplam	384				
Ekip Bakımına Karşı Tutum	Var	219	190,89	41805,00	17715,000	,74
	Yok	165	194,64	32115,00		
	Toplam	384				

Buna göre başlangıçta oluşturulan:

- *H2f. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.*
- *H8f. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir. hipotezleri kabul edilmemiştir.*

Ayrıca başlangıçta oluşturulan:

- *H3f. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.*
- *H4f. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.*
- *H5f. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.*
- *H6f. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir.*
- *H7f. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı ailede diyabetli birey olmasına göre farklılık göstermektedir. hipotezleri kabul edilmiştir.*

Diyabet tutumu ile diyetle uygun beslenme durumu arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu kısımda ayrıca, Hasta Uyumuna Karşı Tutum, Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi ile Hasta Otonomisine Karşı Tutum alt boyutlarında da benzer şekilde anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın Özel Eğitim İhtiyacı, Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti ve Ekip Bakımına Karşı Tutum alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir

Buna göre başlangıçta oluşturulan:

- *H3g. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı diyete uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.*
- *H5g. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı diyete uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.*
- *H6g. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı diyete uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.*
- *H7g. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı diyete uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir. hipotezleri kabul edilmiştir.*

Ayrıca başlangıçta oluşturulan:

- *H2g. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı diyete uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.*
- *H4g. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı diyete uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir.*
- *H8g. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı diyete uygun beslenmeye göre farklılık göstermektedir. hipotezleri kabul edilmemiştir.*

Farklılığın olduğu kısımda, hangi gruplar arasında farklılığın olduğunun tespiti amacıyla başvurulmuş çoklu karşılaştırma test yöntemi olan LSD sonuçları aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Diyete uygun beslenme durumuna göre yapılan çoklu karşılaştırma test sonucuna bakıldığında, Diyabet Tutum Ölçeği'nde diyetle uygun beslenenlerin ortalama değerleri ile kısmen uygun beslenenler ve diyetle uygun beslenmeyenlerin ortalama değerleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuç, hasta uyumuna karşı tutum, kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar, hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi ve hasta otonomisine karşı tutum alt boyutları bağlamında da benzer niteliktedir.

Çizelge 3.63. Diyetle Uygun Beslenme Durumuna Göre LSD Çoklu Karşılaştırma Test Sonuçları.

Bağımlı Değişken	Diyete uygun beslenme	Alt Gruplar	Ortalamalar Farkı	P
Diyabet Tutum Ölçeği	Evet	Kısmen	8,607*	,004
		Hayır	7,439*	,016
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	Evet	Kısmen	3,056*	,001
		Hayır	3,186*	,001
Kan Glukoz Kontrolü Ve Komplikasyonlar	Evet	Kısmen	,940*	,001
		Hayır	1,076*	,000
Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	Evet	Kısmen	,937*	,022
		Hayır	,857*	,046
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	Evet	Kısmen	1,560*	,011
		Hayır	1,407*	,029

Diyabet tutumu ile günlük hayatta zorlanma durumu arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, alt boyutlar bağlamında da benzer niteliktedir. Buna göre başlangıçta oluşturulan:

- *H2h. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.*
- *H3h. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.*

- H4h. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.
- H5h. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.
- H6h. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.
- H7h. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir.
- H8h. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı günlük yaşamda zorlanmaya göre farklılık göstermektedir. hipotezleri kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.64. Diyabet Tutumunun Günlük Hayatta Zorlanma Durumuna Göre Karşılaştırılması.

	Günlük yaşamda zorlanma	n	Sıralı Ortalama	Kruskal-Wallis H	P
Diyabet Tutum Ölçeği	Evet	127	190,34	,520	,77
	Kısmen	72	200,94		
	Hayır	185	190,70		
	Toplam	384			
Özel Eğitim İhtiyacı	Evet	127	189,11	,762	,68
	Kısmen	72	202,37		
	Hayır	185	190,98		
	Toplam	384			
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	Evet	127	194,28	1,193	,55
	Kısmen	72	203,26		
	Hayır	185	187,09		
	Toplam	384			
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	Evet	127	193,22	2,825	,24
	Kısmen	72	173,96		

Çizelge 3.64. Diyabet Tutumunun Hayatta Zorlanma Durumuna Göre Karşılaştırılması Devam.

	Hayır	185	199,22		
	Toplam	384			
Kan Glukoz Kontrolü Ve Komplikasyonlar	Evet	127	191,27	,775	,68
	Kısmen	72	202,61		
	Hayır	185	189,41		
	Toplam	384			
Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	Evet	127	194,81	,188	,91
	Kısmen	72	194,89		
	Hayır	185	189,99		
	Toplam	384			
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	Evet	127	185,41	,984	,61
	Kısmen	72	200,25		
	Hayır	185	194,35		
	Toplam	384			
Ekip Bakımına Karşı Tutum	Evet	127	183,17	3,103	,21
	Kısmen	72	211,14		
	Hayır	185	191,65		
	Toplam	384			

Diyabet tutumu ile herhangi bir komplikasyon olup olmadığı arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu kısımda, herhangi bir komplikasyonu olanların tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, Hasta Uyumuna Karşı Tutum, Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi, Hasta Otonomisine Karşı Tutum alt boyutlarında da benzer şekilde anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta herhangi bir komplikasyonu olanların tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti alt boyutunda herhangi bir komplikasyonu olmayanların tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlara göre başlangıçta oluşturulan:

- *H31. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.*
- *H41. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.*
- *H51. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.*
- *H61. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.*
- *H71. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir. hipotezleri kabul edilmiştir.*

Ayrıca başlangıçta oluşturulan:

- *H21. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.*
- *H81. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı herhangi bir komplikasyon olup olmamasına göre farklılık göstermektedir. hipotezleri kabul edilmemiştir.*

Çizelge 3.65. Diyabet Tutumunun Herhangi Bir Komplikasyon Olup Olmadığına Göre Karşılaştırılması.

	Komplikasyon varlığı	n	Sıralı Ortalama	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
Diyabet Tutum Ölçeği	Evet	280	207,01	57963,00	10497,000	,00
	Hayır	104	153,43	15957,00		
	Toplam	384				
Özel Eğitim İhtiyacı	Evet	280	198,01	55442,50	13017,500	,10
	Hayır	104	177,67	18477,50		
	Toplam	384				
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	Evet	280	209,69	58714,00	9746,000	,00
	Hayır	104	146,21	15206,00		
	Toplam	384				
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	Evet	280	182,30	51043,50	11703,500	,00
	Hayır	104	219,97	22876,50		
	Toplam	384				
Kan Glukoz Kontrolü Ve Komplikasyonlar	Evet	280	209,78	58738,00	9722,000	,00
	Hayır	104	145,98	15182,00		
	Toplam	384				
Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	Evet	280	205,50	57540,00	10920,000	,00
	Hayır	104	157,50	16380,00		
	Toplam	384				
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	Evet	280	205,01	57403,50	11056,500	,00
	Hayır	104	158,81	16516,50		
	Toplam	384				
Ekip Bakımına Karşı Tutum	Evet	280	188,40	52752,00	13412,000	,22
	Hayır	104	203,54	21168,00		
	Toplam	384				

Diyabet tutumu ile eşlik eden hastalık durumu arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu kısımda, eşlik eden hastalığı olanların tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu kısımda ayrıca, Özel Eğitim İhtiyacı, Hasta Uyumuna Karşı Tutum, Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi, Hasta Otonomisine Karşı Tutum ile Ekip Bakımına Karşı Tutum alt boyutlarında da benzer şekilde anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta eşlik eden hastalığı olanların tutumlarının daha yüksek olduğu tespit

edilmiştir. Buna karşın Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti alt boyutunda eşlik eden hastalığı olmayanların tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Elde edilen sonuçlara istinaden başlangıçta oluşturulan:

- *H2i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı herhangi bir eşlik eden hastalığın olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.*
- *H3i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı herhangi bir eşlik eden hastalığın olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.*
- *H4i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı herhangi bir eşlik eden hastalığın olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.*
- *H5i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı herhangi bir eşlik eden hastalığın olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.*
- *H6i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı herhangi bir eşlik eden hastalığın olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.*
- *H7i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı herhangi bir eşlik eden hastalığın olup olmamasına göre farklılık göstermektedir. hipotezleri kabul edilmiştir.*

Ayrıca başlangıçta oluşturulan:

- *H8i. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı herhangi bir eşlik eden hastalığın olup olmamasına göre farklılık göstermektedir. hipotezi kabul edilmemiştir.*

Çizelge 3.66. Diyabet Tutumunun Eşlik Eden Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması.

	Eşlik eden hastalık varlığı	n	Sıralı Ortalama	Sıralar Toplamı	Mann- Whitney U	p
Diyabet Tutum Ölçeği	Var	326	201,41	65659,00	6550,000	,00
	Yok	58	142,43	8261,00		
	Toplam	384				
Özel Eğitim İhtiyacı	Var	326	198,73	64786,00	7423,000	,01
	Yok	58	157,48	9134,00		
	Toplam	384				
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	Var	326	203,44	66320,50	5888,500	,00
	Yok	58	131,03	7599,50		
	Toplam	384				
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	Var	326	183,82	59926,50	6625,500	,00
	Yok	58	241,27	13993,50		
	Toplam	384				
Kan Glukoz Kontrolü Ve Komplikasyonlar	Var	326	201,14	65572,00	6637,000	,00
	Yok	58	143,93	8348,00		
	Toplam	384				
Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	Var	326	203,79	66436,50	5772,500	,00
	Yok	58	129,03	7483,50		
	Toplam	384				
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	Var	326	200,17	65254,50	6954,500	,00
	Yok	58	149,41	8665,50		
	Toplam	384				
Ekip Bakımına Karşı Tutum	Var	326	193,63	63122,00	9087,000	,63
	Yok	58	186,17	10798,00		
	Toplam	384				

Diyabet tutumu ile katılımcıların toplam ilaç maliyetleri arasında bir ilişki olup olmadığına yönelik yapılan, nonparametrik analizlerde kullanılan Spearman korelasyon analizi sonucunda diyabet tutum ölçeği genelinde ve tüm alt boyutlarda pozitif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Korelasyon kat sayılarına bakıldığında en yüksek düzeydeki ilişkinin toplam ilaç maliyeti ve Hasta Otonomisine Karşı Tutum alt boyutu arasında olduğu bulunmuştur. En düşük düzeydeki ilişkinin ise Hasta Uyumuna Karşı Tutum ve ilaç maliyeti arasında olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.67. Diyabet Tutumu İle Toplam İlaç Maliyetleri Arasındaki İlişki Analizi.

	Toplam İlaç Maliyeti Korelasyon Katsayısı	p
Diyabet Tutum Ölçeği	,220**	,00
Özel Eğitim İhtiyacı	,185**	,00
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	,148**	,004
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	,219**	,00
Kan Glukoz Kontrolü Ve Komplikasyonlar	,240**	,00
Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	,196**	,00
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	,264**	,00
Ekip Bakımına Karşı Tutum	,159**	,002

**Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Bulunan sonuçlara göre başlangıçta oluşturulan:

- *H2j. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı ile hastaların kişi başı toplam ilaç maliyetleri arasında ilişki vardır.*
- *H3j. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam ilaç maliyetleri arasında ilişki vardır.*
- *H4j. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı ile hastaların kişi başı toplam ilaç maliyetleri arasında ilişki vardır.*
- *H5j. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı ile hastaların kişi başı toplam ilaç maliyetleri arasında ilişki vardır.*
- *H6j. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı ile hastaların kişi başı toplam ilaç maliyetleri arasında ilişki vardır.*
- *H7j. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam ilaç maliyetleri arasında ilişki vardır.*

- *H8j. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt ekip bakımına karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam ilaç maliyetleri arasında ilişki vardır. hipotezleri kabul edilmiştir.*

Diyabet tutumu ile katılımcıların toplam tetkik maliyetleri arasında bir ilişki olup olmadığına yönelik yapılan, nonparametrik analizlerde kullanılan Spearman korelasyon analizi sonucunda diyabet tutum ölçeği genelinde ve tüm alt boyutlarda pozitif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Korelasyon kat sayılarına bakıldığında en yüksek düzeydeki ilişkinin toplam tetkik maliyeti ile Tip II Diyabetin Ciddiyeti alt boyutu arasında olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.68. Diyabet Tutumu İle Toplam Tetkik Maliyetleri Arasındaki İlişki Analizi.

	Toplam Tetkik Maliyeti Korelasyon Katsayısı	p
Diyabet Tutum Ölçeği	,229**	,00
Özel Eğitim İhtiyacı	,191**	,00
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	,191**	,00
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	,242**	,00
Kan Glukoz Kontrolü Ve Komplikasyonlar	,230**	,00
Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	,203**	,00
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	,240**	,00
Ekip Bakımına Karşı Tutum	,166**	,001

**Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Bulunan sonuçlara göre başlangıçta oluşturulan:

- *H2k. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı ile hastaların kişi başı toplam tetkik maliyetleri arasında ilişki vardır.*
- *H3k. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam tetkik maliyetleri arasında ilişki vardır.*

- *H4k. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı ile hastaların kişi başı toplam tetkik maliyetleri arasında ilişki vardır.*
- *H5k. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı ile hastaların kişi başı toplam tetkik maliyetleri arasında ilişki vardır.*
- *H6k. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı ile hastaların kişi başı toplam tetkik maliyetleri arasında ilişki vardır.*
- *H7k. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam tetkik maliyetleri arasında ilişki vardır.*
- *H8k. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt ekip bakımına karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam tetkik maliyetleri arasında ilişki vardır. hipotezleri kabul edilmiştir.*

Diyabet tutumu ile katılımcıların toplam maliyetleri arasında bir ilişki olup olmadığına yönelik yapılan, nonparametrik analizlerde kullanılan Spearman korelasyon analizi sonucunda diyabet tutum ölçeği genelinde ve tüm alt boyutlarda pozitif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Korelasyon kat sayılarına bakıldığında en yüksek düzeydeki ilişkinin toplam maliyet ile Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar alt boyutu arasında olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.69. Diyabet Tutumu İle Toplam Maliyetler Arasındaki İlişki Analizi.

	Toplam Maliyet Korelasyon Katsayısı	p
Diyabet Tutum Ölçeği	,273**	,00
Özel Eğitim İhtiyacı	,219**	,00
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	,210**	,00
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	,275**	,00
Kan Glukoz Kontrolü Ve Komplikasyonlar	,290**	,00
Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	,245**	,00
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	,289**	,00
Ekip Bakımına Karşı Tutum	,183**	,00

Bulunan sonuçlara göre başlangıçta oluşturulan:

- *H2l. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından özel eğitim ihtiyacı algısı ile hastaların kişi başı toplam maliyetleri arasında ilişki vardır.*
- *H3l. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta uyumuna karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam maliyetleri arasında ilişki vardır.*
- *H4l. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından Tip II diyabetin ciddiyeti algısı ile hastaların kişi başı toplam maliyetleri arasında ilişki vardır.*
- *H5l. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar algısı ile hastaların kişi başı toplam maliyetleri arasında ilişki vardır.*
- *H6l. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hastanın yaşamı üzerine diyabetin etkisi algısı ile hastaların kişi başı toplam maliyetleri arasında ilişki vardır.*
- *H7l. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından hasta otonomisine karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam maliyetleri arasında ilişki vardır.*
- *H8l. Araştırma grubunun diyabet tutum ölçeği alt boyutlarından ekip bakımına karşı tutum algısı ile hastaların kişi başı toplam maliyetleri arasında ilişki vardır.* hipotezleri kabul edilmiştir.

Yapılan analizler sonucunda diyabet maliyeti ile ilgili başlangıçta oluşturulan toplam 30 hipotezin yedi tanesi kabul edilmiştir. Anlatımı kolaylaştıracağı düşünüldüğünden çizelge haline getirilmiş özet olarak sunulmuştur.

Çizelge 3.70. Diyabet Maliyeti ile İlgili Hipotezlerim Kabul/ Red Durumu Özet Çizelge.

	Toplam İlaç Maliyeti	Toplam Tetkik Maliyeti	Toplam Maliyet
Cinsiyet	-	-	-
Yaş	-	-	-
Medeni Durum	-	-	-
Diyabetli olma süresi	-	+	-
Ailede diyabetli birey bulunması	-	-	-
Diyete uygun beslenme durumu	-	-	-
Günlük yaşamda zorlanma durumu	-	-	-
Komplikasyon bulunma durumu	+	+	+
Eşlik eden hastalık bulunma durumu	+	+	+

Yapılan analizler sonucunda Diyabet Tutum Ölçeği ile ilgili başlangıçta oluşturulan toplam 104 hipotezin 69 tanesi kabul edilmiştir. Anlatımı kolaylaştıracağı düşünüldüğünden çizelge haline getirilmiş özet olarak sunulmuştur.

Çizelge 3.71. Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutları ile İlgili Hipotezlerin Kabul/ Red Durumu Özet Çizelge.

	Diyabet Tutum Ölçeği	Özel Eğitim İhtiyacı	Hasta Uyumuna Karşı Tutum	Tip II Diyabetin Ciddiyeti	Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi	Hasta otonomisine karşı tutum	Ekip bakımına karşı tutum
Cinsiyet	+	-	+	-	+	+	+	+
Yaş	-	-	-	-	-	-	-	-
Medeni durum	+	+	+	-	+	+	+	+
Eğitim durumu	+	+	+	+	+	+	+	+

Çizelge 3.71. Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutları ile İlgili Hipotezlerin Kabul/ Red Durumu Özet Çizelge Devam.

Diyabetli olma süresi	-	-	+	-	+	-	-	-
Ailede diyabetli birey varlığı	-	-	+	+	+	+	+	-
Diyete uygun beslenme	+	-	+	-	+	+	+	-
Günlük yaşamda zorlanma	-	-	-	-	-	-	-	-
Komplikasyon varlığı	-	-	+	+	+	+	+	-
Eşlik eden hastalık varlığı	+	+	+	+	+	+	+	-
Toplam ilaç Maliyeti	+	+	+	+	+	+	+	+
Toplam Tetkik Maliyeti	+	+	+	+	+	+	+	+
Toplam diyabet maliyeti	+	+	+	+	+	+	+	+

4.TARTIŞMA

Bu bölümde diyabetin maliyetine yönelik, diyabetin komplikasyonlarına ve eşlik eden hastalıklarına yönelik ve diyabet tutum ölçeğine yönelik daha önce yapılmış çalışmalar irdelenmiştir.

4.1. Diyabetin Maliyeti İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Domeikiene ve ark. (2014) tarafından yapılan bir çalışmada:

- Litvanya’da 2011 yılında 762 hastanın verileri incelenerek, Tip II diyabet hastalığına sahip bireylerin maliyet analizi yapılmış ve bu bireylerde komplikasyon olup olmasına göre maliyetler hesaplanmıştır.

- Ayakta bakım maliyeti kişi başı €156,14 olarak bulunmuştur.

- Tip II diyabete sahip bireylerin %34,4 oranında en az biri hastaneye yatırılmıştır ve bu hastaların maliyetleri ortalama kişi başı €1160.16 olarak hesaplanmıştır.

- İlaç maliyeti yıllık kişi başı €448.34 olarak bulunmuş, en yüksek maliyete sahip olanın insülin enjektesi olmayan oral ilaçların olduğu saptanmıştır.

- Çalışmaya dahil edilen hastaların %65,1’i bir ya da birden fazla komplikasyona sahiptir.

- Kişi başına düşen ortalama yıllık diyabet maliyeti komplikasyon sayısı ile ilişkilidir. Komplikasyona sahip bireylerin yıllık ortalama maliyeti €1588,98 iken, komplikasyona sahip olmayan bireylerin yıllık ortalama maliyeti yalnızca €671,94 bulunmuştur.

Paim ve ark.(2011) tarafından 2007 yılının verileri kullanılarak yapılan bir araştırmada:

- Brezilya’da yer alan 8 şehirden 1000 hastaya ulaşılmıştır.
- Hasta başına düşen toplam yıllık ayakta bakım maliyeti \$2.108 olarak bulunmuştur.
- Bu maliyetlerin %63,3’ü direkt maliyetleri oluştururken, %36,7’si endirekt maliyetleri oluşturmaktadır.
- Direkt maliyetler içerisinde en yüksek paya sahip gider %48,2 ile ilaç giderleridir.

Caporale ve ark. (2013) tarafından Arjantin’de yapılan başka bir araştırmada:

- 1980 ve 2011 yılları arasında yer alan literatür analiz edilmiş ve 2005 yılında %8,4 olan diyabetli birey sayısının 2009 yılında %9,6 olduğu bulunmuştur.
- Tip II diyabet hastalığı 2009 yılında %19,2 ölüm oranıyla, ölüme sebebiyet veren hastalıklar arasında 8.sırada yer almıştır.
- Daha çok 50 yaş ve üzeri kadın bireylerde bu hastalığın görüldüğü tespit edilmiştir.
- Kişi başına düşen yıllık ortalama yatış maliyeti 2004 yılında diyabetli bireylerde \$1.628 iken, diyabetli olmayan bireylerde \$883 olarak bulunmuştur.

Vries ve ark. (2014) yılında yaptığı çalışmada:

- Sağlık hizmeti ödeyicileri perspektifiyle Markov modeli kullanılarak 10 yıllık bir tarama yapılmıştır.
- Çalışmaya katılan diyabetli bireyler ortalama 60 yaşındadır ve statin tedavisinin maliyet etkililiği araştırılmaktadır.
- Çalışma sonucunda diyabetin yaşın yüksekliği ve kardiyovasküler rahatsızlıklarla doğru orantılı olduğu bulunmuştur.

4.2. Diyabetin Komplikasyonları ve Diyabete Eşlik Eden Hastalıklar ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Jelinek ve ark (2017) tarafından Abu Dabi’de yer alan 2 büyük hastanede 490 hasta üzerinde yapılan çalışmaya göre hipertansiyon obezite ve dislipideminin eşlik ettiği Tip II görülme sıklığının %23 oranında olduğu bulunmuştur. Tip II diyabet teşhisi almış hastaların %80’inden fazlasında %13,26 oranında en sık görülen komplikasyonun retinopati olduğu bulunmuştur. Diyabete eşlik eden hastalıklar incelendiğinde %93,43 oranında dislipidemi, %90,49 oranında obezite, %83,40 oranında ise hipertansiyon olduğu bulunmuştur.

Nowakowska ve ark. (2019) tarafından 102,394 tip II diyabetli hasta üzerinde yapılan çalışmaya göre en çok kadınlarda olmak üzere tip II diyabetli hastalarda %75 oranında en az 1 eşlik eden hastalığı olduğu bulunmuştur. En az iki eşlik eden hastalığı olanlar ise %44 oranındadır. Bu sonuç, bu tezdeki çalışma ile benzerlik göstermektedir. Eşlik eden hastalık ve diyabet maliyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bunun yaşla doğru orantılı olarak arttığı ve kadınlarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir. İleriye dönük tahminleme yapılmış, depresyonun 2027 yılında kadınlarda %33 oranında erkeklerde ise %15 oranında ortaya çıkacağı sonucuna ulaşılmıştır. En yaygın eşlik eden hastalık Hipertansiyon olarak bulunmuştur. Kadınlarda ikinci sırada depresyon yer alırken erkeklerde koroner kalp hastalıkları ikinci olmuştur.

Long ve Dagogo-Jack (2011) tarafından yapılan çalışmaya göre İngiltere’de diyabetli bireylerin %75 oranında hipertansiyona da sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hipertansiyonun eşlik ettiği diyabetli hastaların bakımı için ayrılan bütçenin 76,6 milyar dolar olduğu bulunmuştur.

Anderson ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarına göre dislipidemi, hipertansiyon gibi diyabete eşlik eden hastalıkların uzun süreli ve etkili tedavisi ile buna bağlı ölümlerin %50 oranında azalacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Yaptığımız bu araştırmada diyabetli olup diyabete eşlik eden hastalığa da sahip olan bireylerin oranı %84,9 olarak bulunmuştur. Eşlik eden en çok bir hastalığa bakıldığında Hipertansiyon %45,57 oranında, Kardiyovasküler Hastalıkların %40,62 oranında Kronik Böbrek Rahatsızlıklarının %27,6 oranında olduğu bulunmuştur. Eşlik eden en çok 2 hastalığı olan bireylere bakıldığında ise en yüksek oranın %33,73 Hipertansiyon ve Kronik Böbrek Rahatsızlıkları olduğu sonucuna ulaşılmıştır. En fazla üç eşlik eden hastalığı olan bireylere bakıldığında ise %86,11 oranında Hipertansiyon, Kronik Böbrek Hastalığı ve Kardiyovasküler Hastalık olduğu bulunmuştur.

4.3. Diyabet Tutum Ölçeği ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Diyabet Tutum Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapıp Türkçeye uyarlayan Özcan'ın (1999) çalışmasında;

- Diyabet Tutum Ölçeği puanı genel anlamda 4,04 olduğu yani hastaların pozitif tutuma sahip olduğu görülmektedir. Alt gruplar bazında bakıldığında ise en güçlü pozitif tutumun Özel Eğitim Gereksinimi alt boyutunda, en az güçlü tutumun ise İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti alt boyutunda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada ölçek puanının genel anlamda negatif olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alt gruplar bazında bakıldığında en güçlü pozitif tutumun Hasta Uyumuna Karşı Tutum alt boyutunda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu açıdan bahsi geçen iki çalışma benzerlik göstermemektedir.

- Cinsiyet ve Diyabet Tutum Ölçeği puanları arasında ilişki incelendiğinde Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Bu alt boyutta erkeklerin kadınlara oranla daha pozitif tutuma sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada Hasta Uyumuna Karşı Tutum ve Tip II Diyabetin Ciddiyeti alt boyutları dışında diğer bütün alt boyutlarda cinsiyet ve ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Özcan'ın çalışmasıyla benzer

olarak erkeklerin kadınlara oranla daha pozitif tutuma sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- Hastaların yaşları ve ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu çalışmada da benzer şekilde yaş ve ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

- Diyabetli bireylerin eğitim düzeyi ve ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde genel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken, yalnızca İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu, okuryazar olmayan veya ilköğretim mezunu grubun lise ya da üniversite mezunlarına oranla daha pozitif bir tutuma sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada benzer şekilde bütün alt boyutlarda eğitim durumu ve ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yine çalışmaya benzer olarak ilk ve ortaokul mezunu olan bireylerin tutumunun lise ve lisans mezunu bireylerin tutumuna göre daha pozitif olduğu bulunmuştur.

Ustaalioglu ve Tan'ın (2017) tip II diyabetli 110 hasta üzerinde tedaviye yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla yaptığı çalışmada En pozitif tutuma sahip olunan alt boyut özel eğitim ihtiyacıdır. Bu çalışmada en pozitif tutumun Hasta Uyumuna Karşı Tutum boyutunda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların erkeklere oranla daha pozitif tutuma sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada erkeklerin kadınlardan daha pozitif tutuma sahip olduğu bulunmuştur. Hastaların diyabetli olma süreleri ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu çalışmada da genel anlamda anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ailesinde diyabetli birey olanların daha pozitif tutuma sahip olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada da benzer şekilde ailesinde diyabetli birey olanların tutumlarının pozitif yönde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Al-Maskari ve ark. (2013) diyabete yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla 575 tip II diyabetli hasta üzerinde yaptığı çalışmaya göre katılımcıların %71 oranında negatif bir tutuma sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, bu çalışma ile

benzerlik göstermektedir. Erkeklerin kadınlara oranla daha pozitif tutuma sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Ailesinde tip II diyabetli birey bulunan hastaların tutumlarının daha pozitif olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Abdelaziz ve ark. (2007) tarafından Tunus'ta 404 tip II diyabetli hasta üzerinde yapılan çalışmada da hastaların tutumlarının negatif yönde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Al-Adsani ve ark. (2009) tarafından Kuveyt'te 5114 hasta üzerinde yapılan çalışmaya göre hastaların tutumlarının negatif yönde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Pozitif tutuma sahip olan bireylerin çoğunluğunun erkek olduğu bulunmuştur. Sonuçlar bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

He ve Wharrad'ın (2007) Çin'de yaptıkları çalışmaya göre diyabetli olma süresi ve diyabet tutumu arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ailesinde diyabetli birey bulunanların tutumlarının daha pozitif olduğu, genel olarak bireylerin negatif tutuma sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Hajj, Yousef ve Basri (2017) tarafından Katar'da 450 eczacı üzerinde uygulanan diyabet tutum ölçeğinde genel tutumun pozitif yönde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Erkeklerin kadınlara oranla daha pozitif bir tutuma sahip olduğu bulunmuştur. Bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmanın aksine, Lou ve ark. (2014) tarafından 5961 hasta üzerinde yapılan çalışmada hastaların genel olarak pozitif bir tutuma sahip oldukları eğitim düzeyleri daha yüksek bireylerin daha pozitif tutuma sahip olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde yapılan araştırma sonrasında ulaşılan sonuçlar ve bu sonuçlara göre araştırmacılar ve konu ile ilgililere yönelik öneriler yer almaktadır.

5.1. Sonuçlar

Araştırmaya katılanların %58,6'sının kadın, %41,4'ünün erkek olduğu; yaş ortalamasının 56,26 olduğu, %77,9 oranında medeni durumlarının daha çok evli olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında araştırma grubunun %24,7'sinin okuryazar, %4,9'unun ilkokul, %24,5'inin ortaokul, %24,7'sinin lise ve son olarak %21,1'inin lisans mezunu olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmaya katılanların diyabetli olma sürelerinin %30,5'inde 1-5 yıl, %30,5'inde 6-10 yıl ve %39,1'inde ise 11 yıl ve üstündedir. Katılımcıların %57'sinin ailesinde diyabetli olmadığı, %72,9'unun herhangi bir komplikasyona sahip olduğu ve %84,9'unda ise eşlik eden hastalık olduğu tespit edilmiştir. Son olarak, araştırma grubunun diyabet maliyetinin ortalama 163,93 TL olduğu tespit edilmiştir.

Diyabet tutumuna yönelik toplam ölçek puanı ortalaması 2,73 olarak bulunmuştur. Ölçek geliştiriciye göre puanın üçten küçük olması bireylerin diyabete yönelik negatif tutuma sahip olduğunu göstermektedir. Bu sonuç araştırma grubunun tutumunun negatif yönde olduğunu göstermektedir. Alt boyutların puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek ortalamanın 'Hasta Uyumuna Karşı Tutum' (ort: 3,00) boyutunda olduğu, en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun ise 'Özel Eğitim İhtiyacı' (ort: 2,31) olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Diyabet maliyeti ile diyabet tutumu arasındaki ilişkinin tespitine yönelik yapılan korelasyon analizi sonucunda pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=,273$, $p<,00$). Bunun yanında diyabet maliyeti ile Özel Eğitim İhtiyacı ($r=,219$, $p<,00$), Hasta Uyumuna Karşı Tutum ($r=,210$, $p<,00$), Tip 2 Diyabetin

Ciddiyeti ($r=,275$, $p<,00$), Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar ($r=,290$, $p<,00$), Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi ($r=,245$, $p<,00$), Hasta Otonomisine Karşı Tutum ($r=,289$, $p<,00$) ve Ekip Bakımına Karşı Tutum ($r=,183$, $p<,00$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Cinsiyete göre toplam ilaç maliyetlerine bakıldığında minimum değer 0 TL maksimum değer 194,7 TL olduğu bulunmuştur. Ortalama ilaç maliyetleri değerlendirildiğinde kadınlarda 46,46 TL, erkeklerde 48,3 TL olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Cinsiyete göre ilaç maliyetleri değerlendirildiğinde kadınlardaki sıralı ortalama değeri 190,12 iken, erkeklerde ise bu rakamın 195,86 olduğu bulunmuştur. Toplam tetkik maliyetlerine bakıldığında minimum değer 22,20 TL maksimum değer 278,10 TL olduğu bulunmuştur. Ortalama tetkik maliyeti kadınlarda 101,68 TL, erkeklerde 96,7 TL olarak bulunmuştur. Toplam maliyetlere bakıldığında minimum değer 39,25 TL maksimum değer 489,85 TL olduğu bulunmuştur. Ortalama toplam maliyet kadınlarda 148,15 TL, erkeklerde 145,07 TL olarak bulunmuştur.

Diyabetli olma süresi ve ortalama toplam tetkik maliyetlerine bakıldığında 1-5 yıl arasında diyabetli olan bireylerin maliyetlerinin 98,4 TL olduğu, 6-10 yıl arasında diyabetli olan bireylerin maliyetlerinin 93,2 TL olduğu 11 yıldan fazla diyabeti bulunan bireylerin maliyetinin ise 105,69 TL olduğu bulunmuştur. Toplam tetkik maliyetinin 5-10 yıl arası diyabetli olan bireyler ile 11 yıldan fazla diyabetli olan bireyler arasında anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Diyabetli olma süresi 11 yıldan uzun olan bireylerin 5-10 yıl arasında diyabetli olan bireylere göre tetkik maliyetlerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ortalama toplam ilaç maliyetlerine bakıldığında herhangi bir komplikasyona sahip olan bireylerin maliyetinin 57,4 TL olduğu, herhangi bir komplikasyonu bulunmayan bireylerin maliyetinin ise 19,95 TL olduğu bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların %72,91 oranında en az bir komplikasyona sahip olduğu bulunmuştur. Toplam ilaç maliyetleri ile katılımcıların herhangi bir komplikasyona sahip olmaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda

$p=0,00$ bulunduğundan 0,05 düzeyinde yüksek düzeyde anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ortalama toplam tetkik maliyetlerine bakıldığında herhangi bir komplikasyona sahip olan bireylerin maliyetinin 109,1 TL olduğu, herhangi bir komplikasyonu bulunmayan bireylerin maliyetinin ise 74,07 TL olduğu bulunmuştur. Toplam tetkik maliyetleri ile katılımcıların herhangi bir komplikasyona sahip olmaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda $p=0,00$ bulunduğundan 0,05 düzeyinde yüksek düzeyde anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların ortalama toplam maliyetlerine bakıldığında herhangi bir komplikasyona sahip olan bireylerin maliyetinin 166,51 TL olduğu, herhangi bir komplikasyonu bulunmayan bireylerin maliyetinin ise 94,02 TL olduğu bulunmuştur. Toplam maliyetler ile katılımcıların herhangi bir komplikasyona sahip olmaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda $p=0,00$ bulunduğundan 0,05 düzeyinde yüksek düzeyde anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu araştırmada diyabetli olup diyabete eşlik eden hastalığa da sahip olan bireylerin oranı %84,9 olarak bulunmuştur. Eşlik eden en çok bir hastalığa bakıldığında Hipertansiyon %45,57 oranında, Kardiyovasküler Hastalıkların %40,62 oranında Kronik Böbrek Rahatsızlıklarının %27,6 oranında olduğu bulunmuştur. Eşlik eden en çok 2 hastalığı olan bireylere bakıldığında ise en yüksek oranın %33,73 Hipertansiyon ve Kronik Böbrek Rahatsızlıkları olduğu sonucuna ulaşılmıştır. En fazla üç eşlik eden hastalığı olan bireylere bakıldığında ise %86,11 oranında Hipertansiyon, Kronik Böbrek Hastalığı ve Kardiyovasküler Hastalık olduğu bulunmuştur.

Ortalama toplam ilaç maliyetlerine bakıldığında eşlik eden bir hastalığı olan bireylerin maliyetinin 45,0 TL olduğu, eşlik eden iki hastalığı olan bireylerin maliyetinin 51,9 TL olduğu, eşlik eden 3 hastalığı olan bireylerin maliyetinin 64,5

TL olduğu, eşlik eden herhangi bir rahatsızlığı bulunmayan bireylerin ise maliyetinin 26,1 TL olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Toplam ilaç maliyetleri ile katılımcıların herhangi eşlik eden hastalığa sahip olmaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda $p=0,00$ bulunduğundan 0,05 düzeyinde yüksek düzeyde anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Anlamlı çıkan sonucun hangi gruplar arasında olduğunu bulmaya yönelik post-hoc Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Eşlik eden bir hastalığı olan bireylerle eşlik eden üç hastalığı olan bireyler arasında ilaç maliyetlerinin anlamlı bir şekilde farklılaştığı, eşlik eden üç hastalığı olan bireylerin maliyetinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eşlik eden bir hastalığı olan bireylerle eşlik eden herhangi bir hastalığı olmayan bireyler arasında ilaç maliyetlerinin anlamlı bir şekilde farklılaştığı, eşlik eden bir hastalığı olan bireylerin maliyetinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca eşlik eden iki hastalığı olan bireylerle eşlik eden herhangi bir hastalığı olmayan bireyler arasında ilaç maliyetlerinin anlamlı bir şekilde farklılaştığı, eşlik eden iki hastalığı olan bireylerin maliyetinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Son olarak eşlik eden üç hastalığı olan bireylerle eşlik eden herhangi bir hastalığı olmayan bireyler arasında ilaç maliyetlerinin anlamlı bir şekilde farklılaştığı, eşlik eden üç hastalığı olan bireylerin maliyetinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ortalama toplam tetkik maliyetlerine bakıldığında eşlik eden bir hastalığı olan bireylerin maliyetinin 95,9 TL olduğu, eşlik eden iki hastalığı olan bireylerin maliyetinin 108,2 TL olduğu, eşlik eden üç hastalığı olan bireylerin maliyetinin 114,5 TL olduğu, eşlik eden herhangi bir rahatsızlığı bulunmayan bireylerin ise maliyetinin 80,70 TL olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Toplam tetkik maliyetleri ile katılımcıların herhangi eşlik eden hastalığa sahip olmaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda $p=0,00$ bulunduğundan 0,05 düzeyinde yüksek düzeyde anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Anlamlı çıkan sonucun hangi gruplar arasında olduğunu bulmaya yönelik post-hoc Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Eşlik eden iki hastalığı olan bireylerle eşlik eden hastalığı bulunmayan bireyler arasında tetkik maliyetleri anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Eşlik eden iki hastalığı bulunan bireylerin tetkik maliyetlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca eşlik eden üç hastalığı olan bireylerle eşlik eden hastalığı bulunmayan bireyler arasında tetkik maliyetleri anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Eşlik eden üç hastalığı bulunan bireylerin tetkik maliyetlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ortalama toplam maliyetlere bakıldığında eşlik eden bir hastalığı olan bireylerin maliyetinin 140,93 TL olduğu, eşlik eden iki hastalığı olan bireylerin maliyetinin 160,10 TL olduğu, eşlik eden 3 hastalığı olan bireylerin maliyetinin 179,03 TL olduğu, eşlik eden herhangi bir rahatsızlığı bulunmayan bireylerin ise maliyetinin 106,89 TL olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Toplam maliyetler ile katılımcıların herhangi eşlik eden hastalığa sahip olmaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda $p=0,00$ bulunduğundan 0,05 düzeyinde yüksek düzeyde anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Anlamlı çıkan sonucun hangi gruplar arasında olduğunu bulmaya yönelik post-hoc Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Eşlik eden bir hastalığı olan bireylerle eşlik eden üç hastalığı olan bireyler arasında toplam maliyetlerin anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Eşlik eden üç hastalığı bulunan bireylerin maliyetleri daha yüksektir. Ayrıca eşlik eden bir hastalığı olan bireyler ile eşlik eden herhangi bir hastalığı olmayan bireyler arasında toplam maliyetlerin anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Eşlik eden bir hastalığı bulunan bireylerin maliyetleri daha yüksektir. Eşlik eden iki hastalığı olan bireyler ile eşlik eden herhangi bir hastalığı olmayan bireyler arasında toplam maliyetlerin anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Eşlik eden iki hastalığı bulunan bireylerin maliyetleri daha yüksektir. Son olarak eşlik eden üç hastalığı olan bireyler ile eşlik eden herhangi bir hastalığı olmayan bireyler arasında toplam maliyetlerin anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Eşlik eden üç hastalığı bulunan bireylerin maliyetleri daha yüksektir.

Diyabet tutum ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlara bakıldığında; ölçek genel toplamı ortalama puanının 2,73 olduğu, ‘‘Özel Eğitim İhtiyacı’’ alt boyutu puanının 2,31 olduğu, ‘‘Hasta Uyumuna Karşı Tutum’’ alt boyutu puanının 3,00 olduğu, ‘‘Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti’’ alt boyutu puanının 2,98 olduğu, ‘‘Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar’’ alt boyutu puanının 2,85 olduğu, ‘‘Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi’’ alt boyutu puanının 2,68 olduğu, ‘‘Hasta Otonomisine Karşı Tutum’’ alt boyutu puanının 2,77 olduğu, son olarak ‘‘Ekip Bakımına Karşı Tutum’’ alt boyutu puanının 2,81 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçekten alınan puanların 3 ün altında kalması sebebiyle, katılımcıların tutumlarının negatif yönde olduğu bulunmuştur.

Cinsiyete göre, diyabet tutumunun karşılaştırmasına yönelik elde edilen sonuçlarda anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta erkeklerin tutumlarının kadınlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, Hasta Uyumuna Karşı Tutum, Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi, Hasta Otonomisine Karşı Tutum ile Ekip Bakımına Karşı Tutum alt boyutlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Çalışma grubunun yaşa göre diyabet tutum ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında hiçbir boyutta anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Diyabetin maliyeti ve yaş arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Diyabet tutumu ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu kısımda ayrıca, Özel Eğitim İhtiyacı, Hasta Uyumuna Karşı Tutum, Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi, Hasta Otonomisine Karşı Tutum ile Ekip Bakımına Karşı Tutum alt boyutlarında da benzer şekilde anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Farklılığın olduğu kısımda, evli olanların tutumlarının bekârlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Eğitim düzeyine göre yapılan karşılaştırma sonucunda, tüm alt boyutlarda $p<0,05$ olduğundan diyabet tutumunun eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Eğitim düzeyine göre yapılan LSD çoklu karşılaştırma test sonuçlarına bakıldığında diyabet tutumunda lise ve lisans mezunu olanların tutumları ile okuryazar-ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu kısımda elde edilen farklılıklar, Özel Eğitim İhtiyacı, Hasta Uyumuna Karşı Tutum, Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti, Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi, Hasta Otonomisine Karşı Tutum ile Ekip Bakımına Karşı Tutum alt boyutları bağlamında da benzer niteliktedir. Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti alt boyutu haricindeki bütün alt boyutlarda ve diyabet tutum ölçeği genelinde lise ve lisans mezunu olanların tutumlarının diğer bireylere göre daha negatif yönde olduğu bulunmuştur.

Diyabet tutumu ile diyabetli olma süresi arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda Hasta Uyumuna Karşı Tutum ile Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar alt boyutlarında diyabet olma süresi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta diyabet olma süresi uzun olanların tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ortaya çıkan farklılıkta farklılığın kaynağının tespitine yönelik başvurulmuş LSD çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Buna göre, Hasta Uyumuna Karşı Tutum alt boyutunda 11 yıl ve üstünde bir süredir diyabet olanların tutumları ile 1-5 yıldır diyabetli olanların tutumları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu alt boyutta 11 yıl ve üzeri sürede diyabetli olan bireylerin tutumlarının daha pozitif yönde olduğu bulunmuştur. Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar alt boyutunda ise 1-5 yıldır diyabetli olanların tutumları ile 6-10 yıl ve 11 yıl ve üstü bir sürede diyabetli olanların tutumları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu alt boyutta 1-5 yıldır diyabetli olan bireylerin tutumlarının daha negatif yönde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Diyabet tutumu ile ailede diyabetli birey olup olmadığı arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda, Hasta Uyumuna Karşı

Tutum, Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi ile Hasta Otonomisine Karşı Tutum alt boyutlarında ailede diyabetli birey olup olmadığı arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta ailede diyabetli birey olmayanların sıralı ortalama değerlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti alt boyutunda ise görülen anlamlı farklılıkta, ailede diyabetli birey olanların sıralı ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Diyabet tutumu ile diyeteye uygun beslenme durumu arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu kısımda ayrıca, Hasta Uyumuna Karşı Tutum, Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi ile Hasta Otonomisine Karşı Tutum alt boyutlarında da benzer şekilde anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Farklılığın olduğu kısımda, hangi gruplar arasında farklılığın olduğunun tespiti amacıyla başvurulmuş çoklu karşılaştırma test yöntemi olan LSD sonuçlarına göre, diyeteye uygun beslenenlerin tutumlarının diğerlerine oranla daha pozitif yönde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Diyabet tutumu ile herhangi bir komplikasyon olup olmadığı arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu kısımda, herhangi bir komplikasyonu olanların tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, Hasta Uyumuna Karşı Tutum, Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi, Hasta Otonomisine Karşı Tutum alt boyutlarında da benzer şekilde anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta herhangi bir komplikasyonu olanların tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti alt boyutunda herhangi bir komplikasyonu olmayanların tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Diyabet tutumu ile eşlik eden hastalık durumu arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu kısımda, eşlik eden hastalığı olanların

tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu kısımda ayrıca, Özel Eğitim İhtiyacı, Hasta Uyumuna Karşı Tutum, Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hastanın Yaşamı Üzerine Diyabetin Etkisi, Hasta Otonomisine Karşı Tutum ile Ekip Bakımına Karşı Tutum alt boyutlarında da benzer şekilde anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta eşlik eden hastalığı olanların tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti alt boyutunda eşlik eden hastalığı olmayanların tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

5.2. Öneriler

Bu bölümde araştırma sonuçlarına yönelik öneriler ve literatür taramasında karşılaşılan sorunlara yönelik genel öneriler yer almaktadır.

Diyabetli olma süresi 11 yıldan fazla olan bireylerin tetkik maliyetlerinin diyabetli olma süresi 5-10 yıl arasında olan bireylere göre daha yüksek olması sebebiyle bireylerin diyabetle yaşamayı öğrenmesini sağlamak ve daha az tetkik gerektirecek şekilde tedavi planlamaları yapmak gerekebilmektedir. Ayrıca diyabetli olarak geçirilen sürenin artması maliyetleri de artırdığından, diyabetli geçirilen her yıla özel alınması gereken tedbirler ve beklenen komplikasyonlar hakkında bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır.

Herhangi bir komplikasyona sahip olan bireylerin komplikasyona sahip olmayan bireylere göre ilaç ve tetkik maliyetlerinin daha yüksek olması sebebiyle diyabete yönelik bakımın kapsamı genişletilmeli, oluşabilecek komplikasyonlara yönelik hasta ve hizmet sunucu açısından önlemler alınması önemli olabilmektedir.

Eşlik eden hastalıklar ve maliyet kavramı ele alındığında, eşlik eden hastalığı olmayan bireylerle en az bir eşlik eden hastalığı bulunan bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre diyabetli bireyler herhangi bir eşlik eden hastalığa yakalanmadan koruyucu tedaviler hakkında bilgilendirilirse başka bir hastalığa sahip olma oranı düşebilir ve maliyetlerin azalabileceği düşünülmektedir.

Genel olarak kadınların diyabet tutum ölçek puanları göre negatif tutuma sahip olmaları nedeniyle eğitim programlarında onlara yönelik daha bilgilendirici ve kapsamlı bilgilerin verilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Eğitim durumu yüksek olan bireylerin daha pozitif tutuma sahip olması beklenirken durumun tam tersi olması bireylerin diyabeti ciddiye almadıkları için tedbirleri önemsemedikleri sonucunu düşündürülebilir. Öz bakım ve hastalıklar konusunda ciddiyeti ve bilinci artırıcı eğitimler düzenlenebilir.

Diyabetli olma süresinin uzamasıyla bireylerin daha pozitif tutuma sahip olmaları, zamanla hastalıklarıyla yaşamayı öğrenerek ona yönelik davranışlar sergilediklerini düşündürmektedir. Bu sebeple diyabet teşhisi konmuş bireyler uzun yıllar beklenmeksizin teşhis konulduğu ilk günden süreçler hakkında bilgilendirilmelidir.

Ailede diyabetli birey olmasının daha pozitif bir tutuma sahip olunması ile pozitif yönde bir ilişkisinin bulunmuş olması bireylerin kendi ailelerinden bu süreçleri görüp deneyimleme fırsatı bulmalarından kaynaklanmış olabilir. Bu konuda yalnızca bireye değil, o bireyle yaşayan aile bireylerine de konuyla ilgili bilgilendirmelerin yapılması önemlidir.

Diyete uygun beslenen bireylerin daha pozitif tutuma sahip olmaları yaşam tarzının hayata ve hastalıklara bakışı nasıl etkilediğini gösterebilir. Bu sebeple sadece ilaçların yeterli olmayacağı bu süreçte bireylere çok fazla iş düştüğünü aktarmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Kronik hastalıklarla yaşamak uzun ve zorlu bir süreçtir bu süreçte tek yük hastanelere bırakılmamalı kronik hastalıklarla ilgili öneriler ve doğru yaşam tavsiyeleri verebilecek daha esnek yapılar kurulabilir.

Diyabet başlı başına sürekli takip gerektiren bir hastalıkken, diyabete uygun yaşam tarzının ve davranışların benimsenmemesi sonucu komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Bu çalışmada komplikasyonu olan bireylerin olmayanlara göre daha pozitif

bir tutuma sahip olması yine bireylerin konuya dair bilgilerinin artışı ile açıklanabilir. Diyabetli ve komplikasyonu olan bireyler durumun ciddiyetini diğer bireylere göre çok daha iyi anlayacaktır. Bu sebeple diyabete yönelik daha pozitif bir tutuma sahip olacaklardır. Diyabeti olan fakat henüz herhangi bir komplikasyona sahip olmayan bireylere, komplikasyonlu bireylerin yaşadıklarının aktarılması onların da en başından önlem almasını kolaylaştıracaktır. Ayrıca komplikasyon ve eşlik eden hastalık varlığı hem bireyler için hem de sağlık hizmeti sunucuları için fazladan yük oluşturmaktadır. Bireylere bu konunun önemini anlatabilmek için yerel, ulusal ve uluslararası anlamda faaliyetler düzenlenmelidir.

Mevcut sağlık verilerine ek olarak, kronik hastalıklara sahip olan bireylere yönelik tedaviye uyum sağlamaları için de gerekli veriler eklenmelidir. Sadece hastalığa yönelik veriler haricinde olası hastalıklara yönelik de önleyici faaliyetleri gösteren veri setlerinin oluşturulması faydalı olabilir.

Diyaliz merkezleri örneğinde olduğu gibi diyabete yönelik merkezler oluşturulup sayıları artırılarak konu hakkında daha çok uzmanın tek bir noktadan hizmet vermesi sağlanabilir. Bu uygulama sayesinde sağlık sistemi üzerindeki kronik hastalıkların yükü azaltılabileceği, hastalıklara müdahale süresi kısalabileceği, olası komplikasyonlara ve eşlik eden hastalıklara yönelik özel uygulamaların yapılması kolaylaşabileceği düşünülmektedir. IQVIA verilerine göre Türkiye’de aile hekimi başına düşen diyabetli birey sayısı 7.600 kişidir. Diyabet yönetimi konusunda ihtisaslaşmış personelin alanda çalıştırılması ve hekim/ hemşirelerin sisteminde diyabetle ilgili düzenlemelerin yapılmasının da yararlı olacağı düşünülmektedir.

Kronik hastalıklara yönelik Türkiye çapında genel olarak taramalar yapılarak, tedaviye uyum sağlayamayan bireylerin tespit edilmesi hastalığın yükünü azaltabilir. Hastalığa sahip olan bireylerle ilgili profillerin oluşturulması alınacak önlemler ve spesifik uygulamalar konusunda da uzmanlara bilgi sağlayabilir. Diyabete yönelik geliştirilmiş teknolojik uygulamalar kullanılarak, bireylerin hem otokontrol sağlaması hem de sağlık profesyonelleri açısından denetlenebilir olması sağlanabilir.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2020) tarafından yayımlanan raporda Tip II diyabeti önlemek amacıyla yaşam tarzında yapılacak değişikliklerin önemi vurgulanmıştır. Bireylerin bu anlamda online uygulamalarla denetlenmesi, fiziksel aktiviteleri destekleyen çalışmaların yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu programları teşvik eden yaygınlaştırma faaliyetlerinin yapılması da önemlidir. Diyabetli bireylerin fiziksel aktivite yapabileceği kamusal alanların artırılması ve bu aktiviteleri yapacağı yerlerde özel indirim uygulamaları da teşvik edici olacağı düşünülmektedir.

Yapılan bu çalışma haricinde literatürde diyabet maliyeti ve diyabet hastalarının tutumlarını karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın özgünlüğünü oluşturmaktadır. Gelecekte hastalık maliyetleri ve hastalar arasındaki bağı kurabilecek çalışmalar yapılabilir. Ayrıca bu konu ile ilgili olanlara çalışma yalnızca Tip II diyabetli hastaları aldığı için Tip I diyabetli bireylere yönelik gelecekte çalışmaların yapılması önerilebilir.

Yapılan bu araştırmada üniversite hastanesi verileri kullanılmıştır. Konu ile ilgili daha derin çalışmak isteyen araştırmacılara, hastaneler arasında (özel, devlet, üniversite, kamu özel işbirlikleri vb.) bu durumların farklılaşıp farklılaşmadığına yönelik araştırmalar yapması da önerilebilir.

ÖZET

Tip II Diyabetli Hastalarının Tutumlarının Diyabet Maliyetine Etkisi

Bulaşıcı olmayan hastalıkların, küresel olarak 57 milyon ölümün yaklaşık %71'ine sebebiyet verdiği tahmin edilmektedir. Diyabet ise bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Türkiye'deki sağlık harcaması %23 oranında diyabet için ayrılmaktadır. Maliyet artışı ve hasta beklentilerindeki değişimler sebebiyle mevcut kaynakların verimli kullanılmasının önemi gün geçtikçe artmaktadır. Bu araştırmanın amacı Konya'daki bir üniversite hastanesine muayeneye gelmiş Tip II diyabetli bireylerin tutumlarının diyabet maliyetine olan etkisinin bulunarak bunun sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmektir.

Araştırmanın örneklemini 1 Şubat 2021 ve 1 Ağustos 2021 tarihleri arasında Endokrinoloji Polikliniği'ne muayeneye gelmiş ve Tip II diyabet teşhisi almış olan 384 hasta oluşturmaktadır. İlk olarak Amerika'da 1975 yılında Ulusal Diyabet Komisyonu tarafından ortaya atılan Diyabet Tutum Ölçeği'nin Özcan(1999) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği Türkiye için test edilmiş olan Diyabet Tutum ölçeği bu çalışmada kullanılmıştır. Ayrıca diyabetli bireylerin tetkik ve ilaç maliyetleri de hastane faturalama biriminden temin edilmiştir.

Araştırma sonucunda diyabet maliyeti ile diyabet tutumu arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuş tüm alt boyutlar için de bu durumun geçerli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diyabetli hastaların tetkik maliyetlerinin 11 yıldan daha uzun süreli bireylerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Herhangi bir komplikasyona sahip bireyler ile eşlik eden en az bir hastalığa sahip olan bireylerin hem ilaç hem tetkik maliyetlerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Diyabet tutum puanlarına bakıldığında, genel olarak diyabet tutumunun negatif yönde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Erkeklerin, ortaokul-ilkokul eğitim düzeyindeki bireylerin, evli bireylerin, ailesinde diyabetli birey olmayanların, diyetle uygun beslenenlerin, herhangi bir komplikasyona sahip olmayanların ve eşlik eden hastalığı olmayanların Diyabet Tutum Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu için, diyabete yönelik pozitif bir tutuma sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Kullanılan ölçeğin hem sağlık profesyonellerine hem de hastalara uygulanabileceği bilinmektedir. Gelecekte konuya dair yapılan araştırmalarda sağlık profesyonellerine yönelik çalışmalar uygulanabilir, örneklem sayısı çoğaltılabilir. Araştırma devlet hastaneleri ya da özel hastanelerde uygulanarak farklı sonuçlar elde edilebilir. Diyabetli bireylere yönelik diyabet merkezleri oluşturularak komplikasyon ve eşlik eden hastalık maliyetleri azaltılabilir ayrıca üçüncü basamaktaki hastalık yükü azaltılabilir.

Anahtar Sözcükler: Diyabet maliyeti, Diyabet Tutum Ölçeği, diyabete eşlik eden hastalık, diyabet komplikasyonu

SUMMARY

The Effect of Attitudes of Patients with Type II Diabetes on Diabetes Cost

Noncommunicable diseases are estimated to cause approximately 71% of 57 million deaths globally. Diabetes ranks fourth among non-communicable diseases. 23% of health expenditures in Turkey are reserved for diabetes. Due to the increase in costs and changes in patient expectations, the importance of efficient use of existing resources is increasing day by day. The aim of this study is to determine the effect of the attitudes of individuals with Type II diabetes who came to a university hospital in the Central Anatolia Region on the cost of diabetes and whether it differs according to socio-demographic variables.

The sample of the study consists of 384 patients who came to the Endocrinology Polyclinic between February 1, 2021 and August 1, 2021 and were diagnosed with Type II diabetes. Diabetes Attitude Scale, which was first put forward by the National Diabetes Commission in the USA in 1975, and whose validity and reliability was tested for Turkey by Özcan (1999), was used in this study. In addition, the examination and drug costs of individuals with diabetes were obtained from the hospital billing unit.

As a result of the research, it was found that there is a positive relationship between diabetes cost and diabetes attitude, and it was concluded that this situation is valid for all sub-dimensions. It has been found that the examination costs of patients with diabetes are higher in individuals with a duration of more than 11 years. It has been concluded that individuals with any complication and individuals with at least one accompanying disease have higher costs of both medication and examination.

Considering the diabetes attitude scores, it was concluded that the diabetes attitude was generally negative. Men, individuals with secondary-primary school education, married individuals, those who do not have diabetes in their family, those who eat properly, those who do not have any complications and those who do not have any accompanying disease have a positive attitude towards diabetes because their scores on the Diabetes Attitude Scale and its sub-dimensions are higher. concluded that they are. It is known that the scale used can be applied to both healthcare professionals and patients. In future research on the subject, studies aimed at health professionals can be applied and the number of samples can be increased. Different results can be obtained by applying this study in public or private hospitals. By establishing diabetes centers for individuals with diabetes, the costs of complications and accompanying diseases can be reduced, and the burden of disease in tertiary care can be reduced.

Keywords: Diabetes cost, Diabetes Attitude Scale, comorbid disease, diabetes complication

KAYNAKLAR

- ABDELAZIZ A, THABET H, SOLTANE I, GAHA K, GAHA R, TLILI H, GHANNEM H (2007). Knowledge of patients with type 2 diabetes about their condition in Sousse, Tunisia. *East Mediterr Health Journal*, **13**: 505-514.
- AĞIRBAŞ İ (2014). Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- AĞIRBAŞ İ, GÖK H, AKBULUT Y, ÖNDER Ö (2012). Hastanelerde Maliyet Analizi ve Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetlerinde Birim Maliyet Hesaplanması. *Türk Fiz Tıp Rehab Dergisi*, **58**: 103-108.
- AHMED A (2002). History of diabetes mellitus. *Saudi Med Journal*, **23**: 373-378.
- AL-ADSANI A, MOUSSA M, AL-JASEM L, ABDELLA N, AL-HAMAD N (2009). The level and determinants of diabetes knowledge in Kuwaiti adults with type 2 diabetes. *Diabetes Metab.*, **35**: 121-128.
- AL-MASKARI F, EL-SADIQ M, AL-KAABI J, BACHAR A, NAGELKERKE N, YEATTS K (2013). Knowledge, attitude and practices of diabetic patients in the United Arab Emirates. *PLoS One*, **8**: 110-115.
- ANDERSON R, FREEDLAND K, CLOUSE R, LUSTMAN P (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, **24**: 1069-1078
- BALKAN F (2017). Diyabetin Tarihi. Erişim Adresi: [<http://endokrin.com.tr/tag/diyabetin-tarihi>] Erişim Adresi: 01/07/2018
- BEYHUN N, ÇİLİNGİROĞLU N (2004). Hastalık maliyeti ve astım. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, **52**: 386-392.
- BOZKIRLI E (2018). Dislipidemi tanımı, etiyolojisi ve sınıflandırması. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, **11**: 6-9.
- BRYDER L, HARPER C (2013). Commentary: More than 'tentative opinions': Harry Himsworth and defining diabetes. *International Journal of Epidemiology*, **42**: 1599-1600.
- CAPORALE J, ELGART J, GAGLIARDINO J (2013). Diabetes in Argentina: cost and management diabetes and its complications and challenges in health policy. *Globalization and Health*, **9**: 1-10
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2020). National Diabetes Statistics Report. Erişim Adresi : [<https://www.cdc.gov/diabetes/data/statistics-report/index.html>] Erişim Tarihi: 1/10/2020
- CHATTERJEE S, LEVIN C, LAXMINARAYAN R (2013). Unit cost of medical services at different hospitals. *Plos One*, **8**: 1-10.

- CIECHANOWSKI P, KATON W, RUSSO J (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med.*, **160**: 3278-3285.
- CAMPONOV E (2015). An introduction to cost analysis. *Journal of the American Academy of PAs*, **28**: 45-48.
- COŞANSU G (2015). Diyabet: küresel bir salgın hastalık. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, **31**: 1-6.
- DENİZ ZK (2020). Herkes İçin İstatistik Kolay. Ankara: Nobel Yayın.
- DOMEIKIENE A., VAIVADAITE J., IVANAUSKIENE R., PADAIGA Z (2014). Direct cost of patients with type 2 diabetes mellitus healthcare and its complications in Lithuania. *Medicina*, **50**: 54-60.
- EL-HAJJ M, YOUSEF S, BASRİ M (2018). Diabetes care in Qatar: a survey of pharmacists' activities, attitudes and knowledge. *International journal of clinical pharmacy*, **40**: 84-93.
- EMANUEL E, TANDEN N, ALTMAN S (2012). A systemic approach to containing health care spending. *N Engl J Med.*, **367(10)**: 949-954.
- ERKEK Y (2018). Tip 2 diyabetli hastalarda yaşam ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi (Yüksek Lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- ESATOĞLU A, AĞIRBAŞ İ, DOGANAY PAYZİNER P, AKBULUT Y, GÖKTAŞ B, ÖZATKAN Y, ÖKTEN İ (2010). Ankara üniversitesi tıp fakültesi hastaneleri'nde maliyet analizi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **63(1)**: 17-27.
- EYLER A. A (2020). Research Methods for Public Health. Springer Publishing Company.
- GLOMAZIC J (2020). Management accounting. *Studies in health technology and informatics*, **274**: 82-98. <https://doi.org/10.3233/SHTI200668>
- HANOVER J (2014). Business Strategy: Getting to Goal — The Role of Cost Accounting in U.S. Health Systems Transformation. *IDC Health Insights*, **26**: 1-8.
- HANSON K, GILSON L (1996). Cost, resource use and financing methodology for basic health services: a practical manual. New York: UNICEF Bamako Initiative Technical Report Series.
- HE X, WHARRAD H (2007). Diabetes knowledge and glycemic control among Chinese people with type 2 diabetes. *International Nursing Review*, **54(3)**: 280-287.
- HEALTHY PEOPLE (2020). Diabetes. Erişim Adresi: [\[https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/diabetes\]](https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/diabetes). Erişim Tarihi: 1/09/2020.
- HORNGREN C, FOSTER G, DATAR M, RAJAN M, ITTNER C (2010). Cost Accounting: A Managerial Emphasis. Issues In Accounting Education, 13rd Ed.

- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (2019). IDF diabetes atlas. Erişim Adresi: [https://www.idf.org/aboutdiabetes/diabetesatlas.html]. Erişim Tarihi: 13/7/2019.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (2020). Diabetes complication. about diabetes. Erişim Adresi: [https://www.idf.org/aboutdiabetes/complications.html] Erişim Tarihi: 22/05/2020.
- IQVIA INSTITUTE (2017) Türkiye’de Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Uyum ve Srekliliğin Geliştirilmesi. Erişim Adresi: [https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/institute-reports/diabetes-reports/turkiye-de-tip-2-diyabet-tedavisinde-uyum-ve-surekliligin-gelistirilmesi.pdf]. Erişim Tarihi: 15/03/2019.
- JELINEK H, OSMAN W, KHANDOKER A, KHALAF K, LEE S, ALMAHMEED W, ALSAFAR H (2017). Clinical profiles, comorbidities and complications of type 2 diabetes mellitus in patients from United Arab Emirates. *BMJ Open Diab Res Care*, **5(1)**: 1-9.
- KAYA A (2015). Diyabetin tarihçesi. Erişim Adresi: [http://www.diyabet.com/diyabet/diyabet-hakkinda/turkiye-de-diyabet/diyabetin-tarihi] Erişim Tarihi: 1/10/2020
- KINNEY M, RAIBORN C (2011). Cost Accounting: Foundations and Evolutions. Texas: Issues in Accounting Educations, 2nd Ed.
- KULKARNI G, SATYASHANKAR P, GOMES L (2009). Financial Management For Hospital Administration. India: Jaypee Brothers Medical Publishers, 1st Ed.
- LANEN W, ANDERSON S, MAHER M (2013). Fundamentals of cost accounting. McGraw-Hill Education, 3rd Ed.
- LOEWEN S, HAAS L (1991). Complications of diabetes: acute and chronic. *Nurse Pract Forum*, **2(3)**: 181-187.
- LONG A, DAGOGO-JACK S (2011). Comorbidities of diabetes and hypertension: mechanisms and approach to target organ protection. *The Journal of Clinical Hypertension*, **13(4)**: 244-251.
- LOU Q, CHEN Y, GUO X, YUAN L, CHEN T, WANG C, YANG H (2014). Diabetes Attitude Scale: Validation in type 2 diabetes patients in multiple centers in china. *PLOS One*, **9(5)**: 110-115
- MALHAN S, KSZ E, BABINEAUX S (2014). Assessment of the direct medical costs of type 2 diabetes mellitus and its complications in Turkey. *Turk Jem.*, **(2)**: 39-43.
- MANDAL A (2019). New medical life sciences: history of diabetes. Erişim Adresi: [https://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes.aspx].Erişim Tarihi:1/11/2019.
- METWALY A, GHONIM M, EISSA I, ELSEHEMY I, MOSTAFA A, HEGAZY M, DOU D (2021). Traditional ancient Egyptian medicine: a review. *Saudi J. Biol Sciences*, **21**: 5823-5832.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (2016). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *Lancet*, **387**(10027): 1513-1530.

NOWAKOWSKA M, ZGHEBİ S, ASHCROFT D, BUCHAN I, CHEW-GRAHAM C, HOLT T, KONTOPANTELİS E (2019). The comorbidity burden of type 2 diabetes mellitus: patterns, clusters and predictions from a large English primary care cohort. *BMC Med.*, **17**: 1-10.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (2020). Health expenditure and financing. Erişim Adresi:

[<https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA>]. Erişim Tarihi: 1/10/2020.

OKKA O (2010). İşletme Finansmanı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

ORLOFF TM, LITTELL CL, CLUNE C, KLINGMAN D, PRESTON B (1990). Hospital cost accounting: who's doing what and why. *Health care management review*, **3**: 73-78.

ÖZCAN H (1999). Diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEİDA C, BAHİA L, MACİNKO J (2011). The Brazilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet*, **377**: 1778-1797.

RAJPATHAK S (2016). Prevalence of comorbidities high in type 2 diabetes. Erişim Adresi: [<https://www.healio.com/news/endocrinology/20160425/prevalence-of-comorbidities-high-in-type-2-diabetes>]. Erişim Tarihi: 1/11/2020

RASTOGI S, SINGH N, GUTCH M, BHATTACHARYA A (2021). Predicting and preventing diabetes: Translational potential of Ayurveda information on pre-diabetes. *Ayurveda Integr Med Journal*, **12**: 733-738.

SABIN P. (1987). Hospital cost accounting and the new imperative. *Hospital topics*, **65**(5): 33-37.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2021). Türkiye bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri kohort çalışması. Erişim Adresi:

[https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpvedamar/raporlar_ist/v9s_NCD.kohort._27.10.2021.pdf]. Erişim Tarihi: 1/1/2021.

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (2013). SGK'nın Bakış Açısıyla Diyabet, Ankara 2013.

SATMAN I, OMER B, TUTUNCU Y (2013) Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* **28**:169-80.

- SEWELL M, MARCZAK M (2021). Using Cost Analysis in Evaluation. The University of Arizona.
- SHEPARD D, HODGKIN D, ANTHONY Y (1998). *Analysis Of Hospital Costs: A Manual For Managers*. World Health Organization.
- SINGLE E, COLLINS D, EASTON B, HARWOOD H, LAPSLEY H, KOPP P, WILSON E (2013). *International Guidelines For Estimating The Costs Of Substance Abuse*. World Health Organization.
- SZEWIECZECK A (2014). Cost Accounting System Evolution In Healthcare Organizations- Current State and Perspectives. *ResearchGate*, **26**: 135-150.
- TABACHNICK BG, FIDELL LS, ULLMAN JB (2007). Using Multivariate Statistics. Boston, MA: Pearson, 5th Ed.
- THE DIABETES COUNCIL (2021). The history of diabetes. Erişim Adresi: [https://www.thediabetescouncil.com/the-history-of-diabetes/]. Erişim Tarihi: 1/1/2021.
- TÜRK DİL KURUMU (2019). Güncel türkçe sözlük. Erişim Adresi: [https://sozluk.gov.tr/transfer?option=com_gts&view=gts]. Erişim Tarihi: 2/1/2019.
- TÜRKİYE DİYABET VAKFI (2017). Diyabet tanı ve tedavi rehberi. Erişim Adresi: [https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2019.pdf]. Erişim Tarihi: 13/10/2020.
- TÜRKİYE DİYABET VAKFI (2018). Diyabet hakkında her şey. Erişim Adresi: [https://www.turkdiab.org/diyabet-hakkinda-hersey.asp?lang=TR&id=46]. Erişim Tarihi: 13/10/2020.
- TÜRKİYE ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA DERNEĞİ (2020). Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem klavuzu. Erişim Adresi: [https://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20200625154506-2020tbl_kilavuz86bf012d90.pdf]. Erişim Tarihi: 10/10/2020.
- USTAALİOĞLU S, TAN M (2017). Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **6(4)**: 12-20.
- VRIES S, KEERS J, VISSER R, ZEEUW D, HAAJIER-RUSKAMP F, VOORHAM J, DENIG P (2014). Medication beliefs, treatment complexity, and non-adherence to different drug classes in patients with type 2 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, **76(2)**: 134-138.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2017). What is diabetes. Erişim Adresi: [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes]. Erişim Tarihi: 01/07/2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2018). Noncommunicable diseases report. Erişim Adresi: [https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512]. Erişim Tarihi: 17/08/2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2019). Cost- effectiveness analysis in healthcare.

Erişim Adresi:

[<https://www.who.int/heli/economics/costeffanalysis/en/#:~:text=Cost%2Deffectiveness%20Analysis%20quantifies%20the,morbidity%20effects%20of%20an%20intervention.>]. Erişim Tarihi: 18/05/2019.

YİĞİT Ç, PEKER S, CANKUL İ, KOSTİK Z, ALKAN M, ÖZER M, AKDENİZ A (2003). GATA eğitim hastanesinde yatan hasta maliyetinin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **45**: 233-243.



EKLER

EK-1 Etik Kurul İzni



T.C.
TARSUS ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU KARARLARI

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
18/10/2021	07	2021/36

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ yönetiminde, Tarsus Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim elemanı Arş. Gör. Şura MUSHTAQ tarafından yürütülmesi öngörülen "Tip II Diyabetli Hastaların Tutumlarının Diyabet Maliyetine Etkisi" başlıklı yüksek lisans tez projesi önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak konuyla ilgili çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel yönden sakınca bulunmadığına, toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

(imza)
Prof.Dr. Ali DERAN
Uygulamalı Bilimler Fakültesi
Başkan

(imza)
Prof.Dr. Sezgin AYDIN
Mühendislik Fakültesi
Başkan Yardımcısı

(imza)
Prof.Dr. Mehmet İNCE
Uygulamalı Bilimler Fakültesi
Üye

(imza)
Prof.Dr. Zeynep HATUNOĞLU
Uygulamalı Bilimler Fakültesi
Üye

(imza)
Prof.Dr. Kasım OCAKOĞLU
Mühendislik Fakültesi
Üye

(imza)
Prof.Dr. Funda KAHRAMAN
Mühendislik Fakültesi
Üye

(imza)
Prof.Dr. Berdan ÖZKURT
Mühendislik Fakültesi
Üye

ASLI GİBİDİR
18.10.2021

Prof.Dr. Mehmet İNCE
Genel Sekreter V.

EK-2 Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.10.2021-E.163948



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-30292447-045.99-163948
Konu : TEZ ÇALIŞMASI HK

Sayın ŞÜRA MURHAQ

İlgi : 25.10.2021 tarihli, Bila sayılı yazı

İlgi yazınız içeriğinde bahsi geçen "Tip II Diyabetli Hastaların Tutumlarının Diyabet Maliyetine Etkisi" başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde gerçekleştirebilmeniz için gerekli kurum izni talebiniz Başhekimliğimizce değerlendirilmiş olup uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Mustafa KOPLAY
Hastane Başhekimisi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSCNE59C1L* Pin Kodu :08052

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/selcuk-universitesi-ebys>



EK-3 Ölçek Kullanım İzni

Sayın Şüra MUSHTAQ ,

Türkçe geçerlik güvenirliğini yaptığım Diyabet Tutum Ölçeği isimli anket formunu Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ danışmanlığında yapacağınız çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve değerlendirme kriterlerini ekteki dosyada gönderiyorum. Çalışmanızda kaynak olarak aşağıdaki yayını gösterebilirsiniz;

- Şeyda Özcan. Assessment of The Effecting Factors of The Diabetic Patients' Compliance, Diabetes Nutrition and Metabolism, 1999; 12(3): 233.

İlave bir sorunuz olursa yanıtlamaktan memnuniyet duyarım.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

30.09.2021

Doç.Dr.Şeyda Özcan

Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

EK-4 Diyabet Tutum Ölçeği

DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİ

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

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

Genelde düşüncem şudur:

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

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

Sayfa 1/3

EK-4 Diyabet Tutum Ölçeği

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

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

Sayfa 2/3

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

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

Sayfa 3/3

EK-5 Araştırmada Kullanılan Soru Formu

KİŞİSEL BİLGİLER ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Aşağıda size yönelik kişisel bilgilerinizi de içeren bir anket yer almaktadır. Soruların doğru ya da yanlış cevapları bulunmamaktadır. Paylaşmış olduğunuz veriler ve bilgiler Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ danışmanlığında araştırmacı Şüra MUSHTAQ tarafından hazırlanan “Tip II Diyabetli Hastaların Tutumlarının Diyabet Maliyetine Etkisi” adlı çalışma haricinde hiçbir yerde kullanılmayacak olup verileriniz 3.kişilerle paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılımda gönüllülük esası gözetilmektedir. İstedığınız zaman ankete son verebilme hakkına sahip olduğunuzu bildirmek isteriz. Çalışmaya destek olduğunuz için teşekkür ederiz.

Cinsiyetiniz..... () Kadın () Erkek

Yaşınız.....

Eğitim düzeyiniz.....

Medeni haliniz.....() Evli () Bekar

Kaç yıldır diyabetlisiniz?..... () 1-5 yıl arası () 6-10 yıl arası () 11 yıldan fazla

Allenizde diyabetli birey bulunuyor mu?..... () Evet () Hayır

Diyete uygun besleniyor musunuz?.....() Evet () Kısmen () Hayır

Günlük yaşamda diyabetle yaşamaktan zorlanıyor musunuz?

() Evet () Kısmen () Hayır