



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRELİK BİLİM DALI

**TİP 2 DİABETES MELLİTUS HASTALARININ ÖZ BAKIM GÜCÜ
VE TEDAVİYE UYUMU**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HATİCE ÖZCAN

Tez Danışmanı

DR. ÖĞR. ÜYESİ NAİLE ALANKAYA

ÇANAKKALE-2022



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMLİRELİK ANABİLİM DALI

**TİP 2 DİABETES MELLİTUS HASTALARININ ÖZ BAKIM GÜCÜ
VE TEDAVİYE UYUMU**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HATİCE ÖZCAN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi NAİLE ALANKAYA

ÇANAKKALE – 2022



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



Hatice ÖZCAN tarafından Dr. Öğr. Üyesi Naile ALANKAYA yönetiminde hazırlanan ve **18/07/2022** tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “**Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarının Öz Bakım Gücü ve Tedaviye Uyumu**” başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı**’nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Naile
ALANKAYA (Danışman)

.....

Doç. Dr. Gülbahar
KORKMAZ ASLAN

.....

Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL

.....

Tez No : 10469418

Tez Savunma Tarihi : 18/07/2022

Doç. Dr. Yener PAZARCIK
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

Hatice ÖZCAN

18/07/2022

TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleŐtirilmesinde, çalıŐmam boyunca benden yardımlarını esirgemeyen, her zorlukta destek sağlayan saygı değer danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Naile ALANKAYA başta olmak üzere, süreç içerisinde her zaman bana güvenen, yanımda olan çok kıymetli arkadaşlarım Turgay KOCAARSLAN, Nur MEYDAN, Feyza ANDULOĞLU'na sonsuz teŐekkürlerimi sunarım. Yaşanılan tüm zor durumlarda beni hep ayağa kaldıran, daha iyisine yönlendiren, fazlasını yapabileceğime beni inandıran ve hayatımın her evresinde bana destek olan, en güzel sıfatlarla bile nitelendiremeyeceğim canım annem Rukiye AVCI'ya en değerli teŐekkürlerimi sunarım.

Hatice ÖZCAN

anakkale, Temmuz 2022

ÖZET

TİP 2 DİABETES MELLİTUS HASTALARININ ÖZ BAKIM GÜCÜ VE TEDAVİYE UYUMU

Hatice ÖZCAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Dr. Öğ. Üyesi Naile ALANKAYA

18/07/2022, 96

Tip 2 Diabetes Mellitus (DM) tedavisinde öz bakım gücü ve tedaviye uyum kişinin yaşam kalitesi ve hastalığın seyri açısından oldukça önemlidir. Çalışma, Tip 2 DM tanılı hastaların öz bakım gücü, tedaviye uyumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahiliye Polikliniğinde 05 Ağustos 2021- 15 Ocak 2022 tarihleri arasında yapılmış ve 279 hasta örneklemini oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Hasta Tanılama Formu, Diyabet Öz Bakım Ölçeği (DÖBÖ) ve Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılması için iki grup karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Bonferroni testi uygulanmıştır. Tip 2 DM hastalarının DÖBÖ puan ortalamaları $91,68 \pm 13,99$; Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puan ortalamaları $71,72 \pm 14,07$ olarak bulunmuştur. Çalışma sonucunda, DM dışında bir kronik hastalığı olan, tanı süresi 5 yılın altında, insülin kullanan, ayda bir kontrole giden hastaların öz bakım gücünün diğer hastalara göre yüksek olduğu; kadınların, 54-65 yaş aralığında, ev hanımı, ailesinde diyabet öyküsü, DM dışında bir kronik hastalığı olanların, insülin ve oral antidiyabetik ilaç kullananların tedavi uyum düzeyinin diğer hastalara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hastaların öz bakım gücünün düşük ve tedavi uyumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiş olup, öz bakım gücünde gerçekleşen artışın tedavi uyumunu arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Diyabet öz bakım gücü, Diyabet tedaviye uyum, Hemşirelik

ABSTRACT

SELF-CARE POWER AND ADHERENCE TO THERAPY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Hatice ÖZCAN

Çanakkale Onsekiz Mart University

School of Graduate Studies

Department of Nursing

Advisor: Dr. Lecturer Naile ALANKAYA

18/07/2022, 96

In the treatment of Type 2 Diabetes Mellitus (DM), self-care power and adherence to therapy are significant for an individual's quality of life and course of disease. The cross sectional study sought to determine self-care power and adherence to therapy in patients diagnosed with Type 2 DM and the affecting factors. The researchers conducted the study in Ege University Medical Faculty Hospital Internal Diseases Polyclinic between 05 August 2021 and 15 January 2022. The sample comprised 279 patients. In collection of the data, the researchers used the Patient Identification Form, the Diabetes Self-care Scale (DSCS) and the Patient Adherence to Type 2 Diabetes Mellitus Scale. The researchers analyzed the data using the SPSS Windows 25.0 program. In evaluation of the data, the researchers used descriptive statistical analyses (number, percentage, mean, standard deviation). In comparison of the normally distributed data, they used the independent samples t-test for two-group comparison and one-way analysis of variance for multiple-group comparison. In order to determine which group caused the difference, they they used the Bonferroni test. The mean DSCS score of the Type 2 DM patients was 91.68 ± 13.99 and the mean Patient Adherence to Type 2 DM Scale score of the patients was 71.72 ± 14.07 . As a result of the study, the researchers found that the patients who had a chronic illness outside DM, had a diagnosis time under five years, took insulin and went to doctor check once a month had a higher level of self-care power than other patients. The patients who were female, were aged 54 to 65 years, were housewife, had a history of diabetes in family, had a chronic illness outside DM and took insulin and oral antidiabetic medicine had a higher level of adherence to therapy than other patients. The study concluded that the patients had a lower level of self-

care power and a moderate level of adherence to therapy. Increase in self-care power increased the adherence to therapy.

Keywords: Diabetes, Diabetes self-care power, Diabetes adherence to therapy, Nursing



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ETİK BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR.....	x
TABLolar VE ŞEKİLLER.....	xi

BİRİNCİ BÖLÜM GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Çalışmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları.....	3

İKİNCİ BÖLÜM KURAMSAL ÇEVRE

2.1. Diabetes Mellitus Tarihçesi.....	4
2.2. Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi.....	4
2.3. Diabetes Mellitus'un Özellikleri ve Tanı Kriterleri.....	5
2.4. Diabetes Mellitus Tipleri.....	6
2.4.1. Tip 1 Diabetes Mellitus.....	6
2.4.2. Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM).....	7
2.4.3. Spesifik Diabetes Mellitus Tipleri.....	7
2.4.4. Tip 2 Diabetes Mellitus.....	8
2.5. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisi.....	11
2.5.1. Tip 2 Diabetes Mellitusta Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT)...	12
2.5.2. Tip 2 Diabetes Mellitusta Fiziksel Aktivite.....	12

2.5.3.	Tip 2 Diabetes Mellitusta İlaç Tedavisi.....	13
2.6.	Tip 2 Diabetes Mellitus Komplikasyonları	18
2.6.1.	Akut Komplikasyonlar.....	19
2.6.2.	Kronik Komplikasyonlar.....	21
2.7.	Tip 2 Diabetes Mellitus ve Öz Bakım Gücü.....	24
2.8.	Tip 2 Diabetes Mellitus ve Tedaviye Uyum.....	26
2.9.	Tip 2 Diabetes Mellitus Eğitimi.....	27
2.9.1.	Diyabet Eğitiminde hemşirenin Rolü.....	29

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1.	Araştırmanın Tipi.....	30
3.2.	Araştırmanın Yer ve Zamanı.....	30
3.3.	Evren ve Örneklem.....	30
3.3.1.	Örnekleme Alınma Kriterleri.....	30
3.4.	Veri Toplama Yöntemi.....	31
3.5.	Veri Toplama Aracı.....	31
3.5.1.	Hasta Tanılama Formu.....	31
3.5.2.	Diyabet Öz Bakım Ölçeği (DÖBÖ).....	32
3.5.3.	Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği.....	32
3.6.	Araştırmanın Etik Yönü.....	33
3.7.	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
3.8.	Verilerin Değerlendirilmesi.....	34

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1.	Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarına İlişkin Veriler.....	35
4.2.	Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Bulgular.....	36

4.3.	İnsülin Kullanan Tip 2 DM Hastalarının İnsülin Kullanımına İlişkin Özelliklerinin Dağılımına Ait Bulgular.....	39
4.4.	Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Kullanılan Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	40
4.5.	İnsülin Kullanan Katılımcıların Kullanım Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	46
4.6.	Katılımcıların Özelliklerine göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	48
4.7.	İnsülin Kullanan Katılımcıların Kullanım Özelliklerine Göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	56
4.8.	DÖBÖ ve Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular.....	59
4.9.	Diyabet Öz Bakımının Hasta Uyumunu Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular.....	59

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1.	Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi.....	61
5.2.	Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile DÖBÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	64
5.3.	Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasında İlişkinin İncelenmesi.....	67
5.4.	DÖBÖ ve Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkiler.....	77

ALTINCI BÖLÜM
SONUÇ VE ÖNERİLER

KAYNAKÇA.....	81
EKLER.....	I
EK 1. Tip 2 DM Hasta Tanılama Formu.....	I
EK 2. Diyabet Öz Bakım Ölçeği (DÖBÖ).....	III
EK 3. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği.....	V
EK 4. Diyabet Öz Bakım Ölçeği Kullanım İzin Yazısı.....	VII
EK 5. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği Kullanım İzin Yazısı.....	VIII
EK 6. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bilimsel Araştırma Etik Kurulu İzin Yazısı.....	IX
EK 7. Ege Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu İzin Yazısı.....	X



KISALTMALAR VE SİMGELER

ADA	Amerikan Diyabet Derneği
APG	Açlık Plazma Glikozu
DKA	Diyabetik Ketoasidoz
DM	Diabetes Mellitus
DÖBÖ	Diyabet Öz Bakım Ölçeği
eGFR	Glomerüler Filtrasyon Hızı
GDM	Gestasyonel Diabetes Mellitus
HHD	Hiperglisemik Hiperozmolar Durum
IDF	Uluslararası Diyabet Federasyonu
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KEDD	Klinik Endokrinoloji ve Diyabet Derneği
LA	Laktik Asidoz
M.Ö	Milattan Önce
M.S	Milattan Sonra
OAD	Oral Antidiyabetik
OGTT	Oral Glikoz Tolerans Testi
SVH	Serebrovasküler Hastalık
TBT	Tıbbi Beslenme Tedavisi
TEMĐ	Türkiye Endokrin Metabolizma Derneği
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite Endokrinolojik Hastalıklar Prevelansı Çalışması
TURKDİAB	Türkiye Diyabet Vakfı

TABLO VE ŞEKİLLER

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1	Kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenilirlik analizi sonuçları	35
Tablo 2	Ölçek ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri	35
Tablo 3	Katılımcıların demografik özellik dağılımları	36
Tablo 4	İnsülin kullanan Tip 2 DM hastalarının insüline yönelik özelliklerinin dağılımı	39
Tablo 5	Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile kullanılan ölçek puanlarının karşılaştırılması	40
Tablo 6	İnsülin kullanan katılımcıların kullanım özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	46
Tablo 7	Katılımcıların özelliklerine göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması	48
Tablo 8	İnsülin kullanan katılımcıların kullanım özelliklerine göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması	56
Tablo 9	Ölçekler arasında ilişkiler	59
Tablo 10	Diyabet öz bakımının hasta uyumu üzerine etkisi	59

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Diabetes Mellitus (DM), insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki bozukluklar nedeniyle hücrelerin karbonhidrat, yağ ve protein kullanımındaki yetersizlik sonucu ortaya çıkan, sürekli tıbbi bakım gerektiren, ciddi ekonomik yük oluşturan, kronik bir metabolizma bozukluğudur (Eroğlu, 2017). Ayrıca DM tüm dünyada önemli mortalite ve morbidite oranına sahip yaşamı tehdit eden, kişiyi ve çevresini etkileyen bir hastalıktır (Aydoğar Takcıl ve Yıldırım, 2021).

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 20-79 yaş arası yetişkinlerin %9,3 (463 milyon)'ünün DM tanısı aldığını, 2030 yılında 578 milyon ve 2045 yılına kadar ise 700 milyon kişinin diyabet hastası olacağını bildirmektedir (IDF, 2019). Ülkemizde, Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre (2017) ülke nüfusunun %13,3'ünün DM hastası olduğu belirtilmektedir (Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017).

Diyabete karşı alınan tüm önlemlere ve yeni tedavi yaklaşımlarına karşın artan obezite ve sedanter yaşam tarzı hastalığın görülme sıklığını arttırmaktadır (Yanık ve Erol, 2016). Hastaların kendi ifadeleri ile DM varlığı yaşam kalitelerini azaltmakta, fiziksel ve psikolojik engeller yaşanmasına sebep olmaktadır (Çapoğlu vd, 2019). Özellikle Tip 2 DM'nin neden olduğu akut ve kronik komplikasyonlar mortalite riskini de oldukça arttırmaktadır (TEMD, 2020). Çalışmalar Tip 2 DM'nin yaşam süresini ortalama 5 ila 10 yıl arasında kısalttığını, kardiyovasküler hastalıkların görülme riskini 2 ile 4 kat arasında arttırdığını ve diyabete bağlı olarak gelişen komplikasyonlar kaynaklı birey ve ülke ekonomisine yük oluşturduğunu ortaya koymaktadır (Kayabaşı ve Kortul, 2021).

Diyabet hastalığı hayat boyu bakım ve takip gerektirdiği için öz bakım oldukça önem arz etmektedir. Diyabet hastasının ilaç tedavisini sürdürebilmesi, yönetebilmesi, tıbbi beslenme tedavisine uyum sağlayabilmesi, egzersiz yapması, ayak bakımını yapabilmesi, kan glikoz düzeyini ölçmesi ve düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırması öz bakım davranışlarıdır (İstek ve Karakurt, 2018).

Kişilerin öz bakım davranışlarının güçlendirilmesi öz yeterlilik düzeyleri ile ilişkilendirilmekte ve öz bakımlarını yapabilmeleri, tedavilerine olumlu katkıda bulunmaları öz yeterlilik inançlarını arttırmaktadır (Kurtoğlu, 2020). Diyabetli bireylerin hastalıkları ile yaşamlarını devam ettirebilmeleri için bakım ve tedavilerine katkı sağlayacak bilgi ve yeterliliğe sahip olmaları gerekmektedir (Van der Ven vd., 2003). Diyabet hastalarının öz bakım faaliyetlerinin yönetimi ve davranışlarını anlayabilmek için diyabet öz bakımının doğru ve dikkatli bir şekilde ölçülmesine gereksinim duyulmaktadır (Lee ve Fisher, 2005).

Diyabet hastalığının teşhis ve tedavisinde yeterli ve etkili gelişmelerin olmasına rağmen, hastaların büyük kısmının tedaviye uyum sağlayamadığı ve buna bağlı olarak tedavilerin klinik faydalarından yararlanamadıkları belirtilmektedir (Asche vd., 2011). Diyabet hastalığında tedaviye uyum güçlüğü tedavinin başarısını azaltmakta ve hastanın hastalık sürecini daha olumsuz devam ettirmesine, ölümlerin gerçekleşmesine, hastalık maliyetinin artmasına, komplikasyonlara ve primer hastalığa bağlı hastalıklarda artışa neden olmaktadır (Wood, 2012).

Diyabetin yönetilebilmesi, kişinin sağlık ekibi ile etkili iletişim kurarak kendi kararlarını kendinin alabilmesi, metabolik kontrolünü sağlayabilmesi ve gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ile mümkün olmaktadır. Temelinde bakım bulunan hemşirelerin, diyabetli bireyin öz bakım gücü ve tedaviye uyumunu, öz yönetimlerinin gelişmesini sağlamada önemli rolü vardır (Karahan ve Çelik, 2020). Hemşirelik bakım uygulamaları eşliğinde bireyin kendi sağlığını kontrol edebilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, komplikasyonların önlenmesi ve uygulanan tedaviye uyumu oldukça önemlidir (Can, 2017).

Hemşireler hasta birey ve bakım vericileri ile görüşmeler yaparak hastaların bakım ve eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve uygun eğitimlerin verilmesini sağlamaktadırlar. Verilen bu eğitimlerde bilişsel ve davranışsal yaklaşımlar, motivasyon teknikleri ile diyabet farkındalığını arttırmak için kişilerin öz bakım gücünün geliştirilmesi sağlanır. Ayrıca eğitimlerin bireylerin öz bakım gücü düzeylerindeki artışa bağlı olarak glisemik kontrol, metabolik kontrol, beslenme tedavisine ve ilaç tedavisine uyum sağlamadaki katkıları oldukça yüksektir (İstek ve Karakurt, 2018). Bundan dolayı hastaların tedavi sürecine katılımını, öz bakım gücünü ve tedaviye uyumunu arttıracak ve literatüre kaynak oluşturacak araştırmalara gereksinim giderek artmaktadır.

1.2. Çalışmanın Amacı

Bu araştırmada, Tip 2 Diabetes Mellitus tanılı hastaların öz bakım gücü ve tedaviye uyumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. DM hastalarının öz bakım gücü hangi düzeydedir?
2. DM hastalarının tedaviye uyumu hangi düzeydedir?
3. DM hastalarının bireysel özellikleri ile öz bakım gücü arasında ilişki var mı?
4. DM hastalarının bireysel özellikleri ile tedaviye uyumu arasında ilişki var mı?
5. DM hastalarının öz bakım gücü ve tedaviye uyumu arasında ilişki var mı?

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇEVRE

2.1. Diabetes Mellitus Tarihçesi

Diabetes kelimesi eski Yunanca'da 'sifon' anlamına gelmekte ve çok fazla idrar yapımını ifade etmektedir. Mellitus kelimesi ise Yunanca'da 'bal' anlamına gelen 'mel' kelimesinden gelmektedir. Diyabet hastalığı M.Ö. 1500 yılında Mısır Eners papiruslarında idrar yapımı ile şeker kaybı sonucu gelişen bir hastalık olarak tanımlanmış, M.Ö. 6. ve 4. yüzyıllarda Hint doktorların 'tatlı idrar hastalığı' olarak tanımladıkları da ifade edilmektedir (Arslan, 2011).

M.S. 200'lü yıllarda Kapadokyalı Aretaeus hastalığa 'diabetes' adını vermiş ve bol idrara çıkma, zayıflama ile karakterize hastalık olarak ifade etmiştir. 18. Yüzyılda William Cullen 'diabetes' kelimesinin yanına tatlı anlamına gelen 'mellitus' kelimesini eklemiştir. 1815'te Chevreul idrarda bulunan tatlı "şey" in 'glikoz' olduğunu açıklamıştır (Dinçer, 2003).

1869 yılında Paul Langerhans pankreasta bulunan adacık hücrelerini tanımlamış ve 19. Yüzyılın sonlarına doğru Kussmaul tarafından komanın klinik belirtileri tanımlanmış ve 'asidoz' kavramı ortaya çıkmıştır. 1889 yılında Oskar Minkowski yaptığı deneyler sonucu diyabetten sorumlu olan organın pankreas olduğunu tanımlanmıştır. 1921 yılında ise Banting ve Best tarafından insülin keşfedilmiştir. 1955 yılında da diyabet hastalığı tedavisinde oral antidiyabetik ilaçların kullanımı başlamıştır (Köseoğlu, 2015; Saklar, 2020).

2.2. Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi

2019 yılında Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) dünya genelinde 463 milyon kişinin diyabet hastası olduğunu bildirmiştir (IDF, 2019).

IDF diyabet hasta sayısının 2030 yılında 578 milyon ve 2045 yılında ise 700 milyon kişiye ulaşabileceği tahmininde bulunmaktadır ve bu tahmin dünya nüfusunun yaklaşık %10,9'unu oluşturmaktadır (IDF, 2017). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite Endokrinolojik Hastalıklar Prevelansı Çalışması I (TURDEP-I) 1997-1998 yılında 20-80 yaş arası erişkinlerde diyabet görülme sıklığı %7,2 olarak bildirilmiştir. 2010 yılında çalışma tekrarlanmış ve TURDEP-II' ye göre diyabet prevelansı %90 oranında artarak %13,7' ye yükselmiştir. TURDEP-I de diyabet başlama yaşı 45-49 yaş aralığında bildirilirken; TURDEP-II de bu yaş aralığı 40-44' e inmiştir (Satman vd., 2013).

2.3. Diabetes Mellitus'un Özellikleri ve Tanı Kriterleri

Diabetes mellitus (DM); insülin salınımı, insülin etkisi veya bu faktörlerin her ikisinde de bozulmaya bağlı olarak ortaya çıkan hiperglisemi ile karakterize kronik metabolik bir hastalıktır (TEMD, 2019). DM hastanın ve bakımıyla ilgilenen aile/bireylerin hayatlarında kalıcı değişikliklere neden olarak aile ve ülke ekonomisine yük oluşturan ve sosyal yönden kısıtlılıklara yol açabilen kronik bir hastalıktır (Akça, 2020).

DM tanısı için tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de Amerikan Diyabet Derneği (ADA) tarafından belirlenen tanı kriterleri kullanılmaktadır. 2019 yılında güncellenmiş DM tanı kriterleri şunlardır:

1. Açlık plazma glikozu >126 mg/dl
2. HbA1c > %6,5
3. Diyabet semptomlarının varlığı halinde açlık durumuna bakılmaksızın kan glikozu ölçümü > 200 mg/dl olması
4. OGTT sonrası bakılan glikoz ölçümünde kan glikoz değeri > 200 mg/dl olması (ADA, 2019)

APG 75 gram Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT)'nde 2. saat plazma glikozu veya HbA1c plazma glikoz düzeyi kriterlerine göre belirlenir. Genellikle bu kriterlerin tanı testi olarak uygunluğu eşit düzeydedir (ADA, 2019). HbA1c, uluslararası standardize edilmiş olan yöntemlerle ölçüldüğünde tanı testi olarak kullanılabilir. HbA1c testi anemi, hemoglobinopati, gebelik ve antioksidan kullanım durumlarında tanı testi için kullanılamamaktadır (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019).

2.4. Diabetes Mellitus Tipleri

Diyabetin 4 tipi vardır. En sık karşılaşılan Tip 2 diyabet olmakla birlikte spesifik diyabet tiplerine daha az karşılaşılmaktadır. Diabetes Mellitus tipleri:

1. Tip 1 Diabetes Mellitus
2. Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM)
3. Spesifik Diabetes Mellitus Tipleri
 - Gençlerde Görülen Erişkin Tip Diyabet (MODY)
 - Kistik Fibroz ile İlişkili Diyabet
 - Transplantasyonla İlişkili Diyabet
4. Tip 2 Diabetes Mellitus

2.4.1. Tip 1 Diabetes Mellitus

Tip 1 DM gelişiminde rol alan başlıca faktörler olarak; genetik yatkınlık, otoimmün nedenler ve çevresel etmenler yer almaktadır. Hastalık pankreatik beta hücrelerinin genellikle otoimmün ve nadiren non-immün sebeplerle disfonksiyonlarına bağlı olarak ortaya çıkan mutlak insülin hormon eksikliği ile karakterizedir (Konca Karabuğa, 2021). Genellikle çocuklarda ve adölesan çağındaki bireylerde görülmektedir. Tip 1 diyabet belirtileri; susuzluk hissi, ağız kuruluğu, sık idrara çıkma, sürekli acıkma hissi, bulanık görme, ani kilo kaybı, yorgunluktur (Soysal, 2019). Tip 1 diyabetli hastaların akut komplikasyonlar açısından (hipoglisemi, diyabetik ketoasidoz) yakından takip edilmesi ve hastaya bakım yükümlülüğü bulunan kişilerin bu konular hakkında bilgi sahibi olmaları önemlidir.

Tedavisinde insüline bağımlılık vardır ve buna bağlı olarak insülin uygulama, kan glikoz düzeyi ölçme, tıbbi beslenme, egzersiz ile tedavileri idame ettirilmiştir (Etyemez, 2021).

2.4.2. Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM)

Gestasyonel diyabet, tanısı ilk defa gebelikte ya da gebelik sırasında konulan glikoz intoleransı olarak tanımlanmaktadır. GDM genellikle gebeliğin ikinci trimesterında artmış insülin direncinin gelişmesine bağlı olarak 24. ve 28. haftalar arasında ortaya çıkmaktadır (Yavuz vd., 2015). Gebelikte diyabetojenik etki olarak bilinen durumda, fetüs ve plasenta için gerekli enerji sağlanmaktadır. Gebe kişilerin çoğunda bu durum glikoz-insülin metabolizmasında oluşan hafif değişikliklerle gerçekleştirilebilirken, gebelerin bir kısmında gestasyonel diyabete neden olabilecek kadar şiddetli olmaktadır (Kayraz, 2018). GDM erken tanı konulması, fetüste oluşabilecek neonatal ve fetal komplikasyonları azaltmaktadır (Balık vd., 2016).

Tanı konulmasında iki yöntem uygulanır. Bir basamaklı yaklaşımda; 8 saatlik açlık sonrası 75 gr glikoz yüklemesi yapılarak OGTT yapılır. 1. ve 2. saatte plazma glikoz seviyesi ölçülür. İki basamaklı yaklaşımda; ilk adımda 50 gr glikoz yüklemesi yapılır. Açlık gerektirmez ve 1. saatte plazma glikozu ölçülür. Plazma glikozu >140 mg/dl gelirse 100 mg glikoz yüklemesi ile OGTT yapılır. İkinci adımda 8 saat açlık sonrası 100 mg glikoz ile OGTT yapılır ve 1., 2., 3., 4. saatlerde plazma glikozu ölçülür anormal gelen en az iki sonuç sonrası kişiye GDM tanısı konulur ve tedaviye başlanır (Kayraz, 2018).

2.4.3. Spesifik Diabetes Mellitus Tipleri

- **Gençlerde Görülen Erişkin Tip Diyabet (MODY)**

Bu hastalar <25 yaş grubunda normal kiloda ve ailesinde 2 veya daha fazla kuşakta diyabet geçmişi bulunan kişilerde görülmektedir. Bu hastalarda insülin direnci yoktur ve pankreas rezervi iyidir fakat insülin sekresyon mekanizmasında bozukluk vardır.

Kan glukoz seviyesinin regüle olması için insüline ihtiyaç olmaz ya da bazı durumlarda çok düşük dozda kullanılmaktadır. Kişide tip 1 diyabet şüphesini ortadan kaldırmak için oto-antikör testi yapılmalıdır. MODY hastalarında oto-antikör negatif çıkmaktadır (TEMD, 2019).

- **Kistik Fibroz ile İlişkili Diyabet**

Kistik fibrozis ilişkili diyabetin temel sebebi pankreas adacıklarındaki hücrelerin kaybı sebebi ile insülin eksikliğinin oluşmasıdır. Kistik fibrozis ilişkili diyabetin ilk dönemlerde bulguları çoğunlukla belirsiz olmakta ve hastalık sinsi bir şekilde seyretmektedir. Kistik fibrozise bağlı diyabette yaşam süresini kısıtlayan başlıca faktör pulmoner fonksiyonların hasar görmesidir. Kişiyi erken tanı konulması ve tedaviye erken süreçte başlanması mortalite ve morbidite oranını düşürmektedir (Alikışıfoğlu, 2007).

- **Transplantasyonla İlişkili Diyabet**

Solid organ nakilleri sonrasında kullanılan immünyosupresifler ve diğer risk faktörlerine bağlı diyabet gelişebilmektedir. Hastalarda tanı yöntemi olarak OGTT kullanılmakta ve kişinin yararına göre planlama yapılmaktadır (TEMD, 2019).

2.4.4. Tip 2 Diabetes Mellitus

Erişkinlerde sık görülen diyabet tipidir. İnsülin eksikliği ya da insülin direnci ile kendini göstermektedir ve buna bağlı hiperglisemi tablosu oluşmaktadır. Hiperglisemi durumu pankreasta bulunan beta hücrelerinin fonksiyonlarını bozmakta ve insülinin rezisdansında artışa sebep olmaktadır. Gelişmiş olan hiperglisemi ve glukoz toksisitesi insülin etkisini daha da bozmaktadır (Uygur vd., 2017). Önceleri ‘insüline bağımlı olmayan diyabet’ ya da ‘erişkin diyabet’ olarak bilinen hastalık tüm diyabet olgularının %90-95'ini oluşturmaktadır (ADA, 2019).

Tip 2 Diyabet Patofizyolojisi ve Risk Faktörleri

Metabolik ve kardiyovasküler kompleks hastalık olan Tip 2 diyabet birçok patofizyolojik olayın bir araya gelmesiyle oluşmaktadır. Patofizyolojik olayların başında insülin direnci gelmektedir. Karaciğerde, kas ve yağ dokusunda, santral sinir sisteminde gelişen insülin direncini aşmak için pankreas tarafından insülin üretimi arttırılır ve kompensatuvar hiperinsülinemik yanıt gelişir. İnsülin direncine karşı oluşan yanıt yıllar boyunca devam eder ve sonucunda pankreasta bulunan Beta hücreleri zamanla hiperinsülinemik yanıtı sürdürmede yetersiz kalır ve diyabet hastalığı ortaya çıkar (Özpak ve Pazarbaşı, 2021). Diyabet geliştiği zaman beta hücrelerinin fonksiyonu %80 oranında kaybolmuştur ve %20 rezervi bulunmaktadır. Zaman içerisinde beta hücrelerinin rezervindeki azalmayla bağlantılı olarak diyabet progresif seyretmektedir (Şenyiğit ve Kanat, 2017).

Diyabetin risk faktörleri olarak belirlenen özellikler;

- Sedanter yaşam biçimi
- Ailede diyabet varlığı
- 4 kg üzerinde doğum yapmak
- Hipertansiyon
- Hiperlipidemi
- Hemogloblin A1c>%5,7
- Polikistik over sendromu
- Kardiyovasküler hastalık varlığı
- Sağlıksız beslenme biçimi
- Alkol ve sigara tüketimi (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019)

Diyabetin risk faktörleri arasında cinsiyet risk faktörü olarak ele alındığında gelişmiş olan ülkelerde ayırım oluşturmazken gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda diyabet oluşma oranının daha fazla olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür.

Buna karşın İskandinav ülkelerinde diyabet görülme oranının erkeklerde daha fazla olduğu bulunmuştur.

Tip 2 diyabetin görülmesinde ise başlıca sebepler arasında metabolik bozukluk, fazla kalori alımı ve hareketsiz yaşam ön plandadır. Beden kitle indeksi, abdominal bölgede yağ oranı, bel çevresinde gözlemlenen artış diyabet riskini arttırmaktadır (American Diabetes Association, 2019). Tip 2 diyabetin gelişmesinde en önemli etkenler arasında obezite, sedanter yaşam biçimi ve beslenme şeklindeki bozuklukları yer almaktadır. Egzersiz ve yaşam tarzı değişikliğinin gerçekleştirilmesi prediyabetli kişilerde Tip 2 DM gelişmesini önlemekte veya geciktirmektedir (Terkeş ve Bektaş, 2014). Obezite sorunu Tip 2 DM gelişiminde riski oldukça arttırmaktadır ve kişinin kilo vermesi diyabet gelişimini önleyebilmekte veya geciktirebilmektedir. Kulak vd. yaptığı çalışmada obezitesi olan bireylerde Tip 2 DM gelişim riski obezite olmayanlara göre daha yüksek bulunmuş ve obezite ile bağlantılı olarak bel çevresinin uzunluğu arttıkça diyabet gelişim riskinin de arttığı saptanmıştır (Kulak vd., 2019). Sedanter yaşamın engellenmesi, diyabet kontrolünde ve risk yönetiminde önemli role sahiptir ve fiziksel aktivitenin gerçekleştirilmesi vücutta yağlanmayı engellemekte, diyabet insidansını, kan basıncını düşürmekte ve dislipidemiği sağlamaktadır (Polat, 2016).

Tip 2 Diyabetin Klinik Özellikleri

Tip 2 Diyabetin gelişmesinde en önemli etkenler obezite, sedanter yaşam biçimi ve beslenme şeklindeki düzenliklerdir. Yapılan çalışmalarda egzersiz ve yaşam tarzı değişikliklerinin gerçekleştirilmesi prediyabetik kişilerde tip 2 diyabet gelişmesini önlediği veya geciktirdiği belirtilmektedir (Terkeş ve Bektaş, 2014). Diyabetin klinik belirti bulguları arasında;

- Ağızda kuruluk ve polidipsi (Hiperozmolariteye bağlı çok su içme)
- Poliüri (Ozmotik diürez sebebiyle sık idrara çıkma)
- Polifaji

- İdrar yoluyla elektrolit kaybı
- Halsizlik, yorgunluk
- Tekrarlayan enfeksiyonlar
- Görme bozuklukları (hiperozmolariteye bağlı retinanın zarar görmesi)
- Gastrointestinal sistem bozuklukları
- Kaşıntı (Ciltte kuruluk kaynaklı)
- Ruhsal değişkenlikler
- Ayaklarda uyuşma (TEMD, 2019)

Ertur vd. yaptığı çalışmada bireylerin %54,2'sinin bacaklarında ve/veya ayaklarında uyuşukluk, %59,8'inin bacaklarında ve/veya ayaklarında yanıcı ağrı, %73,8'inin bacaklarında ve/veya ayaklarında kas krampları olduğu saptanmıştır (Ertur vd., 2020). Kayar vd. yaptığı çalışmada kişilerin %33,2'si sigara içmeye devam etmekte olup %12'si sigara içmeyi bırakmıştır. Çalışmada sigara kullanımı ile bağlantılı olarak diyet uyumu ve fiziksel aktivite durumu değerlendirildiğinde sigara içmeyen kişiler diğer gruba göre daha uyumlu bulunmuştur (Kayar vd., 2019). Kayak ve Aktürk'ün yaptığı çalışmaya katılan kişilerin %79,5'i yorgunluk yaşadıklarını, %37'si mide sorunları yaşadıklarını ve %50,5'i sersemlik hissi yaşadıklarını belirtmişlerdir (Kayak ve Aktürk, 2019).

2.5. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisi

Tip 2 DM'nin tedavi sürecinde amaç bireye özgü bakım planı ve tedavi planı eşliğinde akut ve kronik komplikasyonların gelişmesini önlemek, kişinin öz yönetim gerçekleştirebilmesini sağlamak, pankreas beta hücre fonksiyonlarının korunmasını sağlayarak kişinin yaşam kalitesi ve yaşam süresini arttırmaktır. Diyabet bakım ve tedavisinin başarı bir şekilde sürdürülebilmesi için tıbbi beslenme tedavisi, düzenli egzersiz, ilaç tedavisi, öz yönetim etkililiği ve farkındalığı, bireysel kan şekeri takibi, diyabet eğitimi ve eğitimlerin olumlu sentezi ile mümkün olmaktadır (Olgun, 2012).

2.5.1. Tip 2 Diabetes Mellitus'ta Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT)

Tıbbi beslenme tedavisi (TBT) kişiye özel şekilde ihtiyaçlarını karşılamak üzere hazırlanmış yeterli ve dengeli beslenme programıdır. TBT diyabet hastalığının önlenme sürecinde, hastalık yönetiminde, komplikasyonları önlemede ve gelişen komplikasyonların yavaş ilerlemesi sürecinde önemli rol oynamaktadır. Diyetle sağlıklı besin seçilmesi, ideal vücut ağırlığına ulaşma veya kilo koruma sürecinde, kan glikoz düzeyini normal ya da normale yakın şekilde tutmak TBT hedeflerini oluşturmaktadır (Ekşi, 2020).

Diyabetli kişinin beslenme programı, yeme alışkanlıkları, öğün saatleri, yaşam biçimi ve beslenme kültürü göz önünde bulundurularak kişiye uygun hazırlanmaktadır. Diyabetli kişilerin gün içerisinde aldıkları kalori miktarının önemi kadar öğünlere ayrıştırılması da önem arz etmektedir (Dinçer, 2019). Genel olarak kalorinin %20'si sabah kahvaltıda, %35'i öğle yemeğinde, %30'u akşam yemeğinde ve %15'i de uyku öncesi olacak şekilde düzenlenmelidir. Tip 2 diyabette yaklaşım önceliği kalori açığı yaratmak, az ve sık beslenmeyi sağlamaktır (Olgun, 2012).

2.5.2. Tip 2 Diabetes Mellitusta Fiziksel Aktivite

Egzersiz; kişinin vücuduna diyetle alınmış olan besin maddelerinin kas dokusu tarafından kullanılmasını hızlandırmakta ve kan şekerini düzenlemektedir. Egzersiz yapılması ve fiziksel aktivitede bulunulması diyabet tedavi sürecinde ve hastalığın komplikasyonlarından korunma sürecinde önemli rol oynamaktadır (Erçakır, 2016).

Egzersize başlanması ile vücutta katekolominlerin salınımı başlar ve insülin salgılanması baskılanır böylece kan şekeri regülasyonu sağlanır (Leung, 2014). Katekolominlerin salınımı sonucu insülin salgılanmasının baskılanmasıyla karaciğerin glikojen depolarından glikozun kana karışması hızlanır, bu şekilde kasların insüline duyarlılığı artar ve daha az insülin ile kaslara daha fazla glikoz girmesi sağlanır.

Kısa süren egzersizlerde (1-5 dakika) vücut fazla oksijen tüketmez böylece glikoz kullanımı oluşmaz, bu sebeple egzersizlerin bu süreyi aşması gerekmektedir (Annuzzi, 2014). Fiziksel aktivitenin artırılması ile kan glikoz dengesi sağlanmakta, gelişebilecek komplikasyon riskleri azaltılmaktadır. Her diyabetli kişinin kas kütlesi farklıdır ve kişiye özel egzersiz programı düzenlenmelidir. Diyabetli kişilerin fiziksel aktivite öncesinde kan glikoz düzeyini ölçmeleri, yapılacak aktivitenin yoğunluğuna göre glikoz düzeyini belirlemeleri hipoglisemi riskini önlemek açısından önemlidir (Okburan ve Büyükkaragöz, 2018).

2.5.3. Tip 2 Diabetes Mellitusta İlaç Tedavisi

A. Oral Antidiyabetikler (OAD)

OAD ilaçlar insülin salgılanması tamamen bitmemiş olan hastalarda kullanılan kan glikoz düzeyinin kontrol edilmesine yardımcı ilaçlardır (Sayın, 2011). İnsülin hormonunun diyabet tedavisi üzerinde güçlü etkileri olmasına rağmen oral yoldan alınamaması risk oluşturmaktadır. Bu sebeple oral yolla etkinlik sağlayan ilaçların bulunması için uzun bir dönem araştırmalar yapılmıştır. İnsüline bağımlı olmayan diyabet hastalarında ve diyet uygulanması ile kan glikozu düzenlenemeyen kişilerde kullanılmaktadır (Çubuk ve İnce, 2015). OAD türevi ilaçlar tip 2 diyabet tedavisinde kişinin tedavi sürecinde yaşam tarzı önerilerine ek olarak uygulanmaktadırlar. Tedavide asıl amaç glisemik kontrolü iyi bir şekilde sağlamak ve komplikasyonların gelişmesini önlemektedir (Turan ve Kulaksızoğlu, 2015). Glisemik kontrolü sağlamak için kullanılan antidiyabetik ilaçlar;

1. İnsülin Salgılatıcı ilaçlar (Segretagoglar)

- **Glinidler:** Kısa etkili insülin salgılanmasını sağlayan ajanlardır. Nateglinid ve repaglinid olarak iki farmakolojik yapıları vardır. Bu türevdeki ilaçlar tokluk şekerini dengeleme üzerine etkilidirler.

Hipoglisemi oluşturma riskleri olduğundan ana öğünlerde yemeklerden hemen önce alınması gerekmektedir. Eğer ilaç alınması unutulursa bir sonraki doz zamanı beklenmelidir (Sayın, 2011).

- **Sülfonilüreler:** Pankreastan insülin hormonu salgılanmasını sağlayarak tedavide etkinlik oluşturan ilaçlardır. Bu ilaçlar yemeklerden önce aç karna alınması gerekmektedir. Hipoglisemi ve kilo artışı en önemli yan etkilerindendir (Boyras, 2015).

2. İnsülin Duyarlılığını Arttıran İlaçlar (Sensitizer)

Bu grupta insülin hormon direncini azaltan biguanidler (metformin) ve tiazolidindionlar bulunmaktadır. Biguanidler genellikle karaciğerde insülin duyarlılığını arttırırken tiazolidindionlar daha çok yağ dokuda duyarlılığı arttırmaktadırlar (Çubuk ve İnce, 2015).

- **Metformin:** Karaciğer ve periferik dokuların insüline duyarlılığını arttırmaktadır. İlaç karaciğerde artmış durumda olan glukoneogenezin inhibisyonunu sağlar (Karaahmetoğlu, 2019). Açlık kan glikoz düzeyini belirgin olarak azaltmakta ve tokluk kan glikozunu düşürmektedir. Diyare, abdominal kramp ve ağızda metalik tat yan etkileridir (Salmanoğlu, 2019).
- **Tiazolidindion:** Bu grupta bulunan ilaçların insülin hormon etkisini artırma ve glikoz üretimini azaltma özellikleri bulunmaktadır. Bu etkileri ile dokularda insülin direnci azalır ve kısmi düzeyde insülin duyarlılığı artmış olur (Ayvaz ve Kan, 2010). Ödem, anemi, sıvı volüm artışı, kilo artışı gibi yan etkileri vardır ve kronik ileri böbrek yetmezliği, adölesanlar, gebeler ve alanin amino transferaz yüksekliğinde kontrendikedirler. Günde bir defa yemeklerden bağımsız olarak kullanılmaktadırlar (Karadere, 2021).

3. Alfa Glukozidaz İnhibitörleri

İntestinal yoldan polisakkaritlerin emilimini azaltarak karbonhidratların sindirilmesini yavaşlatırlar. Diyare, şişkinlik, hazımsızlık gibi yan etkileri bulunmaktadır

(Manav Yıldırım, 2016). Tokluk kan glikoz düzeyini azaltması, hipoglisemi riskinin az olması, kilo artışı veya azalmasında etkisi olmaması ve sistematik toksisitesinin olmaması bu türevdeki ilaçların tercih edilme sebeplerindendir (TEMD, 2020). İlacın öğünlerden önceleri günde üç defa alınması gerekmektedir ve gastrointestinal yan etkileri sebebi ile uzun süreli olarak kullanılması önerilmemektedir (Barsbay, 2019).

4. İnkretin Bazlı İlaçlar

Bu grupta bulunan ilaçlar glukagon benzeri peptid-1 reseptör agonistleri inkretin hormonların özelliklerini taklit ederek etki gösterirlerken; inkretin etkisini artıran dipeptidil peptidaz-4 inhibitörleri ise inkretinlerin bozulmalarını engelleyerek etki gösterirler. Bu etkileri sayesinde hipoglisemiye yol açmazlar. Fakat diğer OAD ilaçlarla ve insülin ile kombine kullanıldıklarında hipoglisemi gelişebilmektedir (Altunay, 2018; Alemdar, 2014).

5. Sodyum Glukoz Ko-Transporter 2 İnhibitörleri (Glukoretikler/Gliflozinler)

Bu türde bulunan ilaçlar renal tubuluslarda glikoz reabsorpsiyonunu azaltarak ve idrar yolu ile glikoz atılımını sağlayarak etki gösterirler. İnsülin hormonundan bağımsız olarak etki göstermelerinden dolayı tip 2 diyabet hastalığının herhangi bir aşamasında kullanılabilirler (Karahana vd., 2017). Kilo kaybına sebep olmaları, hipoglisemi riskinin düşük olması, serum ürik asit düzeyini ve albuminüriyi azaltmaları glukoretiklerin avantajlarından. Poliüri, sıvı kaybı ve hipotansiyon yan etkilerindedir. (TEMD, 2020)

B. İnsülin Hormon Tedavisi

İnsülin hormonu; pankreasın langerhans adacıklarında bulunan beta hücreleri tarafından üretilmektedir. İnsan vücudunda beta hücreleri günde yaklaşık olarak 50 ünite insülin hormonu üretmektedir (Yılmaz, 2015). İnsülin hormonu ilk olarak 1921 yılında Banting ve Best tarafından pankreastan insülinin ayrıştırılması ile ve 1922 yılında diyabetik

ketoasidoz komasında olan bir hastaya uygulanması ile ilk defa diyabet yer almıştır. Daha sonraki süreçte Abel (1926)'in pankreasın aktif insülin içeriğinden kristalize insülin elde etmesi, 1982 yılında insan insülinleri ve 1990 yılında da analog insülinlerin tedavide yerini aldığı görülmektedir (Savaş ve Gültekin, 2017, Celeste ve Issam, 2012).

İnsülin tedavisinin amaçları;

- Optimal glisemik kontrol sağlamak,
- Vücuda bazal/bolus insülin salınımını taklit ederek hormon replasmanı sağlamak,
- Diyabet kaynaklı komplikasyonları önlemek ve gelişimini yavaşlatmak,
- Kişinin yaşam süresini ve yaşam kalitesini arttırmak yer almaktadır (Erdoğan, 2019).

İnsülin Çeşitleri

- a. Hızlı Etkili İnsülinler (İnsülin lispro, Aspart): Etkilerini en geç 15 dakika içerisinde gösterirler. Ana öğünlerin 5-15 dakika öncesinde uygulanmalıdırlar.
- b. Kısa Etkili İnsülinler (Human Regüler): Etki başlangıç süreleri 30-60 dakika arasındadır. Ana öğünlerden 30 dakika önce yapılmalıdır.
- c. Orta Etkili İnsülinler (Bazal Human NPH): 1-2 saat arasında etki gösteren bu türdeki insülinlerin 10-16 saate kadar etkileri devam eder. Gün içerisinde 1 veya 2 doz yapılan insülin vücudun bazal insülin ihtiyacını karşılar.
- d. Uzun Etkili İnsülinler (Glarjin, Detemir): 1-4 saat içerisinde etki ederler ve 18-24 saat boyunca etkileri devam eder. Her gün aynı uygulama saatinde yapılmalıdırlar.
- e. Hazır Karışım (Bifazik) İnsülinler: Etki süreleri türüne göre değişim göstermektedir ve ana öğünlerden hemen önce uygulanmalıdırlar (KEDD, 2020; Kocatepe, 2021).

İnsülin Tedavi Protokolleri

- 1. İnsülin Destek Tedavisi:** Bu tedavi yönteminde bazal veya bifazik insülinler kullanılmaktadır.

a. Bazal İnsülin Desteği

Gün içerisinde 1 ya da 2 doz şeklinde uzun veya orta etkili bazal insülin desteği şeklinde Tip 2 DM hastalarında ve gestasyonel diyabeti bulunan hastalarda kullanılmaktadır (KEDD, 2020).

b. Bifazik Karışım İnsülin Desteği

Bazal insülin destek tedavisinin yeterli olunamadığı durumlarda kullanılmaktadır. Günde 2 defa orta/uzun etkili + hızlı/kısa etkili karışım insülinler kullanılmaktadır. Tip 2 DM hastalarında günde bir doz kullanılması gereken bir tedavi şeklidir. Hazır karışım kalem insülinlerle doz hesaplaması yapılarak kullanım sağlanabilir. Doz hesaplanması açlık kan şekeri düzeyi sonuçlarına göre bazal insülin dozu üzerinden yapılmaktadır (TEMD, 2020).

2. İnsülin Replasman Tedavisi

Tip 1 diyabet hastalarında, diyet ile kontrol sağlanamayan gestasyonel diyabet hastalarında ve endojen insülin rezervi azalan tip 2 diyabet hastalarında uygulanmaktadır. Uygulama iki şekilde yapılmaktadır:

a. Multiple doz insülin enjeksiyonları (bazal-bolus tedavi)

- Günde üç defa ana öğünler öncesinde kısa/hızlı etkili insülin + günde 1 doz orta/uzun etkili (bazal) insülin
- Günde üç defa ana öğünler öncesinde kısa/hızlı etkili insülin + günde 2 doz orta/uzun etkili (bazal) insülin
- Bazal insülin tedavisinin yeterli olmadığı özellikle Tip 2 diyabet hastalarında multiple uygulamaya kademeli şekilde geçilebilmektedir. Öncelikle gün içerisindeki en yoğun öğün öncesinde 1 doz kısa/hızlı etkili insülin kullanımı ile başlanarak sonrasında günde 2 ve 3 doz şeklinde uygulanabilmektedir (TURKDİAB, 2021).

b. Sürekli cilt altı insülin infüzyon tedavisi:

Çoklu insülin dozu alınmasına rağmen tedavi etkinliği sağlanamayan hastalar, glikoz seviyesi değişken olan hastalar, sık hipoglisemi yaşayan hastalar, gebeliği bulunan veya düşünen diyabetli hastalarda kullanılmaktadır. Bu yöntemin uygulanabilmesi için insülin pompası kullanılmaktadır. Pompa cihazları pankreasın fizyolojisini taklit ederek metabolizmaya daha uygun şekilde insülin replasmanı sağlamakta, belirlenen doz ve aralıklarla bazal veya bolus insülin verilebilmektedirler (TEMMD 2020, TÜRKDİAB 2021).

2.6. Tip 2 Diabetes Mellitus Komplikasyonları

Diyabet hastalığının kendisi kadar sebep olabileceği komplikasyonların da erken tanısı ve tedavisi oldukça önemlidir ve özellikle akut komplikasyonların mortalitesi daha yüksek olmaktadır. Komplikasyonların eşlik ettiği durumlarda zamanla kalp, damarlar, göz fonksiyonları, böbrek fonksiyonları ve sinirlere ciddi düzeyde zararlar verebilmektedir (Can, 2017). Diyabet komplikasyonları akut ve kronik komplikasyonlar olarak iki ana başlık altında sınıflandırılmaktadır. Bunlar;

a. Akut komplikasyonlar

- Hipoglisemi
- Laktik asidoz (LA)
- Diyabetik ketoasidoz (DKA)
- Hiperglisemik hiperozmolar durum (HHD)

b. Kronik komplikasyonlar

• Makrovasküler komplikasyonlar

- Koroner arter hastalığı (KAH)
- Serebrovasküler hastalıklar (SVH)
- Periferel vasküler hastalıklar

• Mikrovasküler Komplikasyonlar

- Retinopati

- Nefropati
- Nöropati

2.6.1. Akut Komplikasyonlar

Diyabette kan glikoz düzeyinin kısa süreçte dengesizliği ile ilgili dört önemli komplikasyon bulunmaktadır. Bunlar; hipoglisemi, diyabetik ketoasidoz, hiperglisemik hiperozmolar nonketotik sendrom, laktik asidoz durumlarıdır.

Hipoglisemi

Amerikan Endokrin Cemiyetinin 2009 yılında yayınladığı rehberde hipoglisemi sınır değeri <70 mg/dl olarak belirlenmiştir. İnsülin dozunun fazla uygulanması, yetersiz karbonhidrat alımı, öğün atlama, adrenal yetmezlik, insülin dozunun yanlış zamanda uygulanması gibi sebeplerle ortaya çıkabilmektedir (ADA, 2009). Belirti olarak kişide halsizlik, ciltte soluk görünüm, terleme, tremor, uyku hali, dikkatte dağılma, konvülsiyon ve baş ağrısı gibi nöroglükopenik semptomlar gözlemlenebilmektedir. Tedavide ise erken dönemde durumu görmek ve hemen etkinlik göstermek önemlidir.

Hasta kişinin bilinç durumuna göre intravenöz yoldan veya oral yoldan glikoz verilmesi gereklidir. Gelişen komplikasyona bağlı olarak kişide çiğneme, yutma fonksiyonunda bozukluk veya bilinç kaybı gelişmiş ise oral yoldan tedavi verilmez intravenöz yol tercih edilmelidir (TEMD, 2019).

Diyabetik Ketoasidoz

DKA kanda yetersiz düzeyde insülin varlığı ve buna bağlı gelişen hiperglisemi sonucunda kanda ve idrarda keton maddesinin yükselmesi ile karakterizedir. DKA'nın en önemleri sebepleri arasında insülin eksikliği, insülin tedavisinin kesilmesi, enfeksiyonlar,

travma, myokard iskemisi gibi fiziksel stres durumlarının bir araya gelmesi bulunmaktadır (Koç, 2020). Ketoasidoz durumu; hipovolemi, dehidratasyon, idrarda keton ve glukoz bulunması, ağızda aseton kokusu gibi bulgularla kendini gösterirken, normal halden tam koma durumuna kadar hızla gelişebilecek bilinç bulanıklığına sebep olma potansiyeline sahip akut metabolik komplikasyondur. Daha sık olarak Tip1 DM hastalarında görülmekle birlikte Tip 2 DM hastalarında da bu komplikasyonla karşılaşmaktadır (Sezgin, 2009). Tedavide hastanın genel durumu göz önünde bulundurularak sıvı desteği, insülin, potasyum ve bikarbonat tamponizasyonu şeklinde medikal tedavi uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Hiperglisemik Hiperozmolar Durum

HHD' de temel sorun bireyin sıvı vücudun dehidrate kalmasıdır ve vücutta keton açığa çıkması durumu yoktur. Kronik hastalıklar, enfeksiyonlar, alkol, travma, serebrovasküler hastalıklar HHD gelişmesine sebep olmaktadır. Plazma glukoz seviyesi 600 mg/dl üzerindedir ve serum ozmolaritesi 320 mOsm/kg düzeyinin üzerinde görülmektedir (Karasakal, 2020, Konca Karabuğa, 2021). Hipotansiyon, taşikardi, bilinç bulanıklığı, mukoza ve deride kuruluk gibi fiziksel bulguları görülebilir (Koç, 2020).

Laktik Asidoz

Mortalite oranı yüksek olan laktik asidoz; dokuların oksijen ihtiyacının karşılanamaması ve oksijenin kullanılmasında yetersizlik olmasına bağlı gelişen ağır metabolik asidoz durumudur (Benli, 2021). Laktik asidin vücutta birikmeye başlaması üretilen laktat ve kullanılan arasında dengesizlik olduğunun göstergesidir ve bu hastalar yoğun bakım ünitesinde takip edilmeli ve böbrek fonksiyonları yakından takip edilmelidir (Karasakal, 2020).

2.6.2. Kronik Kompliksasyonlar

Diyabet hastalığının kronik kompliksasyonları mikrovasküler kompliksasyonlar ve makrovasküler kompliksasyonlar olarak iki ana gruba ayrılmaktadır. Ayrıca kas-iskelet sistemi ile ilgili semptomlar da kronik kompliksasyonlarda yer almakta olup hastalarda sıklıkla karşılaşılabilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Mikrovasküler Kompliksasyonlar

a. Retinopati

Retinada bulunan kılcal damarların zarar görmesine ya da tıkanmasına sebep olan kan glukoz düzeyinin yüksek olmasına bağlı olarak gelişmektedir (Omar Osman, 2020). Gelişimindeki en önemli etkenler; yüksek kan glukoz yüksekliğinin sürekliliği, şiddeti, arteriyel kan basıncı düzeyi, lipid dengesinde bozulmadır. Diyabet hastalarında risk faktörlerinin düzenli olarak kontrol edilmesi ile retinopatiyi önlemek mümkün olabilmektedir. Tip1 DM hastalarında tanı aldıktan 5 yıl sonra ve Tip2 DM hastalarında tanı konulduğu zaman göz muayenesi yaptırılması gerekmektedir. Diyabetik retinopati gelişimini önlemek için tüm diyabet hastası kişilerde kan glukoz seviyesi, arteriyel kan basıncı düzeyi ve lipid profilinin kontrol altına alınması gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

b. Nefropati

Diyabetik nefropati durumu glomerüllerde gelişen hasara bağlı olarak böbrek fonksiyonlarının ilerleyici bir şekilde bozulması ile gerçekleşen mikrovasküler kompliksasyondur. Kişide ek böbrek hastalığı olmaksızın diyabetin sonucu olarak böbrek fonksiyonlarında bozulma olmaktadır. Hiperglisemi ve hipertansiyon en önemli risk faktörleridir (Avcı ve Çakır, 2014). Hastalarda erken dönemde böbrek fonksiyonlarının takibi için glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) takibi yapılmalıdır. eGFR değeri hastanın yaşına, cinsiyetine, vücut yüzey alanına göre hesaplanmaktadır ve bu sonuca göre böbrek fonksiyonlarında evreleme yapılmaktadır (Çeliker, 2017).

c. Nöropati

Kan glukoz düzeyinin yüksek seyretmesi tüm vücutta sinir hücrelerinde hasara sebebiyet verebilmektedir. Nöropati diyabet hastalarında sık karşılaşılan bir durum olmakla birlikte çok ciddi ilerlemeler gösterebilmektedir. Hastalarda ülserasyon, farkına varmadan yaralanma ve buna bağlı olarak ilerleyen süreçte amputasyon gereksinimine kadar ciddi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Akyel Atmaca, 2019). Genellikle duyu nöronlarını etkileyerek simetrik tutulum yapabilmektedir ve gelişen hissizlik sebebi ile travmalara sebep olabilmektedir. Hastalar gelişen travmaların hissizlik sebebi ile oluşan yaraların farkına varamamakta ve bu sebeple en sık karşılaşılan diyabetik ayak sendromları görülebilmektedir. Ayrıca nöropati; erektil disfonksiyon, sindirim sistemi ve üriner sistem sorunları, kardiyak ve otonomik fonksiyon bozukluklarına sebep olabilmektedir (IDF, 2017).

d. Kas- iskelet sistemi semptomları

Diyabetik ayak: Alt ekstremitelerde meydana gelen sinir hasarı veya periferik damar tıkanıklıklarının sonucu olarak ortaya çıkan enfeksiyon ya da derin dokularda diyabet hastalığı sonucunda görülen komplikasyondur.

Alt ekstremitelerde meydana gelen yanma, karıncalanma, uyuşma, duyu kaybı diyabetik ayak gelişiminin erken belirtileri arasındadır (Ekim ve Ekim, 2016). Diyabetik ayak gerçekleşmesi durumunda kişinin yaşam kalitesinin bozulması, tedavi maliyetlerinin artması ve ilerleyen durumlarda ampütasyon uygulanması gerekmektedir (Ağralı, 2020).

Diyabetik ayak sendromunun gelişmesinin önlenmesi amacıyla diyabet hemşireleri tarafından diyabetli birey ve yakınlarına düzenli olarak ayak bakımı eğitimi verilmelidir. Hemşireler hastalara distal nabızların ve ayak muayenesinin nasıl yapılacağını, kan glikoz seviyesinin normal sınırdaki nasıl tutulabileceğini, yara bakımının nasıl yapılması gerektiğini, enfeksiyonlardan korunmanın önemini içeren eğitimler planlamalı ve değerlendirmelidirler (Saltoğlu vd., 2015).

Makrovasküler Komplikasyonlar

DM'un neden olduğu yaygın makrovasküler komplikasyonlar koroner arter hastalığı, iskemik kalp hastalığı, miyokard infarktüsü, periferik arter hastalığı, serebrovasküler hastalıklardır. Kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar Tip 2 diyabette önde gelen ölüm sebepleri arasındadırlar. Tip 2 diyabetli hastalar ile aynı yaşta ve diyabeti olmayan bireyler karşılaştırıldığında diyabet hastalarında kardiyovasküler hastalık ve ölüm riskinin 2-3 kat fazla olduğu görülmüştür (Üstündağ, 2020).

Diyabet hastalarında kanın pıhtılaşmasını sağlayan trombositlerin yıkımı daha kolaydır, bundan dolayı pıhtılaşma sağlamada yardımcı fibrinojen üretimi yarı oranda azalır ve pıhtı oluşması sonucu serebrovasküler hastalık gelişme riski de artmaktadır (Öztürk, 2008).

2.7. Tip 2 Diabetes Mellitus ve Öz Bakım Gücü

Öz bakım, kavram olarak 1956 tarihinde ilk defa Orem tarafından yayınlanmış ve öz bakımı 'yaşamı, sağlığı ve iyilik halini sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve devam ettirilen etkinlikler' olarak tanımlanmaktadır (Demirtürk ve Demirbağ, 2019). Orem'e göre insan, 'öz bakım ajanı' olarak tanımlanmaktadır. Birey sağlık durumunda olan değişimle, hayatını ve iyilik halinin devamlılığını sağlamada ya da desteklemede başka kişilere tamamen veya kısmen bağımlı hale gelmektedir. Bu durumda birey 'öz bakım ajanı' olma durumundan 'bakımın alıcısı' durumuna geçmektedir (Tok Yıldız, 2018). Orem'e göre herkes öz bakıma gereksinim duyar ve hemşirelik mesleğinin özünde de kişilerin gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olmak yer almaktadır (Tuna, 2020). Öz bakım, kişinin yaşamını, iyilik durumunu, sağlığını korunması ve devamlılığının sağlanması için birey tarafından gerçekleştirilen davranışlardır (Bakır, 2019). Öz bakım davranışları, kişisel merak, alınan eğitim ve sağlık durumu sebebi ile ihtiyaçtan kaynaklı olan tecrübelerle öğrenilmiş hareketlerdir (Karadağlı vd., 2017). Öz bakım gücü; sosyodemografik durumlardan, kişisel özelliklerden, çevresel, sosyal, kültürel ve ekonomik unsurlardan,

eğitim düzeyinden, sağlık durumundan, yaştan etkilenebilmektedir (Ergin vd., 2011). z bakım kavramı Orem tarafından; kişinin sürekli, kontrollü, etkili ve amaçları doğrultusunda tutumlarının gelişmesi ile kendisine uyguladığı bakım olarak tanımlanmıştır (Karadağlı vd., 2017). Orem, z bakım gereksinimlerini üç Şekilde tanımlamaktadır (zalp Gerçeker vd., 2012);

1- Evrensel z bakım gereksinimleri; Kişinin günlük aktivitelerinin yeterliliğini sağlayan beslenme, solunum yapabilme, boşaltım yapabilme, sosyalleşme ihtiyaçlarının giderilmesi, iyilik halinin devamlılığı ve kişinin fonksiyonlarının geliştirilmesini içeren temel gereksinimleri kapsamaktadır.

2- Gelişimsel z bakım gereksinimleri; Kişinin fiziksel olarak gelişmesi, büyümesi süreçlerinde oluşan gereksinimlerdir. Beden imajında gerçekleşen bozulmalar, başka birisine bağımlı olma hali, kişisel hijyen yetersizlikleri gibi gereksinimler karşılanmaktadır.

3- Sağlıktan sapma durumlarında öz bakım gereksinimleri; bireyler etkilendikleri, sağlıktan sapma durumlarında öz bakımlarını karşılamada yetersizlik hissetmedike hemşirelere gereksinim duymamaktadırlar. Gereksinimlerini karşılayamayacak duruma geldikleri zaman hemşirelere ihtiyaç duymaktadırlar (elik ve Yıldırım, 2016). Hastanın kendisinde oluşan değişikliklerin yaşam tarzını değiştirdiği ve bunları kabullenmesi, ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için hastalığı konusunda bilgi ve beceri sahibi olmaya ihtiyacı bulunmaktadır (Yavaş elik, 2019).

Diyabetli bireylerde öz bakım, ilaçlarını önerildiği Şekilde kullanma, beslenme tedavisine uygun davranışlar sergileme ve fiziksel aktivitelerini gerçekleştirmesi sayesinde öz yönetimini sağlaması ile mümkün olmaktadır (Eroğlu, 2017). Bireyin z bakımını gerçekleştirebilmesi için bakımı hakkında yeterli bilgi birikimine sahip olması ve hastalıklarını stabil düzeyde tutabilmeleri için de öz bakım becerilerini yaşam biçimi haline getirmeleri gerekmektedir (Funnell vd., 2004). z bakım gereksinimlerini gerçekleştirebilen bir kişi, bakım ihtiyacını doğru ve yeterli Şekilde sağlayabilir, kendi sağlık durumunun sorumluluğunu alabilir ve diğer kişilerden bağımsız olabilir (Karadağlı vd., 2017).

Erilmez (2018) tarafından öz bakım gücü ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada tedavi şekli olarak ‘diyet, ilaç ve egzersiz’ belirleyen kişilerin öz bakım gücü puanlarının, kendisine tedavi şekli olarak ‘diyet ve ilaç tedavisi’ belirleyen kişilere göre daha yüksek saptanmıştır. Aynı çalışmada kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilen hastaların öz bakım gücü ölçek puanı, ihtiyaçlarını yardımla karşılayan kişilere göre daha yüksek saptanmıştır (Erilmez, 2018). Diyabet hastalığı kronik bir hastalık olmasından dolayı yaşam boyu bakım gerektirmektedir. Diyabet öz bakımında ideal glisemik kontrolü sağlayabilmek için gereken en az yardımla bütüncül bakım verebilmek tedavide başarıyı arttırabilen en önemli etkenlerdendir. Farzana vd. (2014) yaptığı çalışmada bireylerin ayak bakımı ve egzersiz yapmaması, diyetle uyum sağlamaması önemli sağlık sorunları olarak belirlenmiş ve öz bakım aktivitelerini yerine getiremeyen bireylerin ağrı ve anksiyete ilişkili sorunları belirttikleri görülmektedir (Farzana vd., 2014).

Gerçek’in (2017) yaptığı çalışmada kişilerin öz bakım ölçek puan ortalaması düşük olarak saptanmış ve öz bakımlarının yetersiz olduğu, kişilerin ekonomik durumları ve eğitimlerinin öz bakım aktivitelerini gerçekleştirebilmelerini etkilediği belirlenmiştir (Gerçek, 2017). Benzer bir çalışmada kişilerin cinsiyeti, eğitim düzeyi, sağlık sigortası ve hastalığın sebep olduğu hayat tarzı değişikliklerinin öz bakım gücünü etkilediği saptanmıştır (Eraydın, 2016).

2.8. Tip 2 Diabetes Mellitus ve Tedaviye Uyum

Sağlık hizmetinde tedaviye uyum, hasta bireyin değerleri, yaşam biçimi, inançları ile sağlık görevlilerinin tavsiyeleri doğrultusunda ortak kararlar alındığı yaklaşımdır. Tedaviye uyum kavramı, sağlık hizmeti sağlayıcılarına bağlı kalmayı ifade etmektedir (Karan, 2020). Tip 2 Diyabette glisemik kontrolün sağlanması adına, kişinin tedaviye istekli ve motive olmuş bir şekilde katılması oldukça önemlidir. Bireyin kan glikoz dengesini sağlamak ve devamlılığını oluşturmak adına, günlük yaşam aktivitelerini tedaviye uygun hale getirmek, önerine tıbbi beslenme tedavisi, fiziksel aktivite ve ilaçlarının uygun şekilde alması ile tedaviye uyum göstermesi gerekmektedir (Baykal ve Kapucu, 2015). Karan’ın çalışmasında kişilerin yaş, cinsiyet, medeni hal, gelir durumu ve eğitimin tedavi uyumunda etkili

olmadığı, diyabet hastası olma süresi, gerçekleşmiş komplikasyonların tedavi uyumunu etkilediği ve kişilerin moral düzeyi yüksekliğinin tedaviye uyumu arttırdığı saptanmıştır (Karan, 2020). Kişilerin sağlıklarına ve tedavilerine karşı tutum ve davranışları uygulanan tedavilerin önemli kısmını oluşturmaktadır. Diyabet tedavisine uyum sağlayabilmek için bireylerin bakım becerilerine, hastalık ve tedavi süreci hakkında bilgi sahibi olmaya, motivasyona ihtiyaçları vardır (Ustaalioğlu, 2015). Aslan'ın (2018) yaptığı çalışmada hastaların çoğunun tedavilerini düzenli olarak devam ettirdiği ve tedaviyi kabul ettikleri görülmüş tedaviye uyum sağlayamayan hastaların hastalığa henüz alışmamış olmayı etken olarak belirttikleri görülmektedir (Arslan, 2018).

Tedaviye uyum sağlayamayan hastaların kan glikoz dengesinin bozulduğu, yaşam kalitesinin azaldığı, diyabete bağlı gelişebilecek komplikasyon riskini arttırdığı ve erken dönemde kişinin ölümüyle sonuçlanabildiği belirtilmektedir. Tedaviye uyum sağlamada diyabet eğitimleri oldukça önemlidir ve etkinliği sağlanan diyabet eğitimi kişinin yaşam kalitesinin iyileştirebilmektedir (Kardaş Kin, 2021).

Küçük ve Yapar (2016) çalışmasında hastaların %74,6'sının düzenli olarak egzersiz yapmadığı, %55,6'sının sağlık düzeyini orta olarak belirttiği saptanmıştır. Hastaların ilaç tedavisine olan uyumlarının düşük olduğu, sağlığının kötü yönde ilerleyeceğini düşünenlerin tedaviye uyumunun düşük olduğu ve tedavisinden memnun olan hastaların ilaç tedavisine daha fazla uyum sağladığı belirtilmiştir (Küçük ve Yapar, 2016). Yapılan başka bir çalışmada hastaların tedaviye uyumu orta düzeyde bulunmuş ve kullanılan ilaç sayısı arttıkça tedaviye uyumun azaldığı ve kadın hastaların erkek hastalara göre tedaviye uyumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır (Karaaslan Eşer vd., 2018).

Diyabet hastalığında tedaviye uyum; hastaların sağlık profesyonelleri tarafından önerilen tedavi ve gereken yaşam biçimi değişikliklerine uyum gösterme durumlarını ifade etmektedir. Diyabet hastalığı yönetimi birçok faktörün uyumu ile gerçekleşmektedir ve bu durum bireylerin tedaviye uyumunu zorlaştırmaktadır. Diyabetin kronik hastalık olması, tedavisinin çok yönlü olması, yaşam biçiminde değişiklik gerektirmesi bireyin uyumunu zorlaştıran faktörlerdendir. Etkin tedavi yöntemleri kullanılmasına karşın, diyabet hastalarının önemli bir kısmı tedaviye uyumsuzluk sebebi ile glisemik kontrolünü sağlayamamakta ve buna bağlı olarak komplikasyonlar daha sık görülüp mortalite oranı artmaktadır (Yüksel, 2020)

2.9. Tip 2 Diabetes Mellitus Eğitimi

Diyabet tedavisinde en önemli etken hastanın ve yakınlarının eğitimidir. Diyabet eğitimi sayesinde diyabetli bireyin tedaviye uyumu arttırılmakta, tedaviye aktif katılımı sağlanmaktadır (Samancıoğlu vd., 2017).

Diyabet eğitiminin amacı; kişinin hastalığına uyumunun kolaylaştırılması, kendisini daha iyi ve güvende hissetmesinin sağlanması, metabolik stabilitenin sağlanması, kan basıncının istenilen düzeyde kalmasının sağlanması, beden kitle indeksinin hedeflenen değerde tutulması, diyabete bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonların oluşma riskinin en düşük seviyede kalması ve bu komplikasyonlar sonucunda oluşacak olan morbiditenin engellenmesidir (Kardaş Kin, 2021).

Diyabetik hastaya verilecek olan eğitimler hastanın sağlığının korunması ve komplikasyonların önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Yapılan eğitimin etkinliği, kişinin bu eğitime katılımı ve eğitim sürecinde almış olduğu bilgileri kullanabilmesi çok önemlidir. Eğitimlerin sonucunda ise hastalarının genel diyabet durumlarında iyileşme ve diyabete uygun bakım alışkanlıklarının oluşması hedeflenir. Diyabette verilen bakımın eğitiminde, temel bilgiler standart olsa bile eğitimin sıklığı, süresi,

kullanılan materyaller ve hasta katılımının sağlanması gibi etkenler kişide akılda kalıcılık oluşturabilmektedir (Köseoğlu, 2015; Mumcu ve Vardar İnkaya, 2020).

Diyabetli hasta yönetimi hasta ve ailesinin de içinde yer aldığı multidisipliner ekip tarafından yapılmalıdır. Eğitimde başta diyabet hemşireleri olmak üzere tüm hemşirelerin hasta bakımında, sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde, eğitimleri planlama, uygulama ve değerlendirilmesinde anahtar rolleri bulunmaktadır (Karaca Sivrikaya ve Ergün, 2018). Sağlık profesyonellerinin kişiye verdiği bireysel eğitimler ile kişiler hastalıkları konusunda daha bilinçli olmakta ve hastalıklarını daha kolay yönetebilmektedirler (Eroğlu, 2017). Diyabetli bireyin öz bakımının sağlanabilmesi, metabolik kontrolün iyileştirilmesini, oluşabilecek komplikasyonların önlenmesini, var olan komplikasyonların ilerlemesinin önlenmesini, iyilik durumunun artırılmasını sağlamaktadır. Tüm bunların gerçekleşebilmesi için bireye verilen diyabet eğitimi, bireyin bilgi ve becerisi artırarak öz bakım uygulamalarında aktif olmasını, kendi başına karar verebilmesini ve sorunları ile başa çıkabilmesini, çözüm üretebilmesini, öz bakım gücünün artırılmasını önemli ölçüde sağlamaktadır (King vd., 2010).

2.9.1. Diyabet Eğitiminde Hemşirenin Rolü

Hemşireler, öğrenme ve öğretme süreçleri içerisinde hastalar ile en çok etkileşimde olan sağlık profesyonelleridir (Baduryeri, 2020). Hemşirelerin diyabetli hastanın öz bakımında sürekli, düzenli ve etkinliği değerlendirilen eğitimler verip rehberlik sağlayarak ve bireyleri destekleyerek öz bakım becerilerini arttırmaları konusunda sorumluluk kazandırma rolü hakimdir (Uzun, 2019).

Temel hedefi etkili bakım olan hemşireler, diyabetli kişilerin öz bakım gücünü artırarak öz yönetimin sağlanmasında önemli role sahiptirler. Hemşireler diyabetli kişiler ve aileleri ile yaptıkları görüşmelerinde oluşmuş veya oluşması muhtemel sorunların belirlenmesinde ve kişilerin eğitim gereksinimlerine göre eğitim programları hazırlamaktadırlar (ADA, 2013). Oluşturdukları eğitim programlarında kişinin motivasyonunu arttıracak teknikleri, bilişsel ve davranışsal yönlendirmelerini uygun eğitim

yöntemini kullanarak hastalıklarının farkında olmalarını sağlayarak öz bakım güçlerini arttıırırlar (Sürücü, 2014).

Hemşireler eğitici ve danışmanlık rollerini kullanarak diyabetli kişilerde öz bakım gücünün geliştirilmesi, beslenme tedavisi, fiziksel aktivite, ilaç tedavisi, tedaviye uyum, kendi kan şekerini ölçebilme konularında kişilerin bilgilendirilmesini ve metabolik kontrollerinin sağlanarak hastalık kaynaklı akut veya kronik komplikasyonların önlenmesini kişiye özel olarak planladıkları eğitimler ile öz yönetimin gelişmesini sağlamaktadırlar (Karahan ve Çelik, 2020).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahiliye Polikliniğinde 05 Ağustos 2021- 15 Ocak 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Tıp 2 Diabetes Mellitus tanısı ile başvuran tüm hastalar oluşturmuştur. Evrenin belirlenmesinde Tıp Fakültesi Hastanesi istatistik biriminden destek alınmış, polikliniğe tekrarlı başvurular çıkartılmış ve bir kez başvuran 1067 hasta evreni oluşturmuştur. Örneklem seçme yöntemi olarak güç analizi (G power) yapılmış ve örneklem etki büyüklüğü 0.50, %5 hata payı ve %95 güven aralığında 283 olarak hesaplanmıştır. Veri toplama formlarını eksiksiz dolduran 279 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmada örneklemin %98,6'una ulaşılmıştır.

3.3.1. Örnekleme Alınma Kriterleri

- 18 yaş üzerinde olmak
- Okuma ve anlama sorunu olmamak

- Tip 2 Diabetes Mellitus hastası olmak
- Gönüllü olmak

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Veriler toplanmadan önce araştırmanın amacı hastalara açıklanmış ve bilgilendirilmiş onam formları kabul eden hastalar tarafından imzalanmıştır. Soru formu kullanılırken gönüllülük esaslı ve kişisel verilerin korunmasına uygunluk sağlanmıştır. Covid-19 pandemisi nedeniyle, verilerin toplanması sırasında maske ve sosyal mesafe kurallarına uyulmuştur. Hastalar diyabet hemşireliği odasına tek tek alınmış ve veri formları hastalar tarafından doldurularak toplanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 10-15 dk sürmüştür.

3.5. Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin veriler için Hasta Tanılama Formu (Ek-1), öz bakım gücünü değerlendirmek için Diyabet Öz Bakım Ölçeği (Ek-2) ve tedaviye uyumu belirlemek için Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği (Ek-3) kullanılmıştır. Kullanılan ölçeklerin yazarlarından yazılı izinler alınmıştır (Ek-4, Ek-5).

3.5.1. Hasta Tanılama Formu

Literatür taraması sonucunda araştırmacı tarafından oluşturulan form, hastaların sosyo-demografik özellikleri (medeni durum, yaş, cinsiyet vs.) ve hastalığa ilişkin bilgilerinin yer aldığı (tanı alma süreci, tedavi yönetimi, bakım uygulamalarını sağlayabilme durumu, ek hastalık varlığı, beslenme kontrolü, ilaç kullanım durumları vs.) 18 sorudan oluşmaktadır (Koç, 2020; Kunt, 2021; Omar Osman, 2020).

3.5.2. Diyabet Öz Bakım Ölçeği (DÖBÖ)

Ölçek, Tip 2 DM hastalarının öz bakım faaliyetlerini ölçmek amacıyla 2005 yılında Lee ve Fisher (2005) tarafından Amerika'da geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karakurt (2008) tarafından yapılmıştır. DÖBÖ likert tipi ölçektir ve 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve ters ifadeleri bulunmamaktadır. Orijinal halinde 6'lı likert tipi bulunan ölçeğin Türkçe formunda uzmanların görüşü ve Lee ve Fisher'in önerileri sonucunda 4'lü likert tip kullanılmaktadır. Ölçeğin seçenekleri, 'Hiçbir zaman (1)' 'Bazen (2)' 'Sık sık (3)' 'Her zaman (4)' biçiminde düzenlenmiştir (Karakurt, 2008). Ölçekten alınabilir minimum puan 92, maksimum puan 140'tır. Puan arttıkça hastaların öz bakım gücünün de olumlu yönde arttığı belirtilmektedir (Karakurt, 2008). Lee ve Fisher'ın (2005) çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,80 (Lee ve Fisher, 2005), Karakurt'un çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,81 olarak belirlenmiştir (Karakurt, 2008). Bu çalışmada ise 0,89 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği

Ölçek Tip 2 DM tedavisinde hasta uyumunun değerlendirilmesi amacıyla 2014 yılında Demirtaş tarafından geliştirilmiştir. Ölçekten elde edilen puanların sonucunda, tedaviye uyumu etkileyen faktörlere karşın, hastalar tedavi süreçlerinde önerilen uygulamaları yapıyor, önerilmeyen uygulamaları yapmıyor ise tedaviye uyumu iyidir yorumu yapılmaktadır.

Ölçek en az bir yıldır tip 2 diyabet hastası olan kişilerde uygulanabilmektedir. Ölçeğin puanlamasında 5'li likert tipi derecelendirme (Katılıyorum (1), Kısmen katılıyorum (2), Katılmıyorum (3), Kısmen katılmıyorum (4), Kesinlikle katılmıyorum (5) kullanılmakta olup, toplamda 30 maddeden oluşmaktadır. Bireyler ölçekteki ifadelerden kendilerine en uygun olan seçenekleri işaretlemektedirler. (Demirtaş, 2014).

Ölçekte bulunan her bir maddenin puanları toplamı, ölçeğin toplam puanını oluşturmaktadır ve ölçekte alınabilecek en yüksek puan 150, en düşük puan 30'dur. Toplam ölçek puanı için düşük olan puan tip 2 diyabet tedavisinde hasta uyumunun yüksek/iyi olduğunu belirtmektedir (Demirtaş, 2014). Ölçek toplam puanlarının yorumlanmasında; %0-20'lik oranda olan puanlar (30-54) 'tedavi uyumu iyi', %20-80'lik oranda olan puanlar (55-125) 'tedavi uyumu orta', %80-100'lik oranda olan puanlar (126-150) 'tedavi uyumu kötü' şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından elde edilen puanların düşük olması, kişinin tedavi sürecinde olumlu ve beklenen davranışları gösterdiğini ifade etmektedir. Puanların yüksek olması kişinin tedavi sürecine uyumsuz davranışlara sahip olduğunu ve beklenen duygu ve davranışları göstermediğini ifade etmektedir. Demirtaş'ın çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,77 olarak, bu çalışmada ise 0,84 olarak bulunmuştur (Demirtaş, 2014).

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik kurul izni Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bilimsel Araştırma Etik Kurulu tarafından (2020/113 sayılı karar) (Ek-6) alınmıştır. Verilerin toplanabilmesi için Ege Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (Ek-7), kullanılan 'Diyabet Öz Bakım Ölçeği' (Ek-4), 'Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği' (Ek-5) yazarlarından elektronik posta yolu ile yazılı onamları alınmıştır. Çalışmada Helsinki Bildirgesine uyulmuş ve kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağı anlatılmıştır. Hastalara çalışmanın amacı ve içeriği açıklanmış, katılmaya gönüllü olan hastalara bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Sadece bir üniversite hastanesi ile sınırlı olması
- Covid-19 pandemisi sebebi ile kronik hastalıklara ve 65 yaş üstü bireylere getirilen kısıtlamalar nedeniyle 65 yaş üzeri bireylerin yetersiz katılması

- Covid-19 pandemisi sürecinde hastane randevularına getirilen kısıtlılıklar, sınırlı sayıda hasta bakılması gibi nedenlerle veri toplama tarihlerinde hasta sayısına ulaşmada güçlük yaşanması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım uygunluğu normallik testleri ve basıklık çarpıklık değerleri ile kontrol edilmiştir. Ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etme amacıyla güvenilirlik analizi yapılmıştır (Ural ve Kılıç, 2006). Bu bağlamda ölçeğe ilişkin güvenilirlikler Cronbach Alpha ile incelenmiştir.

Kullanılan ölçek puanlarının normal dağılım varsayımını sağladığı tespit edilmiştir. Bu durumda niceliksel verilerin karşılaştırılması için iki grup karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Bonferroni testi uygulanmıştır. Grup sayısı 30'dan düşük olan değişkenlerde ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için düzeltilmiş Bonferroni testi uygulanmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Bağımlı değişkenin bağımsız değişken üzerine etkisini ölçmek için basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarına İlişkin Veriler

Tablo 1

Kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenirlik analizi sonuçları

Ölçekler ve Alt Boyutları	Madde sayısı	Cronbach's Alpha
Diyabet Öz Bakım Ölçeği	35	0,894
Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği	30	0,845
• Tutum ve duygusal etmenler	8	0,873
• Bilgi ve kişisel faktörler	6	0,641
• Yaşam tarzı değişikliği	3	0,646
• Öfke duyguları	3	0,222
• Uyuma uygun duygu ve davranışlar	4	0,474
• Diyet pazarlığı	3	0,150
• İnkâr duygusu	3	0,189

Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenirlik analizi sonuçları tablo 1’de verilmiştir. Diyabet Öz Bakım Ölçeği Cronbach’s Alpha (α) katsayısı değeri 0,894; Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği Cronbach’s Alpha (α) katsayısı değeri 0,845 olarak bulunmuştur.

Tablo 2

Ölçek ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri

Ölçekler ve Alt Boyutları	Min	Maks	Ortalama	Std Sapma
Diyabet Öz Bakım Ölçeği	53,00	120,00	91,68	13,99
Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği	44,00	121,00	71,72	14,07
• Tutum ve duygusal etmenler	12,00	32,00	21,33	3,77
• Bilgi ve kişisel faktörler	7,00	24,00	15,96	3,03
• Yaşam tarzı değişikliği	3,00	12,00	7,26	1,95
• Öfke duyguları	4,00	12,00	9,31	1,69
• Uyuma uygun duygu ve davranışlar	6,00	17,00	10,42	1,73
• Diyet pazarlığı	3,00	12,00	9,1828	1,71
• İnkâr duygusu	3,00	12,00	7,38	1,98

Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri tablo 2’de verilmiştir. Diyabet Öz Bakım Ölçeği puanları ortalama 91,68±13,99 (öz bakım gücü düşük) olarak, Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanları ortalama 71,72±14,07 (tedavi uyumu orta) olarak bulunmuştur.

4.2. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Tablo 3

Katılımcıların demografik özellik dağılımları

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	131	47,0
Erkek	148	53,0
Yaş		
≥41 yaş	16	5,7
42-53 yaş	131	47,0
54-65 yaş	105	37,6
66 yaş ve üzeri	27	9,7
Eğitim		
İlköğretim	98	35,1
Lise	115	41,2
Lisans/ Lisansüstü	66	23,6
Yaşanılan yer		
İl	148	53,0
İlçe	97	34,8
Köy	34	12,2
Meslek		
Memur	49	17,6
İşçi	35	12,5
İşsiz	11	3,9
Serbest	47	16,8
Ev hanımı	59	21,1
Emekli	78	28,0
Kim/kimlerle yaşadığı		
Yalnız	44	15,8
Eşimle	93	33,3
Çocuklarımla	45	16,1
Çekirdek Ailemle	97	34,8
Alkol ve sigara kullanımı		
Hayır	142	50,9

Tablo 3'ün devamı

Alkol kullanıyorum	8	2,9
Sigara kullanıyorum	90	32,3
Her ikisini de kullanıyorum	39	14,0
Tablo 3 devamı		
BKI		
Normal	38	13,6
Fazla kilolu	113	40,5
Obez	128	45,9
Ailede diyabet öyküsü		
Evet	170	60,9
Hayır	109	39,1
Kronik hastalık öyküsü		
Evet	170	60,9
Hayır	109	39,1
DM dışında kronik hastalık varlığı		
Yok	109	39,1
1 kronik hastalık	121	43,4
2 ve üzerinde kronik hastalık	49	17,6
Diyabet yılı		
5 yıl ve altı	121	43,8
6-10 yıl	108	38,7
11 yıl ve üzeri	49	17,6
DM Tedavisi		
İnsülin	200	71,7
Oral antidiyabetik ilaç	33	11,8
İnsülin ve oral antidiyabetik ilaç	46	16,5
Kontrol gitme		
Ayda bir defa	68	24,4
Üç ayda bir defa	43	15,4
Altı- on iki ayda bir defa	136	48,7
Kontrol gitmem	32	11,5
Toplam	279	100,0

Hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, katılanların, %47'sinin kadın, %53'ünün erkek, %5,7'sinin 41 yaş ve altında, %47'sinin 42-53yaş, %37,6'sının 54-65yaş, %9,7'sinin ise 66 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, %35,1'inin ilköğretim, %41,2'sinin lise, %23,6'sı lisans/ lisansüstü mezundur. Ayrıca hastaların %53'ünün il, %34,8'inin ilçe, %12,2'sinin köyde yaşamakta olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Katılımcıların meslekleri incelendiğinde, %17,6'sının memur, %12,5'inin işçi, %3,9'unun işsiz, %16,8'inin serbest, %21,1'inin ev hanımı, %28'inin emekli olduğu; %15,8'inin yalnız, %33,3'ünün eşi ile, %16,1'inin çocuklarıyla, %34,8'inin çekirdek ailesi ile yaşadığı belirtilmektedir (Tablo 3).

Hastaların alkol/sigara kullanımı incelendiğinde, %50,9'unun hiç alkol veya sigara kullanmadığı, %2,9'unun alkol ve %32,3'ünün sigara kullandığı, %14'ünün her ikisini de kullandığı ifade edilmektedir. Ayrıca hastaların beden kitle indekslerine göre %13,6'sının normal, %40,5'inin fazla kilolu, %45,9'unun obez olduğu ve %60,9'unun ailesinde DM hastası olduğu, görülmektedir (Tablo 3).

Katılımcıların %60,9'unun DM dışında başka kronik hastalığı olduğu, bu hastaların da %43,4'ünün DM dışında 1, %17,6'sının DM dışında 2 ve üzerinde olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Katılımcıların diyabet tanı yılı incelendiğinde; %43,8'inin 5 yıl ve altı, %38,7'sinin 6-10 yıl, %17,6'sının 11 yıl ve üzeri olduğu bildirilmektedir. Hastaların %71,7'sinin insülin, %11,8'inin oral antidiyabetik ilaç, %16,5'inin insülin ve oral antidiyabetik ilaç kullandığı belirtilmektedir (Tablo 3).

Katılımcıların diyabet kontrolüne gitme sıklığı incelendiğinde, %24,4'ünün ayda bir, %15,4'ünün üç ayda bir, %48,7'sinin altı-12 ayda bir kontrole gittiği ve %11,5'inin ise hiç gitmediği görülmektedir (Tablo 3).

4.3. İnsülin Kullanan Tip 2 DM Hastalarının İnsülin Kullanımına İlişkin Özelliklerinin Dağılımına Ait Bulgular

Tablo 4

İnsülin kullanan Tip 2 DM hastalarının insülin kullanımına ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=246)

	İnsülin (n=200)		İnsülin + OAD (n=46)	
	n	%	n	%
Uygulanan insülin yılı				
0-4 yıl	98	49,0	25	54,3
5-9 yıl	79	39,5	11	23,9
10 yıl ve üzeri	23	11,5	10	21,7
İnsülin uygulayan				
Kendim	160	80,0	41	89,1
Eşim	19	9,5	2	4,3
Çocuğum	21	10,5	3	6,5
Günlük insülin uygulama sayısı				
1 defa	5	2,5	12	26,1
2 defa	30	15,0	8	17,4
3 defa	61	30,5	9	19,6
4 defa	104	52,0	17	37,0
İnsülin uygulanan yer kontrolü yapma				
Evet	30	15,0	10	21,7
Hayır	78	39,0	15	32,6
Aklıma geldikçe	92	46,0	20	43,5

Tip 2 DM tanısı olup insülin uygulayan katılımcıların insülin uygulama yılları incelendiğinde, %49'unun 0-4 yıl, %39,5'inin 5-9 yıl, %11,5'inin 10 yıl ve üzeri; insülin ve oral antidiyabetik ilaç kullanan katılımcıların %54,3'ünün 0-4 yıl, %23,9'unun 5-9 yıl, %21,7'sinin 10 yıl ve üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Sadece insülin tedavisi gören katılımcıların %80'i insülini kendisi, %9,5'i eşi, %10,5'i çocuğu uyguladığını bildirirken; insülin ve OAD kullanan katılımcıların %89,1'i insülini kendisi, %4,3'ü eşinin, %6,5'inin çocuğunun uyguladığını bildirmektedir.

Katılımcıların günlük insülin uygulama sayıları incelendiğinde, insülin kullanan katılımcıların %2,5'inin 1, %15'inin 2, %30,5'inin 3, %52'sinin 4 defa; insülin ve OAD kullanan katılımcıların %26,1'inin 1, %17,4'ünün 2, %19,6'sının 3, %37'sinin 4 defa uyguladığı görülmektedir.

Katılımcıların insülin uygulanan bölgelerinin kontrolünü yapma durumu incelendiğinde, insülin kullanan katılımcıların %15'inin kontrol ettiği, %46'sının aklına geldikçe kontrol ettiği ve %39'unun kontrol etmediği; insülin ve OAD kullanan katılımcıların %21,7'sinin kontrol ettiği, %43,5'inin aklına geldikçe kontrol ettiği ve %32,6'sının kontrol etmediği görülmektedir (Tablo 4).

4.4. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile Kullanılan Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 5

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile kullanılan ölçek puanlarının karşılaştırılması (n=279)

Sosyo-demografik özellikler	Diyabet Öz Bakım Ölçeği	Tip 2 Dm Hasta Uyum Ölçeği
	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet		
Kadın	93,66±12,71	70,37±13,19
Erkek	89,93±14,86	72,92±14,74
Test	t =2,256	t =-1,516
	p =0,025*	p =0,131

Tablo 5'in devamı

Yaş

≥41 yaş ¹	88,19±17,16	82,75±12,69
42-53 ²	91,45±15,47	72,79±14,86
54-65 ³	93,16±11,42	68,56±13,21
66 + ⁴	89,11±13,52	72,26±10
Test	F=1,040 p =0,375	F=5,571 p =0,001*
Post Hoc	-	1>2,3

Eğitim

İlköğretim	89,21±13,83	73,05±12,77
Lise	92,50±13,54	71,66±14,54
Lisans/Lisansüstü	93,91±14,65	69,85±15,04
Test	F =2,588 p =0,077	F =1,024 p =0,361

Yaşanılan yer

İl	91,64±14,61	72,85±15,60
İlçe	92,06±13,57	70,13±12,12
Köy	90,76±12,71	71,32±11,93
Test	F =0,109 p =0,897	F =1,109 p =0,331

Meslek

Memur ¹	97,49±12,14	70,59±14,58
İşçi ²	89,23±16,35	75,57±15,09
İşsiz ³	86,00±17,89	82,18±11,76
Serbest ⁴	91,15±16,09	72,47±14,90
Ev hanımı ⁵	91,53±13,69	69,95±12,11
Emekli ⁶	90,37±11,35	70,12±13,86
Test	H=8,182 p =0,085	H=10,474 p =0,033*
Post Hoc	-	3>1,5,6 2>5,6

Kim/kimlerle yaşadığı

Yalnız ¹	91,95±14,33	73,82±12,05
---------------------	-------------	-------------

Tablo 5'in devamı

Eşimle ²	93,80±11,72	70,49±13,92
Çocuklarımla ³	90,82±13,66	67,00±10,36
Çekirdek Ailemle ⁴	89,93±15,81	74,13±15,92
Test	F =1,282 p =0,281	F =3,281 p =0,021*
Post Hoc	-	1,4>3
BKİ		
Normal ¹	88,95±15,36	70,03±14,18
Fazla kilolu ²	93,05±13,21	66,92±14,56
Obez ³	91,28±14,21	76,46±11,99
Test	F =1,324 p =0,268	F =15,602 p =0,000*
Post Hoc	-	3>1,2
Ailede diyabet öyküsü		
Evet	92,11±12,82	70,17±14,08
Hayır	91,02±15,69	74,14±13,77
Test	t =0,633 p =0,527	t =-2,316 p =0,021*
DM dışında kronik hastalık tanısı		
Evet	91,54±12,65	70,52±13,11
Hayır	91,91±15,92	73,59±15,32
Test	t =-0,206 p =0,837	t =-1,722 p =0,087
DM dışında kronik hastalık sayısı		
Yok ¹	91,74±16,25	73,93±15,28
DM dışında 1 ²	94,00±10,98	69,12±12,57
DM dışında 2 ve üzerinde ³	85,82±13,78	73,24±13,99
Test	F =6,189 p =0,002*	F =3,776 p =0,024*
Post Hoc	1,2>3	1>2
Diyabet yılı		
5 yıl altı ¹	92,94±15,41	72,95±14,87

Tablo 5'in devamı

6-10 yıl ²	92,79±12,10	69,75±13,12
11 yıl ve üzeri ³	86,10±13,05	73,00±13,84
Test	F =4,859	F =1,738
	p =0,008*	p =0,178
Post Hoc	1,2>3	-
DM Tedavisi		
İnsülin ¹	93,05±13,53	71,24±13,92
OAD ²	81,61±14,29	79,88±13,98
İnsülin+OAD ³	92,98±13,05	67,96±12,74
Test	F =10,355	F =7,662
	p =0,000*	p =0,001*
Post Hoc	1,3>2	2>1,3
Kontrole gitme		
Ayda bir ¹	98,31±12,21	68,91±13,98
Üç ayda bir ²	86,91±14,19	72,07±12,49
Altı- on iki ayda bir ³	91,46±13,35	71,75±14,64
Kontrole gitmeyen ⁴	84,97±14,49	77,09±12,66
Test	F =10,128	F =2,509
	p =0,000*	p =0,059
Post Hoc	1>2,3,4	-

*p<0,05

Katılımcıların cinsiyetlerine göre DÖBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0,05). Kadın katılımcıların DÖBÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların mesleklerine göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0,05). İşsiz olan katılımcıların Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanlarının memur, ev hanımı ve emekli olan katılımcılara göre, işçi olan katılımcıların puanlarının ev hanımı ve emekli olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Katılımcıların yaşlarına göre DÖBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), Tip 2 Dm Hasta Uyum Ölçeği toplam puanları arasında fark anlamlıdır ($p<0,05$). Yaşı 41 yaş ve altı olan katılımcıların Tip 2 Dm Hasta Uyum Ölçeği puanlarının yaşı 42-53 ve 54-65 olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların eğitim durumları, yaşadıkları yer ile DÖBÖ ve Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Katılımcıların kimle yaşadıklarına göre, DÖBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Buna göre, çocukları ile yaşayan katılımcıların Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanlarının yalnız ve çekirdek aile ile yaşayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Katılımcıların BKİ'ne göre, DÖBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). BKİ ile Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu bağlamda obez olan katılımcıların Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Katılımcıların ailesinde diyabet hastası olma durumlarına göre, DÖBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Ailesinde diyabet hastası bulunmayan katılımcıların Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Hastaların diyabet dışında kronik hastalık sayılarına göre, DÖBÖ puanları ve Tip 2 Dm Hasta Uyum Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). DM dışında 2 ve üzerinde kronik hastalığı olan katılımcıların DÖBÖ puanlarının diğer katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. DM dışında bir kronik hastalığı olan katılımcıların Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanlarının kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Katılımcıların diyabet tanı sürelerine göre, DÖBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Diyabet yılı 10 yıl ve üzeri olan katılımcıların DÖBÖ puanlarının diğer katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların diyabet tanı sürelerine göre, Tip 2 Dm Hasta Uyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Katılımcıların tedavi şekillerine göre, DÖBÖ puanları ve Tip 2 Dm Hasta Uyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Oral antidiyabetik ilaç kullanan katılımcıların DÖBÖ puanlarının diğer katılımcılara göre daha düşük; Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanlarının ise daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5). Katılımcıların kontrole gitme durumlarına göre, DÖBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Kontrolü ayda bir defa olan katılımcıların DÖBÖ puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Fakat kontrole gitme durumlarına göre, Tip 2 Dm Hasta Uyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

4.5. İnsülin Kullanan Katılımcıların Kullanım Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6

İnsülin kullanan katılımcıların kullanım özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	DÖBÖ	Tip 2 Dm Hasta Uyum Ölçeği
	Ort±SS	Ort±SS
İnsülin uygulama süresi/yıl		
≥4 yıl ¹	93,66±14,54	71,11±14,84
5-9 yıl ²	94,84±11,03	70,08±13,22
10 yıl ve üzeri ³	85,76±12,99	70,33±10,88
Test	F =6,046	F =0,153
	p =0,003*	p =0,858
Post Hoc	1,2>3	-
İnsülin yapan kişi		
Kendim ¹	93,91±12,57	69,50±13,86
Eşim ²	85,05±16,70	81,10±11,58
Çocuğum ³	92,71±15,36	70,88±10,69
Test	F =4,263	F =7,105
	p =0,015*	p =0,001*
Post Hoc	1>2	2>1,3
Günlük insülin uygulama sayısı		
1 defa ¹	94,65±13,15	63,47±11,97
2 defa ²	97,34±13,70	71,16±12,09
3 defa ³	92,26±14,31	77,00±12,22
4 defa ⁴	91,90±12,68	67,78±14,01
Test	H =6,105	H =29,994
	p =0,107	p =0,000*
Post Hoc	-	3>1,4
İnsülin uygulanan yer kontrolü yapma		
Evet ¹	98,37±13,41	70,27±13,39
Hayır ²	95,12±13,36	70,88±13,14
Test	F =9,159	F =0,032
	p =0,000*	p =0,969
Post Hoc	1,2>3	-

İnsülin kullanan katılımcıların insülin uygulama sürelerine göre, DÖBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). İnsülin süresi 10 yıl ve üzeri olan katılımcıların DÖBÖ puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların insülin uygulama süreleri ile Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanları arasındaki fark ise anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 6).

İnsülin kullanan hastaların insülini uygulayan kişilerine göre, DÖBÖ puanları ve Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). İnsülinini kendisi uygulayan katılımcıların DÖBÖ puanlarının insülinini eşi uygulayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. İnsülinini eşi yapan katılımcıların Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 6).

İnsülin kullanan Tip 2 DM hastalarının günlük insülin uygulama sayılarına göre, Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Günde 3 defa insülin uygulayan katılımcıların Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanlarının 1 ve 4 defa uygulayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Günde uygulanan insülin sayısı ile hastaların DÖBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6). İnsülin kullanan katılımcıların insülin uygulanan bölgeyi kontrol durumlarına göre, DÖBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Aklına geldikçe kontrol eden katılımcıların DÖBÖ puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Fakat insülin uygulanan bölgeyi kontrol durumlarına göre, Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

4.6. Katılımcıların Özelliklerine Göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 7

Katılımcıların özelliklerine göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Tutum ve duygusal etmenler		Yaşam tarzı değişikliği	Öfke duyguları	Uyuma uygun duygu ve davranışlar	Diyet pazarlığı	İnkâr duygusu
	Ort±SS	Bilgi ve kişisel faktörler Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet							
Kadın	21,83±3,44	16,24±3,15	7,55±1,87	9,44±1,53	10,56±1,75	9,40±1,52	7,61±1,86
Erkek	20,89±4,00	15,72±2,91	7,01±1,99	9,20±1,81	10,28±1,70	8,99±1,85	7,18±2,06
	t=2,112	t=1,455	t=2,338	t=1,184	t=1,358	t=2,046	t=1,814
	p=0,036*	p=0,147	p=0,020*	p=0,237	p=0,175	p=0,042*	p=0,071
Yaş							
≥41 yaş ¹	20,56±4,84	14,69±3,36	7,19±2,71	8,31±1,96	9,69±1,35	8,5±2,31	7,00±1,83
42-53 ²	20,97±4,01	16,4±3,33	7,01±2,03	9,2±1,79	10,75±1,76	9,04±1,85	7,65±2,14
54-65 ³	21,85±3,17	16,05±2,51	7,54±1,68	9,51±1,49	10,27±1,71	9,54±1,41	7,39±1,76
66 + ⁴	21,56±3,95	14,3±2,52	7,44±1,95	9,63±1,5	9,81±1,57	8,89±1,48	6,3±1,73
	F=1,318 p=0,269	F=4,772 p=0,003*	F=1,564 p=0,198	F=2,959 p=0,033*	F=4,041 p=0,008*	F=3,035 p=0,030*	F=3,825 p=0,010*
Post Hoc	-	2,3>4	-	3>1	2>4	3>2	2>4
Eğitim							
İlköğretim ¹	21,21±3,88	14,87±2,68	7,16±1,96	9,37±1,74	10,09±1,73	8,97±1,67	6,67±1,80
Lise ²	21,32±3,81	16,46±2,80	7,23±1,81	9,39±1,56	10,50±1,83	9,20±1,61	7,65±1,96

Tablo 7'nin devamı

Lisans/ lisanüstü ³	21,53±3,56	16,73±3,48	7,47±2,18	9,08±1,82	10,76±1,46	9,47±1,92	7,97±1,97
	F=0,139	F=10,750	F=0,517	F=0,827	F=3,187	F=1,701	F=11,032
	p=0,871	p=0,000*	p=0,597	p=0,438	p=0,043*	p=0,184	p=0,000*
Post Hoc	-	2,3>1	-	-	3>1	-	2,3>1
Yaşanılan yer							
İl ¹	21,30±3,96	16,43±3,13	7,11±2,07	9,09±1,74	10,75±1,82	9,17±1,86	7,57±1,98
İlçe ²	21,31±3,38	15,64±2,93	7,31±1,78	9,56±1,55	10,30±1,36	9,31±1,50	7,28±1,96
Köy ³	21,56±4,06	14,85±2,51	7,79±1,82	9,56±1,74	9,29±1,77	8,88±1,61	6,88±1,93
	F=0,069	F=4,729	F=1,764	F=2,729	F=10,879	F=0,791	F=1,884
	p=0,933	p=0,010*	p=0,173	p=0,067	p=0,000*	p=0,454	p=0,154
PostHoc	-	1>3	-	-	1,2>3	-	-
Meslek							
Memur ¹	22,29±3,02	17,18±3,12	7,86±1,87	9,63±1,72	11,00±1,61	9,76±1,42	8,14±2,01
İşçi ²	20,29±4,53	16,34±3,19	6,57±2,05	8,80±1,89	10,86±1,56	8,66±2,07	7,60±2,12
İşsiz ³	19,91±5,91	14,73±3,04	7,00±2,57	8,55±2,21	10,45±2,77	8,27±1,68	6,64±1,75
Serbest ⁴	21,49±4,05	15,32±3,20	7,13±2,16	9,32±1,93	10,00±1,81	8,74±1,93	7,09±2,25
Ev hanımı ⁵	21,64±3,7	15,59±3,25	7,32±2,04	9,51±1,69	10,39±1,69	9,36±1,67	7,31±1,84
Emekli ⁶	21,08±3,21	15,87±2,39	7,27±1,57	9,28±1,24	10,12±1,58	9,32±1,46	7,15±1,74
	H=4,544	H=12,234	H=8,382	H=6,150	H=8,959	H=12,378	H=9,613
	p=0,337	p=0,016*	p=0,079	p=0,188	p=0,062	p=0,015*	p=0,047*
PostHoc	-	1>3,4,5,6	-	-	-	1>2,3,4	1>3,4,5,6

Tablo 7'nin devamı

Kim/kimlerle yaşadığı

Yalnız ¹	21,41±3,52	15,00±3,00	7,70±2,03	9,39±1,90	10,07±2,04	8,89±1,82	7,36±2,05
Eşimle ²	22,06±3,41	16,34±2,43	7,56±1,66	9,59±1,51	10,25±1,77	9,43±1,45	7,53±1,75
Çocuklarıyla ³	20,87±3,54	15,80±3,06	7,27±1,68	9,22±1,49	10,36±1,45	9,38±1,64	6,96±1,78
Çekirdek Ailemle ⁴	20,81±4,22	16,11±3,47	6,77±2,19	9,04±1,81	10,76±1,61	8,99±1,90	7,45±2,22
	F=2,039	F=2,117	F=3,603	F=1,772	F=2,241	F=1,704	F=0,908
	p=0,109	p=0,098	p=0,014*	p=0,153	p=0,084	p=0,167	p=0,438
Post Hoc	-	-	2>4	-	-	-	-

BKİ

Normal ¹	20,55±3,81	15,68±3,46	7,05±1,86	9,03±1,68	10,26±1,95	9,03±1,84	7,00±2,12
Fazla kilolu ²	21,83±3,53	16,33±3,19	7,42±1,80	9,46±1,52	10,33±1,74	9,59±1,78	7,80±1,84
Obez ³	21,13±3,93	15,73±2,73	7,19±2,10	9,26±1,82	10,54±1,65	8,87±1,54	7,13±2,00
	F=2,014	F=1,370	F=0,662	F=1,049	F=0,620	F=5,761	F=4,312
	p=0,135	p=0,256	p=0,516	p=0,352	p=0,539	p=0,004*	p=0,014*
Post Hoc	-	-	-	-	-	2>3	2>3

Ailede diyabet öyküsü

Evet	21,58±3,59	16,07±3,00	7,32±1,87	9,41±1,56	10,3±1,71	9,31±1,70	7,41±1,83
Hayır	20,95±4,01	15,80±3,08	7,17±2,07	9,15±1,86	10,6±1,75	8,99±1,72	7,35±2,19
	t=1,348	t=0,732	t=0,598	t=1,236	t=-1,400	t=1,502	t=0,236
	p=0,179	p=0,465	p=0,550	p=0,218	p=0,163	p=0,134	p=0,814

DM dışında Kronik hastalık

Evet	21,61±3,38	15,55±3,01	7,31±1,77	9,48±1,48	10,32±1,73	9,28±1,57	7,18±1,93
------	------------	------------	-----------	-----------	------------	-----------	-----------

Tablo 7'nin devamı

Hayır	20,90±4,29	16,61±2,97	7,19±2,21	9,05±1,94	10,57±1,72	9,04±1,91	7,70±2,02
	t=1,468	t=-2,908	t=0,450	t=1,977	t=-1,186	t=1,094	t=-2,137
	p=0,144	p=0,004*	p=0,653	p=0,050	p=0,237	p=0,275	p=0,034*
Kronik hastalık sayısı							
Yok ¹	20,81±4,36	16,49±3,07	7,22±2,26	9,03±2,01	10,6±1,75	8,94±1,95	7,72±2,07
DM dışında 1 ²	22,04±3,13	16,10±2,76	7,56±1,66	9,69±1,34	10,5±1,56	9,50±1,42	7,36±1,79
DM dışında 2 ve üzerinde ³	20,76±3,57	14,47±3,16	6,61±1,73	8,98±1,49	9,82±1,95	8,94±1,71	6,67±2,03
	F=3,851	F=8,082	F=4,272	F=5,812	F=3,747	F=3,836	F=4,928
	p=0,022*	p=0,000*	p=0,015*	p=0,003*	p=0,025*	p=0,023*	p=0,008*
Post Hoc	2>1	1,2>3	2>3	1,2>3	1>3	2>1	1>2
Diyabet tanı yılı							
5 yıl altı ¹	21,11±4,25	16,52±3,08	7,25±2,06	9,32±1,82	10,73±1,69	9,11±1,85	7,77±2,06
6-10 yıl ²	22,07±3,07	15,83±3,08	7,44±1,94	9,48±1,53	10,31±1,71	9,42±1,55	7,21±1,88
11 yıl ve üzeri ³	20,24±3,63	14,88±2,47	6,88±1,65	8,90±1,62	9,86±1,73	8,84±1,68	6,80±1,79
	F=4,443	F=5,439	F=1,429	F=2,041	F=4,891	F=2,120	F=5,049
	p=0,013*	p=0,005*	p=0,241	p=0,132	p=0,008*	p=0,122	p=0,007*
Post Hoc	2>3	1>3	-	-	1>3	-	1>3
DM Tedavisi							
İnsülin ¹	21,27±3,65	16,55±2,64	7,36±1,87	9,51±1,63	10,51±1,70	9,26±1,61	7,59±2,00
Oral antidiyabetik ilaç ²	19,76±4,03	12,09±2,70	6,15±2,06	8,24±1,73	10,58±2,03	8,52±2,29	6,36±1,80
İnsülin + ODİ ³	22,74±3,65	16,22±2,87	7,65±1,98	9,20±1,64	9,91±1,55	9,35±1,58	7,22±1,76

Tablo 7'nin devamı

	F=6,349	F=39,212	F=6,764	F=8,580	F=2,379	F=2,938	F=5,844
	p=0,002*	p=0,000*	p=0,001*	p=0,000*	p=0,095	p=0,055	p=0,003*
Post Hoc	3>1	1>3	1,3>2	1,3>2	-	-	1>3
Kontrol							
Ayda bir defa ¹	22,71±3,21	17,03±2,73	7,97±1,90	9,81±1,65	10,54±1,59	9,50±1,52	8,04±2,16
Üç ayda bir defa ²	21,23±3,91	15,00±2,86	7,09±2,08	8,77±1,41	9,67±1,89	8,72±1,94	6,72±1,67
Altı/ Yılda ayda bir defa ³	20,85±3,66	16,37±2,65	7,16±1,86	9,43±1,66	10,57±1,60	9,18±1,62	7,44±1,92
Kontrole gitmem ⁴	20,59±4,51	13,28±3,58	6,41±1,85	8,47±1,78	10,47±2,09	9,13±2,08	6,63±1,74
	F=4,314	F=15,499	F=5,528	F=6,739	F=3,228	F=1,848	F=6,067
	p=0,005*	p=0,000*	p=0,001*	p=0,000*	p=0,023*	p=0,139	p=0,001*
Post Hoc	1>3,4	1>2,4	1>3,4	1>2,4	3>2	-	1>2,4

*p<0,05

Katılımcıların cinsiyetlerine göre, tutum ve duygusal etmenler, yaşam tarzı değişikliği, diyet pazarlığı al boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0,05). Kadın katılımcıların tutum ve duygusal etmenler, yaşam tarzı değişikliği, diyet pazarlığı al boyut puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaşlarına göre bilgi ve kişisel faktörler, öfke duyguları, uyuma uygun duygu ve davranışlar, diyet pazarlığı ve inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Yaşı 66 yaş ve üzeri olan katılımcıların bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanlarının yaşı 42-53 ve 54-65 olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Yaşı 41 yaş altı olan katılımcıların öfke duyguları alt boyut puanlarının yaşı 54-65 olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Yaşı 66 yaş ve üzeri olan katılımcıların uyuma uygun duygu ve davranışlar ve inkâr duygusu alt boyut puanlarının yaşı 42-53 olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Yaşı 42-53 olan katılımcıların diyet pazarlığı alt boyut puanlarının yaşı 54-65 olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre, bilgi ve kişisel faktörler, uyuma uygun duygu ve davranışlar, inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Eğitimi ilköğretim olan katılımcıların bilgi ve kişisel faktörler, inkâr duygusu alt boyut puanlarının diğer katılımcılara göre; uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanlarının eğitimi lisans / lisansüstü olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaşadıkları yerlere göre, bilgi ve kişisel faktörler, uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Yaşadığı yer köy olan katılımcıların bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanlarının yaşadığı yer il olan katılımcılara göre, uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanlarının yaşadığı yer il ve ilçe olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Hastaların mesleklerine göre, bilgi ve kişisel faktörler, diyet pazarlığı, inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Mesleği memur olan katılımcıların bilgi ve kişisel faktörler, inkâr duygusu alt boyut puanlarının diğer katılımcılara göre, diyet pazarlığı alt boyut puanlarının mesleği işçi, işsiz ve serbest olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların birlikte kaldıkları kişilere göre, yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Eşi ile yaşayan katılımcıların yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanlarının çekirdek aile ile yaşayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların BKİ'ne göre, diyet pazarlığı, inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Fazla kilolu olan katılımcıların diyet pazarlığı, inkâr duygusu alt boyut puanlarının obez olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların kronik hastalık durumlarına göre, bilgi ve kişisel faktörler, inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayan katılımcıların bilgi ve kişisel faktörler, inkâr duygusu alt boyut puanlarının DM dışında kronik hastalığı olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların kronik hastalık sayılarına göre, tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları, uyuma uygun duygu ve davranışlar, diyet pazarlığı ve inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). DM dışında bir kronik hastalığı olan katılımcıların tutum ve duygusal etmenler, diyet pazarlığı alt boyut puanlarının kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

DM dışında bir kronik hastalığı olan katılımcıların inkâr duygusu alt boyut puanlarının kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. DM dışında iki ve üzerinde kronik hastalığı olan katılımcıların bilgi ve kişisel faktörler, öfke duyguları alt boyut puanlarının diğer katılımcılara göre, yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanlarının DM dışında bir kronik hastalığı olan katılımcılara göre, uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanlarının kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların diyabet yıllarına göre tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, uyuma uygun duygu ve davranışlar, inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Diyabet yılı 11 yıl ve üzeri olan katılımcıların tutum ve duygusal etmenler alt boyut puanlarının diyabet yılı 6-10 yıl olan katılımcılara göre, bilgi ve kişisel faktörler, uyuma uygun duygu ve davranışlar, inkâr duygusu alt boyut puanlarının diyabet yılı 5 yıl altı olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Hastaların tedavi şekillerine göre tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları, inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). İnsülin ve oral antidiyabetik ilaç kullanan katılımcıların tutum ve duygusal etmenler alt boyut puanlarının insülin kullanan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca insülin ve oral antidiyabetik ilaç kullanan katılımcıların bilgi ve kişisel faktörler, inkâr duygusu alt boyut puanlarının insülin kullanan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Oral antidiyabetik ilaç kullanan katılımcıların yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları alt boyut puanlarının diğer katılımcılara göre daha düşük olduğu da görülmektedir.

Hastaların kontrole gitme durumlarına göre, tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları, inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$).

Kontrolle ayda bir defa giden katılımcıların tutum ve duygusal etmenler, yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanlarının kontrolü altı-on iki ayda / bir defa giden ve hiç kontrole gitmeyen katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrolle ayda bir defa giden hastaların bilgi ve kişisel faktörler, öfke duyguları, inkâr duygusu alt boyut puanlarının kontrole üç ayda bir defa giden ve kontrole hiç gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrolle altı-on iki ayda bir defa gidenlerin uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanlarının kontrole üç ayda bir defa gidenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.7. İnsülin Kullanan Katılımcıların Kullanım Özelliklerine Göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 8

İnsülin kullanan katılımcıların kullanım özelliklerine göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Tutum ve duygusal etmenler	Bilgi ve kişisel faktörler	Yaşam tarzı değişikliği	Öfke duyguları	Uyuma uygun duygu ve davranışlar	Diyet pazarlığı	İnkâr duygusu
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İnsülin süresi							
4 yıl altı ¹	21,34±3,97	17,13±2,69	7,29±1,98	9,37±1,72	10,71±1,66	9,27±1,71	7,80±2,07
5-9 yıl ²	22,40±2,94	16,13±2,65	7,78±1,77	9,78±1,40	10,29±1,60	9,43±1,39	7,41±1,79
10 yıl ve üzeri ³	19,97±3,90	15,03±1,91	6,85±1,72	8,88±1,69	9,52±1,73	8,85±1,72	6,76±1,82
Test	F =5,833	F =9,854	F =3,464	F =4,112	F =7,118	F =1,613	F =4,022
	p =0,003*	p =0,000*	p =0,033*	p =0,018*	p =0,001*	p =0,0201	p =0,019*
Post Hoc	2>3	1>2,3	2>3	2>3	1>3	-	1>3
İnsülin uygulayan kişi							
Kendim ¹	21,73±3,55	16,75±2,69	7,50±1,87	9,46±1,61	10,39±1,73	9,44±1,54	7,72±1,91
Eşim ²	19,62±4,76	15,24±2,59	6,38±2,01	9,10±1,92	10,67±1,62	8,19±1,57	6,33±1,68
Çocuğum ³	21,71±3,44	15,33±2,12	7,58±1,74	9,71±1,55	10,17±1,40	8,83±1,76	6,88±2,15
Test	F =3,183	F =5,685	F =3,498	F =0,800	F =0,491	F =7,075	F =6,472
	p =0,043*	p =0,004*	p =0,032*	p =0,451	p =0,613	p =0,001*	p =0,002*
Post Hoc	1>2	1>2	1>2	-	-	1>2	1>2
Günlük insülin uygulama sayısı							
1 defa ¹	21,76±3,90	17,88±2,78	7,76±1,86	9,18±1,47	10,18±1,24	9,47±1,77	8,24±1,75
2 defa ²	22,82±3,17	15,95±2,75	8,21±1,99	9,95±1,74	10,16±2,05	9,29±1,86	7,53±2,26
3 defa ³	21,27±4,12	15,84±2,28	7,36±2,21	9,49±1,82	10,81±1,60	8,77±1,42	7,04±1,86
4 defa ⁴	21,27±3,50	16,83±2,76	7,14±1,59	9,31±1,48	10,26±1,64	9,53±1,55	7,69±1,91
Test	H =6,677	H =13,341	H =11,089	H =8,013	H =6,957	H =13,221	H =8,491
	p =0,083	p =0,004*	p =0,011*	p =0,046*	p =0,073	p =0,004*	p =0,037*
PostHoc	-	1>3	2>4	2>4	-	4>3	1>3

Tablo 8'in devamı

İnsülin uygulanan yer							
kontrolü yapma							
Evet ¹	22,05±4,13	17,15±2,40	8,54±1,92	9,83±1,60	11,46±1,96	9,59±1,38	8,17±1,97
Hayır ²	21,81±3,34	16,83±2,82	7,33±1,87	9,68±1,63	10,43±1,64	9,39±1,68	7,83±2,07
Aklıma geldikçe ediyorum ³	21,14±3,78	15,96±2,58	7,06±1,75	9,13±1,59	9,97±1,43	9,06±1,60	7,03±1,75
Test	F =1,284	F =4,306	F =9,923	F =4,358	F =12,893	F =1,992	F =7,294
	p =0,279	p =0,015*	p =0,000*	p =0,014*	p =0,000*	p =0,139	p =0,001*
Post Hoc	-	1>3	1>2,3	2>3	1>2,3	-	1,2>3

*p<0,05

İnsülin kullanan katılımcıların insülin sürelerine göre tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları, uyuma uygun duygu ve davranışlar, inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$).

İnsülin süresi 10 yıl ve üzeri olan katılımcıların tutum ve duygusal etmenler, yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları alt boyut puanlarının insülin süresi 5-10 yıl olan katılımcılara göre; uyuma uygun duygu ve davranışlar, inkâr duygusu alt boyut puanlarının insülin süresi 4 yıl altı olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. İnsülin süresi 4 yıl altı olan katılımcıların bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

İnsülin kullanan katılımcıların insülin uygulayan kişilerine göre tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, diyet pazarlığı, inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). İnsülinini kendi yapan katılımcıların tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, diyet pazarlığı, inkâr duygusu alt boyut puanlarının insülinini eşi yapan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

İnsülin kullanan katılımcıların günlük insülin yapımlarına göre bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları, diyet pazarlığı, inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$).

Günlük insülin yapımı üç defa olan katılımcıların bilgi ve kişisel faktörler, inkâr duygusu alt boyut puanlarının günlük insülin yapımı bir defa olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Günlük insülin yapımı iki defa olan katılımcıların yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları alt boyut puanlarının günlük insülin yapımı dört defa olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Günlük insülin yapımı dört defa olan katılımcıların diyet pazarlığı alt boyut puanlarının günlük insülin yapımı üç defa olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

İnsülin kullanan katılımcıların insülin uygulanan yer kontrol durumlarına göre bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları, uyuma uygun duygu ve davranışlar, inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$).

İnsülin uygulanan yer kontrol eden katılımcıların bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanlarının aklına geldikçe kontrol eden katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. İnsülin uygulanan yer kontrol etmeyen katılımcıların öfke duyguları alt boyut puanlarının aklına geldikçe kontrol eden katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

İnsülin uygulanan yer kontrol eden katılımcıların yaşam tarzı değişikliği, uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Aklına geldikçe kontrol eden katılımcıların inkâr duygusu alt boyut puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.8. DÖBÖ ve Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Tablo 9

DÖBÖ ve Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği arasındaki ilişki

	Tip 2 Dm Hasta Uyum Ölçeği	
DÖBÖ	r	-0,529**
	p	0,000
	n	279

**p<0,01

Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan korelasyon analizi sonuçları tablo 9’ da verilmiştir. DÖBÖ ve Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki bulunmaktadır (r:-0,529; p<0,01). Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puanlarının artması hasta uyumunun azalması anlamına gelmektedir. Bu bilgi doğrultusunda diyabet öz bakım puanlarının artması hasta uyumunun da artması olarak yorumlanabilir.

4.9. Diyabet Öz Bakımının Hasta Uyumu Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular

Tablo 10

Diyabet Öz Bakımının Hasta Uyumu Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken: Tip 2 DM Hasta Uyum						Model (p)	R ²	Durbin-Watson
	β	SH	Beta	t	p	F			
Sabit	120,515	4,753		25,355	0,000*	107,82 9	0,000*	0,278	1,828
Diyabet Öz Bakım	-0,532	0,051	-0,529	-10,384	0,000*				

*p<0,05

Araştırmada diyabet öz bakımının hasta uyumu üzerindeki etkisini araştırmak üzere basit regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analiz sonucuna göre, F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=107,829$; $p<0,05$). Bağımsız değişkene ait beta katsayı değerine, t değerine ve anlamlılık seviyesine bakıldığında; diyabet öz bakımının hasta uyumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir ($t=-10,384$, $p<0,05$). Hasta uyumu üzerindeki değişimin %27,8'inin açıklandığı görülmektedir (Düzenlenmiş $R^2=0,278$). Diyabet öz bakımındaki 1 birimlik artış, hasta uyumu üzerindeki 0,532'lik azalışa ($\beta=-0,532$) neden olmaktadır. Modelde oto korelasyon sorunu bulunmamaktadır (DW:1,828) (Tablo 10).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Diyabet hastalarının yaşam kalitesinin artırılması, gelişebilecek veya gelişmiş olan komplikasyonların önlenmesi, tedavi sürecinin etkili bir biçimde devam ettirilmesi için öz bakım gücü ve önerilen tedaviye uyum oldukça önemlidir. Tip 2 Diabetes Mellitus tanılı hastaların öz bakım gücü ve tedaviye uyumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılan bu çalışmada hastaların sosyo-demografik değişkenlerinin öz bakım gücü ve tedaviye uyumuna etkisi ve kullanılan ölçekler arasındaki ilişki literatürlerle tartışılmıştır.

5.1. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi

Hastaların %47,0'si 42-53 yaş aralığında ve %53,0'ü erkektir (Tablo 3). Kılıç (2016) tarafından yapılan çalışmada hastaların yaş ortalaması $53,3 \pm 8.0$ ve %51,4'ünü ise kadınların oluşturduğu belirtilmektedir (Kılıç, 2016). Kara (2018) ve Akbaba'nın (2018) diyabetli hastalarla yaptıkları çalışma sonuçları da benzer verileri ortaya koymuştur (Kara, 2018; Akbaba, 2018). TURDEP-II (2010) sonuçlarında DM hastalarının yaş ortalaması 44.9, diyabet prevalansı ise kadınlarda %14,6, erkeklerde %12,4 olduğu görülmektedir (TURDEP-II). Çalışma sonuçlarının literatürle benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Bu çalışmada katılımcıların çoğunluğu lise mezunu ve emeklilerden oluşmaktadır (Tablo 3). Koç (2020) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların çoğunluğu ilkokul mezunları ve ev hanımlarıdır (Koç, 2020). Karan (2020)'in çalışmasında katılımcıların %53,6'sı ilkokul/ortaokul mezunu ve %82'si çalışmamaktadır (Karan, 2020). Kır (2020)'in, yaptığı çalışmada ise katılımcıların çoğunluğunu ortaokul/lise mezunu hastalar oluşturmuştur (Kır, 2020).

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğu eşi ile yaşadığını belirtmektedir (Tablo 3). Kunt (2021) ve Moaiedzadeh (2020) yaptıkları çalışmalarda katılımcıların çoğunluğu çekirdek ailesiyle yaşamaktadır (Kunt, 2021; Moaiedzadeh, 2020). Duran (2021)'in çalışmasında ise çoğunluğu eşi ile yaşayanlardır (Duran, 2021). Çalışmamıza katılanların çoğunluğunu orta yaş grubunda ve evli olan katılımcılar oluşturduğundan bu sonuç literatürü desteklemektedir.

Yaptığımız çalışmada katılımcıların %50,9'u alkol ve sigara kullanmadığını belirtmektedir (Tablo 3). Sigara kullanımı diyabet hastalığında makro ve mikrovasküler komplikasyonların gelişimi açısından önemli risk teşkil etmektedir (Kayar vd, 2019). Çalışmada hastaların neredeyse yarısının komplikasyon gelişme açısından yüksek risk taşıdıkları söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunun ailesinde diyabet öyküsü olduğu ve ilde yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 3). Kandemir Polat (2021) yaptığı çalışmada katılımcıların %73,6'sı ilçede yaşadığını ve %56,3'ünün birinci derece akrabada diyabet hastalığı olduğu belirtilmiştir (Kandemir Polat, 2021). Şahin (2018) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların çoğunluğu kent merkezinde yaşadığını ve ailede diyabet öyküsü olduğunu belirtmiştir (Şahin, 2018). Diyabet hastalığının genetik olarak geçişinin yüksek olması ailesinde diyabet öyküsü bulunan kişilerin daha riskli olduğunu göstermektedir. Ailede diyabet öyküsü varlığı genetik riskler açısından çalışmamız literatürü desteklemektedir. Yaşanılan yerler arasındaki farklılığın çalışmaların yapıldığı farklı yerlerinden kaynaklı olarak değişiklik gösterdiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %45,9'u obez olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Diyabet hastalarının tıbbi beslenme tedavisine uyum göstermeleri hastalığın seyri açısından önem arz etmektedir. Çalışmamızın sonucuna dayanarak katılan hastaların büyük çoğunluğunun obezite nedeni ile makro veya mikro komplikasyonlarla karşılaşma riskinin de yüksek olabileceğini söyleyebiliriz.

Bundan dolayı, hastanın beslenme durumu diyabetin tedavisi, komplikasyonların gelişiminin önlenmesi veya geciktirilmesinde, tedaviye uyumunda oldukça önemlidir. Obeziteyi önlemek ve sağlık durumunu iyileştirmek için sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek ve desteklemek, sağlıklı besinlere erişim ve davranış değişiklikleri konusunda eğitimler verilmek diyabet komplikasyonlarının gelişimini azaltabilir ve kişinin yaşam kalitesi arttırabilir. Özonuk ve Yılmaz (2019), Tekin Yanık ve Erol (2016) yaptıkları çalışmalarda katılımcıların çoğunun beden kitle indeksi fazla kilolu grupta, Yüksel (2020) ve Gedik (2016) yaptıkları çalışmalarda katılımcıların çoğunun beden kitle indeksi obez grubunda belirlenmiştir (Özonuk ve Yılmaz, 2019; Tekin Yanık ve Erol, 2016; Yüksel, 2020; Gedik, 2016).

Çalışmada katılımcıların %60,9'unun ek kronik hastalığı bulunmaktadır (Tablo 3). İstek (2016)'in yaptığı çalışmada katılımcıların %82,7'sinin DM dışında en az bir tane kronik hastalığı olduğu belirtilmiştir (İstek, 2016). Gedik (2016), Gerçek (2017) ve Eroğlu (2017) yaptıkları çalışmalardan elde edilen verilere göre, kişilerin çoğunluğunun DM dışında en az bir tane kronik hastalığı bulunmaktadır (Gedik, 2016; Gerçek 2017; Eroğlu, 2017). Diyabet neden olduğu makro veya mikrovasküler komplikasyonlar nedeni ile pek çok kronik hastalığın gelişmesine katkı sağlayabildiği gibi, hastaların diyabet dışında da kronik hastalık varlığının hastaların tedavi ve bakım sürecini etkilediği bilinmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunun diyabet tanı süreleri 5 yıl ve altında ve çoğunluğu insülin kullanmaktadır (Tablo 3). Öztepe (2017) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %72,2'si 10 yıldan uzun süredir DM hastası olduklarını belirtmektedir (Öztepe, 2017). Şahin (2018) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların çoğu 0-5 yıl DM süresine sahip ve OAD kullanımının çoğunlukta olduğu görülmektedir (Şahin, 2018). Akbaba (2018)'in çalışmasında katılımcıların çoğu tedavi şekli olarak insülin kullanmakta ve ortalama diyabet sürelerinin $12.1 \pm 9,3$ yıl olduğu görülmektedir (Akbaba, 2018). Çalışmamızın bulguları genel olarak literatürü desteklenmekte, görülen farklılıkların çalışılan hasta grubundan kaynaklandığını düşündürmektedir. Çalışmamızda hastaların çoğunun doktor kontrolüne altı-on iki ayda bir gittikleri belirlenmiştir (Tablo 3).

Erdoğan (2019) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların 3 ayda bir, Kayabaşı (2019)'nın çalışmasında düzensiz aralıklarla gittikleri, Gökçe (2019)'nin çalışmasında ise 6 ayda bir kontrole gittikleri belirtilmiştir (Erdoğan, 2019; Kayabaşı, 2019; Gökçe, 2019).

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunu çalışmakta olan hastaların oluşturduğu göz önünde bulundurulursa, çalışma koşulları, izin alamama veya randevu saatindeki uyumsuzluk, COVID-19 pandemisi sebebi ile randevu sayılarının azalması, enfeksiyon riski nedeniyle hastane ortamında bulunmak istememeleri gibi nedenlerle de kontrollere gitmekte zorlandıkları söylenebilir.

5.2. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile DÖBÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Öz bakım davranışlarının kişinin kendi uğraşı sonucu uygulanabilir olduğu bilinmektedir. Yaşam biçimi, çevre, ekonomik durum gibi etmenlerden olumlu veya olumsuz olarak öz bakım davranışları etkilenebilmektedir. Çalışmamızda hastaların DÖBÖ toplam puan ortalaması $91,68 \pm 13,99$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin kabul edilebilir minimum puanı 92 olduğu için hastaların öz bakım gücü düşük olarak belirlenmiştir. Gerçek (2017)'in çalışmasında hastaların DÖBÖ toplam puan ortalaması $80,32 \pm 12,46$ olarak bulunmuştur (Gerçek, 2017). Çalışmamızda öz bakım gücünün düşük çıkmasında hastaların sosyo-demografik özelliklerinin, düzenli kontrole gitmemelerinin, ilaçlarını uygun şekilde kullanmamalarının, sahip oldukları diğer kronik hastalıklarının yanı sıra içinde bulunduğumuz pandemi sürecinin de etkisi olduğu söylenebilir. Verilerin toplandığı tarihlerde yüksek COVID-19 vakalarının varlığı, kronik hastalıkları olan kişilere ve belli yaş gruplarına getirilen kısıtlılıkların (belli saatlerde dışarıya çıkma, acil olmadığı sürece hastanelere başvurma kısıtlılıkları gibi) da hastaların öz bakım aktivitelerini etkilediğini düşündürmektedir. Öz bakım gücünün yüksek olması tedavi sürecini olumlu etkilemesi, kişinin kendi takibini yapabilmesi, komplikasyonlar ve hastalığın seyri açısından oldukça önem arz etmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile DÖBÖ toplam puanları karşılaştırılmış, eğitim durumu, yaşadığı yer, birlikte yaşadıkları kişi/kişiler, BKİ, meslek ve ailede DM öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 5). Çalışmamızda katılımcıların cinsiyetlerine göre, DÖBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Kadın hastaların DÖBÖ puanları erkek hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5). Erilmez (2018) yaptığı çalışmada kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre öz bakım düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Erilmez, 2018). Çalışmadaki bu sonucun kadınların bakım konusundaki sorumluluklarının daha fazla olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların kullandığı tedavi şekline göre, DÖBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. OAD kullanan hastaların DÖBÖ puanının diğer hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 5). Erilmez (2018)'in çalışmasında OAD kullanan tip 2 DM hastalarının öz bakım gücünün daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Erilmez, 2018). Görülen bu farklılığın çalışılan hasta grubundan ve hastaların tablet ilaç kullanımını önemsememelerinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların diyabet tanı sürelerine ve diyabet dışında kronik hastalık varlığına göre, DÖBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 5). Buna göre diyabet yılı 11 yıl ve üzerinde olan hastaların DÖBÖ puanlarının diğer hastalara göre; DM dışında iki ve üzerinde kronik hastalığı olan kişilerin DÖBÖ puanlarının diğer katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmadaki bu sonuç hastaların diyabet tanı süresi ve ek kronik hastalık sayısı arttıkça öz bakımda zorlandıklarını düşündürmektedir. Ayrıca çoklu ilaç kullanımı, çoklu semptom varlığı, COVID-19 pandemi sürecinde yaş ortalaması yüksek olan kişiler ve kronik hastalığı bulunan kişilere getirilen sokağa çıkma kısıtlaması, yüksek risk grubu nedeniyle bulaş korkusunun da öz bakım üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Gerçek (2017)'in yaptığı çalışmada diyabet tanı yılı ve diyabet dışında kronik hastalık varlığı öz bakım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (Gerçek, 2017). Neşe vd. (2021) yaptığı çalışmada diyabet tanı süresi 5-10 yıl olan hastaların DÖBÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve DM dışında kronik hastalığı bulunanların DÖBÖ puan ortalamasının hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Neşe vd., 2018).

Çalışmamızda hastaların kontrole gitme durumlarına bakıldığında DÖBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 5). Buna göre ayda bir kontrole giden hastaların DÖBÖ puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Gökdeniz (2019)'in yaptığı çalışmada her ay kontrole giden hastaların DÖBÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Gökdeniz, 2019). Sonuçlara bakıldığında düzenli olarak kontrole giden hastaların öz bakım gücünün daha yüksek olduğu söylenebilir. İçinde bulunduğumuz pandemi sürecinden kaynaklı olarak randevu kısıtlamasının olması, randevu bulmakta zorlanma, COVID-19 bulaş endişesi ile doktor kontrollerinin ihmal edilebileceği ve bu durumun öz bakım gücünü etkileyebileceği de düşünülmektedir.

İnsülin kullanan hastaların insülin uygulama sürelerine göre, DÖBÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 6). İnsülin kullanım süresi 10 yıl ve üzerinde olan hastaların DÖBÖ toplam puanının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçtan yola çıkarak uzun yıllardır insülin kullanan hastaların medikal tedavi sürecini benimsedikleri, uygulama yapma yetisi kazandıkları, yaşam standardı haline getirebildikleri ve bu gibi sebeplerle öz bakım gücünün zamanla arttığı söylenebilir. İnsülin kullanan hastaların insülini uygulayan kişilerine göre, DÖBÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 6). Kendisi insülin uygulayan bireylerin DÖBÖ puanları diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlam (2022)'in çalışmasında insülin uygulamasını kendisi uygulayan ve düzenli kullanım sağlayan kişilerin tedaviye pozitif tutum sergiledikleri belirtilmiştir (Sağlam, 2022). Bu sonuca göre öz yönetimi iyi olan ve tedaviye aktif katılım sağlayan hastaların öz bakım gücünün de yüksek olduğu söylenebilir.

İnsülin kullanan hastaların insülin uygulanan bölgeyi kontrol etme durumlarına göre DÖBÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 6). İnsülin uygulanan bölgeyi aklına geldikçe kontrol eden hastaların DÖBÖ puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Sonuca göre aklına geldikçe kontrol eden hastaların insülin uygulamasını düzenli ve tedaviye uygun şekilde yaptıklarını düşünmeleri ve bu sebeple öz bakım gücünün yüksek belirlendiği düşünülebilir. DM hastalarının insülin kullanım süreleri ve uygulama yapılan bölgeyi kontrol etme durumları ile öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi tanımlayan çalışma bulunamadığından elde edilen bu sonuçların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.3. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Katılımcıların cinsiyetlerine göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmazken (Tablo 5), tutum ve duygusal etmenler, yaşam tarzı değişikliği, diyet pazarlığı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 7).

Kadın katılımcıların bahsedilen alt boyut puanlarının ve ölçek puanının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonucun sebebinin ise çalışmalarda eşit olmayan cinsiyet dağılımından kaynaklandığı, diyabet hastalığının yaşam tarzı değişikliği gerektirmesinden kaynaklı olarak hastaların uyum şekillerinde değişiklikler olabileceği düşünülmektedir. Yalçın (2021)'ın yapmış olduğu çalışmada hastaların cinsiyetleri ile Tip 2 Diyabet Tedavisi Hasta Uyum Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (Yalçın, 2021).

Çalışmamızda hastaların yaş ortalamalarına göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu 41 yaş ve altında olan hastaların ölçek toplam puanlarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu yani tedavi uyumlarının daha düşük olduğu (Tablo 5); öfke duygusu alt boyut puanlarının 54-65 yaş aralığında olan hastalara göre daha düşük, yaşı 66 ve üzerinde olan hastaların uyuma uygun duygu ve davranışlar ve inkar duygusu alt boyut puanlarının diğer hastalara göre daha düşük olduğu, yaşı 66 ve üzerinde olan hastaların bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanlarının 42-53 ve 54-65 yaş aralığında olan hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Karan (2020) ve Şen (2016)'in yaptıkları çalışmalarda yaş ile tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (Karan, 2020; Şen, 2016). Sonuçlara bakıldığında daha genç olan yaş grubunun tedaviyi daha az benimsediği, çalışma yoğunluğunun daha çok olması, hastalık hakkında yeterli ve etkin bilgiye sahip olamamaları, yaşam biçimleri ile hastalığın gerekliliklerini birleştirememesi gibi sebeplerle tedavi uyumlarının daha düşük olduğu düşünülebilir. 66 yaş ve üzerinde olan hastaların hastalığı kabullendiği, ek kronik hastalık varlığı veya sosyal çevre etkisi ile alt boyut puanlarının daha iyi olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların eğitim durumlarına göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (Tablo 5), bilgi ve kişisel faktörler, uyuma uygun duygu ve davranışlar, inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 7). Yalçın (2021)'in, Şen (2016) ve Karan (2020)'in yaptıkları çalışmalarda katılımcıların eğitim durumları ve tedaviye uyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (Yalçın, 2021; Şen, 2016; Karan, 2020). Arı (2021)'nin yaptığı çalışmada hastaların eğitim durumlarının alt boyut puanlarını etkilediği, ilkokul mezunu olan katılımcıların bilgi ve kişisel faktörler ve inkâr duygusu alt boyut puan ortalamalarının diğer katılımcılara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (Arı, 2021). Çalışmamızda, ilköğretim mezunu olan katılımcıların belirtilen alt boyut puanlarının diğer katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuç tedaviye uyumda eğitim düzeyinin önemini ortaya koymaktadır.

Ayrıca duygu ve davranışlarını (beslenme veya egzersiz davranışlarını gibi) kontrol edebilen hastaların tedaviye uyumunun da yüksek olduğu söylenebilir. Eğitim düzeyi arttıkça tedavi

uyumunun artması beklenirken ortaya çıkan sonuçlara göre eğitim düzeyi düşük hastaların hastalığı daha çok önemseydiği, tedavi uyumuna özen gösterdikleri ve hastalığın getirmiş olduğu değişikliklere önem verdikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların yaşadıkları yere göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (Tablo 5), bilgi ve kişisel faktörler, uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 7). Köyde yaşayan katılımcıların bahsedilen alt boyut puanlarının diğer katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Arı (2021)'nin çalışmasında katılımcıların ikamet ettikleri yere göre inkâr duygusu alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve köyde yaşayan katılımcıların puan ortalamasının daha düşük olduğu, diğer alt boyutlarda ise anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (Arı, 2021). Sonuçlara bakıldığında köyde yaşayan katılımcıların tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. İl ve ilçede yaşayan hastaların çevresel etmenler, sosyalleşme durumları, stres düzeyleri, iş hayatları ve şehir hayatının getirmiş olduğu sorumluluklardan kaynaklı olarak tedaviye uyumda zorluk yaşadıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların mesleklerine göre, Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 5), buna göre ev hanımlarının tedavi uyumunun daha iyi olduğu; ölçek alt boyut puanlarında bilgi ve kişisel faktörler, diyet pazarlığı, inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 7). Memur olan hastaların bahsedilen alt boyutlarda diğer katılımcılara göre alt boyut puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmektedir. Eker (2021) ve Karaaslan Eşer vd. (2018) yaptıkları çalışmalarda katılımcıların mesleği ve tedaviye uyum düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (Eker, 2021; Karaaslan Eşer vd., 2018).

Memur olan hastaların çalışma sorumluluğunun bulunması aynı zamanda yaşam kalitesine önem vermeleri gerektiği, bu sebeple alt boyut puanlarında tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu; ev hanımı olan hastaların ölçek toplam puanına göre evde ilaç zamanlamasını iyi ayarlayabilmesi, beslenme kontrolünü daha iyi sağlayabilmesi gibi sebeplerle tedavi uyumlarının daha iyi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların birlikte kaldıkları kişilere göre Tip 2 DM Hasta Uyum ölçeği toplam puanlarına bakıldığında çocukları ile yaşayan kişilerin tedavi uyumunun daha iyi olduğu (Tablo 5); alt boyut puanlarına bakıldığında yaşam tarzı değişiklikleri alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 7). Eşi ile yaşayan katılımcıların yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanlarının çekirdek aile ile yaşayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Çekirdek aile ile yaşayan hastaların öğünlerini belirli saatlerde yedikleri, evde çocukların bulunmasının tedaviye ve yaşam tarzı değişikliklerine önem gösterilmesini sağladığı düşünülmektedir. Çocukları ile yaşayan hastaların tedavisine çocuklarının daha çok önem vermesi, daha yakından takip edebilmesi, tedaviyi aksatma durumlarının daha az olabilmesi ve duygusal bağlar gibi sebeplerle ölçek toplam puanlarına göre tedavi uyumlarının daha iyi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların BKİ'ne göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında fazla kilolu sınıflandırılmasında olan kişilerin ölçek puanlarının daha düşük yani tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu görülmektedir (Tablo 5). Alt boyutların puan değerlendirilmesine bakıldığında; diyet, inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 7). Fazla kilolu olan hastaların alt boyut puanlarının obez olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yüksel (2020)'nin çalışmasında hastaların BKİ ile tedavi uyum düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirtilmemiştir (Yüksel, 2020). Fazla kilolu olan hastaların obez hastalara göre alt boyut puan değerlendirilmesinde tedavi uyumunun daha az olmasının sebebi olarak beslenme tedavisinin önemini kavrayamamış olmaları, kendilerini fazla kilolu olarak sınıflandırmadıkları düşünülmektedir. Ölçek toplam puanlarına göre fazla kilolu olan kişilerin tedavi uyumunun iyi olmasının sebebi olarak kilolarını fazla görmemeleri sebebi

ile tedavinin diğerk gerekliliklerini yerine getirmeleri ve uyum sağlamaya çaba göstermelerinden kaynaklandığı düşünölmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların ailede diyabet öyküsü varlığına göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 5). Buna göre ailesinde diyabet öyküsü olan hastaların tedavi uyumunun daha iyi olduğu görölmektedir. Ölçek alt boyut puanlarının değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 7). Rashidi ve Genç (2020)'in yaptığı çalışmada ailede diyabet öyküsü olan kişilerin tedaviye pozitif tutum gösterdikleri belirtilmiştir (Rashidi ve Genç, 2020). Sonuca bakıldığında ailesinde diyabet öyküsü olan kişilerin hastalığın sonuçlarını daha yakından görebilmesi, gelişebilecek komplikasyonları yaşayan kişilerden etkilenmesi ve hem ailesinde öykü varlığı hem de hasta olmaları sebebi ile tedaviye daha fazla dikkat etmeleri gibi sebeplerle tedavi uyumlarının iyi olduğu düşünölebilir.

Çalışmamızda hastaların DM dışı kronik hastalık varlığına göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (Tablo 5), ölçek alt boyut puanlarının ortalamasında göre bilgi ve kişisel faktörler, inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 7). DM dışında kronik hastalığı bulunmayan kişilerin bahsedilen alt boyut puanlarının ek kronik hastalığı bulunan kişilere göre daha yüksek olduğu görölmektedir. Arı (2021) ve Öztepe (2017) tarafından yapılan çalışmalarda ek kronik hastalık varlığının tedaviye uyumu etkilemediği ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (Arı, 2021; Öztepe, 2017). Sonuçlara bakıldığında ek hastalığı bulunan kişilerin hastalık yönetimi algısı, tedavi uyumunun önemini idrak edebilmesi, çoklu ilaç kullanımına alışık olması, yaşam kalitesinin hastalıklardan kaynaklı olarak daha çok etkilenmesi ve kalitenin korunmak istenmesi gibi sebeplerden dolayı tedavi uyumunun daha iyi olduğu düşünölebilir.

Çalışmamızda katılımcıların kronik hastalık sayılarına bakıldığında Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur, buna göre DM dışında bir kronik hastalığı olan kişilerin tedavi uyumunun diğerlerine göre daha iyi olduğu görülmektedir (Tablo 5). Ölçek alt boyut puanlarının değerlendirilmesine göre tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları, uyuma uygun duygu ve davranışlar, diyet pazarlığı ve inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 7). DM dışında bir kronik hastalığı bulunan katılımcıların ölçek toplam puanına göre değerlendirilmesinde hastalıkları yönetebilmesi, ilaç yoğunluğunun çok olmaması, benzer yaşam değişiklikleri gerekliliği olabilmesi gibi sebeplerle tedavi uyumlarının daha iyi olduğu düşünülmektedir. Yine DM dışı bir kronik hastalığı olan kişilerin ölçek alt boyutlarına göre inkâr duygusu alt boyut puanlarının kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Ek kronik hastalığı bulunan kişilerin yeni bir kronik hastalık varlığını tedavi sürecini bilme, yönetebilme, kronik hastalık ile yaşama duygusunu tanımış olma gibi sebeplerle daha kolay kabullendikleri düşünülebilir. DM dışında iki ve üzerinde kronik hastalığı olan katılımcıların bilgi ve kişisel faktörler, öfke duyguları alt boyut puanlarının diğer katılımcılara göre, yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanlarının DM dışında bir kronik hastalığı olan katılımcılara göre, uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanlarının kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. DM dışında çoklu kronik hastalığı bulunan katılımcıların çoklu ilaç kullanımı, düzenli doktor kontrolü gerekliliği, yaşam tarzı değişikliği yapmada güçlük çekme, kronik hastalık durumuna alışma, hastalıkları yönetememe korkusu, tükenmişlik, pandemi süreci nedeniyle tedaviye ve bakıma ulaşmada yaşanan güçlükler gibi sebeplerle tedaviye uyumlarının düşük olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların diyabet yıllarına göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (Tablo 5), ölçek alt boyut puan ortalamalarına göre tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, uyuma uygun duygu ve davranışlar ve inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 7).

Diyabet yılı 11 yıl ve üzeri olan hastaların tutum ve duygusal etmenler alt boyut puanlarının diyabet yılı 6-10 yıl olan hastalara göre, bilgi ve kişisel faktörler, uyuma uygun duygu ve davranışlar, inkâr duygusu alt boyut puanlarının diyabet yılı 5 yıl altında olan hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Dağdelen Güleyyupoğlu (2020)'nin çalışmasında katılımcıların tanı süresine göre tedavi uyumlarına bakıldığında 1-5 yıl tanı süresi olan katılımcıların 10 yıl tanı süresi olanlara göre tedaviye uyumlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Dağdelen Güleyyupoğlu, 2020). Sonuçlara bakıldığında hastalık eşliğinde geçen zamanın daha fazla olması yaşam tarzı değişikliğinin sağlanması, hastalığa alışmış olmaları, ilaç yönetimi sağlanabilmesi, beslenme yönetimi, düzenli doktor kontrolünü sağlayabilmeleri gibi sebeplerle tanı süreleri fazla olan hastalar diğer hastaların hastalığa alışma süreçleri, yaşam tarzını oturtmaları, ilaç kullanımı, beslenme, egzersiz kontrolü gibi hayatlarına yeni eklenen durumlara alışmaları ve pandemi sürecinin tedaviye ulaşımı güçleştirmesi gibi sebeplerle tedavi uyumlarının daha düşük olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların tedavi şekillerine Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği toplam puan değerlendirmesine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş, buna göre insülin+OAD kullanan hastaların tedavi uyumlarının daha iyi olduğu görülmüştür (Tablo 5). Ölçek alt boyut puanlarına göre tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları ve inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 7). İnsülin ve OAD kullanan katılımcıların tutum ve duygusal etmenler alt boyut puanlarının insülin kullanan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. OAD kullanan katılımcıların yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları alt boyut puanlarının diğer katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Dağdelen Güleyyupoğlu (2020)'nin yaptığı çalışmada tedavi yöntemi olarak insülin kullanan katılımcıların OAD ve insülin kullanan katılımcılara göre tedaviye uyumunun daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Dağdelen Güleyyupoğlu, 2020). Karan (2020) tarafından yapılan çalışmada kişilerin tedavi şekli ve tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (Karan, 2020).

Sonuçlara bakıldığında tedavi şekli olarak insülin kullanan hastaların tedavi uyumu alt boyutlarının daha iyi olduğu genelleşebilmekte, insülinin enjeksiyon olarak yapılması, günlük kan şekeri ölçümü yapılması, tablet formda ilaç kullanımından daha çok bilgi birikimine ihtiyaç duyulması gibi sebeplerle hastaların tedaviye daha aktif katıldığı ve bu sebeple tedavi uyumlarının daha iyi olduğu düşünülmektedir. Ölçek toplam puan değerlendirilmesinde insülin+OAD kullanan hastaların tedavi uyumlarının daha iyi olmasının sebebi olarak tamamen insülin kullanımına geçilmek istenmemesi, uyumda zorlanmaya bağlı daha çok çaba sarf edilmesi olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların kontrole gitme durumlarına göre Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (Tablo 5), ölçek alt boyut puanlarına göre tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları ve inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 7). Kontrole ayda bir defa giden hastaların tutum ve duygusal etmenler, yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanlarının kontrole altı- on iki ayda bir defa giden ve kontrole hiç gitmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrole ayda bir defa giden hastaların bilgi ve kişisel faktörler, öfke duyguları, inkâr duygusu alt boyut puanlarının kontrole üç ayda bir giden ve hiç gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yüksel (2020) tarafından yapılan çalışmada ayda bir doktor kontrolüne giden hastaların tedavi uyumunun diğer hastalara göre daha iyi olduğu belirtilmiştir (Yüksel, 2020). Kontrole ayda bir defa giden hastaların düzenli kontrole gitmeyi tedavi açısından yeterli gördükleri ve bu sebeple tedavi uyumlarının diğer hastalara göre daha az olduğu; kontrole düzenli gitmeyen hastaların tedavi sürecini idare edebildiklerini düşünmeleri, komplikasyon veya kan şekerinde anormallik görülmedikçe doktor kontrolüne gitmeyi önemsemedikleri söylenebilir. Ayrıca pandemi sürecinde randevu bulmakta güçlükler, dışarıya çıkma kısıtlamaları gibi sebeplerle de düzenli kontrole gitmedikleri düşünülebilir.

Çalışmamızda insülin kullanan hastaların insülin kullanım sürelerine göre tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları, uyuma uygun duygu ve davranışlar ve inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. İnsülin kullanım süresi 10 yıl ve üzeri olan hastaların tedaviye uyumunun diğer hastalara göre daha iyi olduğu, insülin kullanım süresi 4 yıl ve altında olan hastaların bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanları diğer hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Uzun süredir insülin kullanan hastaların el becerilerinin gelişmesi, insülin kullanımı, doz hesabı, uygulanacak yeri belirleyebilmesi, insülin kullanımını yaşam standardına dönüştürmüş olabilecekleri için tedavi uyumlarının daha iyi olduğu, dört yıl ve daha az süredir insülin kullanan hastaların ise yaşamına yeni bir rutin eklenmesi, bilgi eksikliği veya edinilen bilgilerin etkin kullanılamaması gibi sebeplerle tedavi uyumlarının daha az olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda insülin kullanan hastaların insülin uygulayan kişilerine göre tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, diyet pazarlığı ve inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 8). İnsülin uygulamasını kendisi yapan kişilerin bahsedilen alt boyut puanlarının insülin uygulamasını eşi yapan kişilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yalçın (2021)'ın çalışmasında insülin uygulamasını kendisi yapan hastaların bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puan ortalamasının, uygulamayı kendisi yapmayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Yalçın, 2021). Uygulamayı kendisi yapmayan hastaların bakım sağlayıcılarının hastalık hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak istemesi, etkin bakım ve etkili tedavi sağlamak istemesi, hasta kişiye karşı önemseme duygusunun fazla olması gibi sebeplerle tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda insülin kullanan katılımcıların günlük insülin yapma sayılarına göre bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları, diyet pazarlığı ve inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 8). Günde üç defa insülin yapan hastaların bilgi ve kişisel faktörler, inkâr duygusu alt boyut puanlarının günde bir defa insülin yapan hastalara göre daha yüksek olduğu; günde dört defa

insülin yapan hastaların diyet pazarlığı alt boyut puanlarının günde üç defa insülin yapan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Korkmaz (2018)'ın çalışmasında günde üç defa insülin uygulayan hastaların tedavi uyumlarının diğer hastalara göre daha iyi olduğu belirtilmiştir. Sonuçlara bakıldığında gün içerisinde daha çok insülin uygulaması yapan hastaların unutkanlık, önemsememe, uygulamayı atlama, iğne uygulamasından korkmak gibi sebeplerle tedavi uyumlarının daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda insülin kullanan hastaların insülin uygulanan yeri kontrol etme durumlarına göre bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, uyuma uygun duygu ve davranışlar, öfke duyguları ve inkâr duygusu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 8). İnsülin uygulanan yer kontrolü yapan hastaların bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanlarının aklına geldikçe kontrol eden hastalara göre daha yüksek olduğu; yer kontrolü yapmayan hastaların öfke duyguları alt boyut puanlarının aklına geldikçe kontrol eden hastalara göre daha yüksek olduğu; aklına geldikçe kontrol eden hastaların inkâr duygusu alt boyut puanlarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Uygulama yapılan yer kontrolünü sağlamak doku hasarını kontrol etmek, etkin ilaç kullanımını, doğru doz uygulamasını sağlamak, doğru bölgeye uygulama yapmak, lezyon oluşumunu engellemek açısından önemli olmakla birlikte uygulama yapılan yeri düzenli olarak kontrol etmeyen hastaların, bilgi eksikliği, kontrol etmeyi gerekli bulmama, unutkanlık, önemsememek, rutin haline getirememek gibi sebeplerle tedavi uyumlarının daha az olduğu düşünülmektedir.

5.4. DÖBÖ ve Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda DÖBÖ ve Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 9). Çalışmada diyabet öz bakımının hastaların tedaviye uyumu üzerindeki etkisini araştırmak üzere yapılan basit regresyon analizi sonucuna göre kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu

görülmektedir. Diyabet öz bakımının hasta uyumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir. Diyabet öz bakım ölçek puanında olan bir birimlik artışın, hasta uyumu puanlandırılmasında 0,532'lik azalışa neden olduğu görülmektedir. Ortaya çıkan sonuca göre bireyin öz bakım gücündeki artış tedavi uyumunun da artmasını sağlamaktadır. Öz bakım aktivitelerinin uygun şekilde yerine getirilmesi, hastanın günlük ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, beslenme, egzersiz, ilaç takibi, yaşam standartlarını değiştirebilmesi, kontrollere düzenli gitmesi gibi davranışların yerine getirilmesi tedavi sürecine uyumu arttırarak sağlık halinin korunmasına yardımcı olmaktadır.



ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ

Tip 2 Diabetes Mellitus tanılı hastaların öz bakım gücü, tedaviye uyumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

1. DM hastalarının öz bakım gücü ve bireysel özellikleri ile öz bakım gücü arasındaki ilişki

Tip 2 DM hastalarının bireysel özelliklerine göre yapılan değerlendirmede DÖBÖ puan ortalamaları $91,68 \pm 13,99$ olarak bulunmuş ve ölçeğin kabul edilebilir minimum puanı 92 olduğu için hastaların öz bakım gücü düşük olduğunu göstermektedir. Bireysel özelliklere göre; erkeklerin, DM haricinde iki ve daha fazla kronik hastalığa sahip olanların, diyabet tanı süresi 11 yıl ve üzerinde olanların, OAD kullananların, kontrole gitmeyenlerin öz bakım gücünün diğer hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmada ayrıca, 10 yıl ve üzeri insülin kullanan, insülini kendisi uygulayan hastaların DÖBÖ puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

2. DM hastalarının tedaviye ve bireysel özellikleri ile tedaviye uyum arasındaki ilişki

Tip 2 DM hastalarının bireysel özelliklerine göre yapılan değerlendirme sonucunda Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği puan ortalamaları $71,72 \pm 14,07$ olarak belirlenmiş ve bu değer hastaların tedavi uyumunun orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Bireysel özelliklerine göre 41 yaş ve altında olan, işsiz olan, çekirdek ailesi ile yaşayan, obez olan, ailede diyabet öyküsü olmayan ve ilaç tedavi yöntemi olarak OAD kullanan hastaların tedavi uyum düzeylerinin diğer hastalara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada ayrıca insülin uygulamasını kendisi yapan, günde bir defa insülin uygulaması yapan hastaların tedavi uyum düzeylerinin diğer hastalara göre daha iyi olduğu saptanmıştır.

3. DM hastalarının öz bakım gücü ve tedaviye uyumu arasında ilişki var mı?

Hastaların öz bakım gücü ile tedavi uyumları arasında anlamlı negatif bir ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir. Diyabet öz bakımının hasta uyumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu ve diyabet öz bakımındaki bir birimlik artışın tedavi uyumu üzerindeki 0,532'lik azalışa neden olduğu sonucu elde edilmiştir. Elde edilen sonuç; hastaların öz bakım gücü arttıkça tedaviye uyum düzeylerinin de eş zamanlı olarak arttığı anlamını taşımaktadır.

Öneriler

- Sağlık personelleri tarafından kişilerin bilgi eksikliğinin giderilmesi, öz bakım gücü ve tedavi uyumunun artırılması amacıyla eğitim planlamalarının yapılması, etkinliğinin değerlendirilmesi ve belirli sürelerde tekrarlanması,
- Tip 2 DM'nin kronik bir hastalık özelliğinden dolayı yaşam standartlarında değişiklik gerektirmesi nedeniyle hastaların süreci daha iyi yönetebilmesi adına psikolojik destek sağlanması,
- Hastalara öz bakım gücü ve tedaviye uyum seviyesinin belirleyerek uyum sürecinin yönetimine katılımının sağlanması,
- Hekim, hemşire ve diyetisyen tarafından hastaların öz bakım gücü ve tedavi uyumunu arttıracak hastaya özel öz bakım gücü ve tedaviye uyumun önemi hakkında bireysel, kişinin gereksinimleri doğrultusunda eğitimlerin, tedavi ve bakım planlarının hazırlanması,
- Pandemi sürecinde hastaların kaygısının azaltarak kronik hastalık yönetimine ilişkin takipleri düzenli ve daha sık yapılması,
- Hastaların fiziksel aktivite yapmaya, sedanter yaşam biçimini değiştirmeye, beslenme kontrolünü ve uyumunun sağlanmasına yönelik eğitimler düzenlenmesi,
- Hastalara verilen eğitime ek olarak varsa bakım sağlayıcısına, birlikte yaşadıkları kişilere diyabet hastalığının önemi, tedavi uyumu ve öz bakım gücünün yüksek

olmasının hastalığa ve kişiye sağlayabilecek katkıların anlatılması, hasta kişiye desteklemeleri;

- Çalışmanın pandemi süreci sonrasında daha geniş bir evrende tekrar yapılması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Ağralı, H. (2020). *Tip 2 diyabet hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık inanç modeline dayalı verilen eğitim ve danışmanlığın glisemik kontrole etkisi*. Yayınlanmamış Doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Akbaba, Ö. (2018). *Tip 2 diyabetik hastalarda engel algısı ve psikosozal öz yeterlilik ilişkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon.
- Akça, D. (2020). *Diyabetlilerde hatırlatıcı diyabetik ayak aynası kullanımının ayak kontrolü sıklığı ve diyabetik ayak gelişimine etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Akyel Atmaca, D. (2019). *Tip 2 diyabet hastalarında Dipeptidilpeptidaz-4 (DPP4) inhibitörlerinin kullanımının diyabet komplikasyonları üzerine etkisi*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara.
- Alemdar, M. S. (2014). *Hipotiroidili hastalarda inkretin düzeyleri ve tedaviyle inkretin düzeylerinin değişiminin incelenmesi*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya.
- Alikaşifoğlu A. (2007), 'Kistik fibrozise bağlı gelişen diyabet', Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 3(14) Ek:1, 71-74.
- Altunay, G. (2018). *Prolaktinomalı hastalarda inkretin düzeylerinin araştırılması*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya.
- Annuzzi G., Rivellese, A.A., Bozzetto, L., and Riccardi, G. (2014), 'The results of look AHEAD do not row against the implementation of lifestyle changes in patients with type 2 diabetes', Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases, 24(1), 4-9.

- Arı, N. (2021). *Tip 2 diyabetli bireylerde aile desteğinin hastalığı kabullenme ve tedavi uyumuna etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Samsun.
- Arslan, B. (2018). *Tip 2 diyabetli hastalarda öz yeterlilik düzeyinin yaşam kalitesine etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Arslan, N. (2011). *Tip 2 diyabetik insülin kullanan hastalar ile oral antidiyabetik kullanan hastaların depresyon yönünden karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Asche, C., LaFleur, J. and Conner, C. (2011), 'Review of diabetes treatment adherence and the association with clinical and economic outcomes', *Clinical Therapeutics*, 33(1), 74-109.
- Avcı, E. ve Çakır, E. (2014), 'Diyabetes mellitusun mikrovasküler komplikasyonu: diyabetik nefropati', *Selçuk Tıp Dergisi*, 30(Ek Sayı-1), 15-18.
- Aydoğar Takcıl, M., Yıldırım, G. (2021), 'Diyabet hastalarına sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin sağlık inancına, öz etkililik algısına ve karar verme düzeyine etkisi', *Lokman Hekim Dergisi*, 11(1), 73-82.
- Ayvaz, G. ve Kan, E. (2010), 'Tip 2 Diabetes mellitus tedavisinde oral antidiyabetik ilaçlar tip 2 diabetes mellitus tedavisi', *Türk Eczacılar Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, S.23-24, 8-13.
- Baduryeri, G. (2020). *Kemoterapi alan kanser hastalarının öz bakım davranışları ve etkileyen faktörler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ufuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Bakır, E. (2019). *Diyabetik ayak Öz-Bakım Davranışı Ölçeği'nin (DAÖD) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

- Balık, G., Baydur Şahin, S., Bayoğlu Tekin, Y., Şentürk, Ş., Kağıtçı, M., Kır Şahin, F. (2016), '*Bir üniversite hastanesinin doğum polikliniğine başvuran gebelerde gestasyonel diabetes mellitus prevalansı*', Ege Tıp Dergisi, 55(2), 55-58.
- Barsbay, E. (2019). *Oral antidiyabetiklerde ilaç etkileşimleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Baykal A., Kapucu S. (2015), '*Tip 2 Diabetes mellituslu hastaların tedavilerine uyumlarının değerlendirilmesi*', Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2(2), 44-58.
- Benli, A. C. (2021). *Tip II Diyabetli bireylerde diyabetik ayak eğitiminin diyabetik ayak bilgi düzeyine etkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Birinci basamak sağlık kurumları için obezite ve diyabet klinik rehberi*, (2017). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Boyraz, İ. (2015). *Oral antidiyabetik ilaç ve insülin kullanan tip 2 diyabetli hastalarda 25(OH) vitamin D düzeylerinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Tıpta uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- Can, S. (2017). *Diyabetli bireylerde hastalığı kabulün diyabet öz bakım davranışlarına etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
- Celeste, C.Q. and Issam C. (2012), '*History of insulin*', Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives, 2(2), 1-3.
- Çapoğlu, İ., Yıldırım, A., Hacısahanoğlu Aşlar, R., Çayköylü, A. (2019), '*Diyabete eşlik eden ruhsal sorunlar ve diyabet yönetimi*', Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 13(1), 67-74.
- Çelik, A. ve Yıldırım, Y. (2016), '*Orem öz bakım eksikliği hemşirelik kuramı'na göre vazovagal senkop'u olan hastanın hemşirelik bakımı: olgu sunumu*', Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 7(14), 182-186.
- Çeliker, M. (2017). *50 yaş üzeri tip 2 diabetes mellitus tanısı olmayanlar, tip 2 diabetes mellitus tanısı olup komplikasyon gelişmeyenler ve tip 2 diabetes mellitus tanısı*

olup nefropati komplikasyonu gelişen hastalarda sarkopeni karşılaştırılması.
Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı. Adıyaman.

Çubuk, G. ve İnce, S. (2015), '*Oral antidiyabetik ilaçlar*', Kocatepe Veteriner Dergisi, 8(1), 95-102.

Dağdelen Guleyyupoğlu, M. (2020). *Diyabet tanısı almış bireylerde parmak delme ve insülin enjeksiyonu yapma korkusunun tedaviye uyum üzerine etkisi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Nevşehir.

Demirtaş, A. (2014). *Tip 2 diabetes mellitus tedavisinde hasta uyumunun değerlendirilmesine yönelik yeni bir ölçek oluşturulması.* Yayınlanmamış Doktora Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Demirtürk S. E., Demirbağ, C. B. (2019), '*Dorothea Elizabeth Orem'in öz –bakım teorisi'ne göre konjestif kalp yetersizliği olan hastanın hemşirelik bakım planı*', Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(3), 333-342.

Diabetes Atlas 8th. (2017), International Diabetes Federation.

Diabetes Atlas. 9th. (2019), International Diabetes Federation.

Diabetes mellitus tanı, tedavi ve izlem kılavuzu, (2020). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.

Diabetes mellitus komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu, (2019). Türkiye Endokrin Metabolizma Derneği.

Dinçer, E.D. (2019). *Oral antidiyabetik ilaç kullanan tip 2 diyabet hastalarında tıbbi beslenme tedavisinin hemoglobin A1c düzeylerine etkisi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Dinçer, Ü. (2003). *Diyabetli hastalara bakım veren hemşirelerin diyabet eğitimi etkinlikleri.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Diyabet tedavi ve izlem klinik protokolleri*, (2019). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Diyabet tedavi ve izlem klinik protokolleri*, (2020). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Diyabette insülin tedavi rehberi*, (2021). Türkiye Diyabet Vakfı (TURKDİAB).
- Duran, B. (2021). *Tip 2 diyabeti olan yaşlı bireylerde bilişsel düzeyin öz-etkililik ve fiziksel aktivite ile ilişkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
- Eker, Y. (2021). *Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin tedaviye uyum ile ilişkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kırklareli.
- Ekim, M. ve Ekim H. (2016), '*Diyabetik ayak ülserlerinde etiyoloji ve tedavi*', Van Tıp Dergisi, 23(2), 235-241.
- Ekşi, Ş. (2020). *Diyabetli hastaların diyabet sağlık okuryazarlık düzeyleri ile tedaviye uyumlarının incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Eraydın, C. (2016). *Stomalı hastalarda öz bakım gününün belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Erçakır, M. (2016). *Tip 2 diyabet hastalarında beslenme durumu ve duygusal stres arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Erdoğan, G. (2019). *İnsülin tedavisi alan tip 2 diyabetik hastalarda insülin tedavi uyumu ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Antalya.
- Ergin, A., Hatipoğlu, C., Bozkurt, A.Ş., Bostancı, M., Atak, B.M, Kısaoğlu, S., vd. (2011), '*Tıp fakültesi öğrencilerinin yaşam doyumu ve öz-bakım gücü düzeyleri ve etkileyen faktörler*', Pamukkale Tıp Dergisi, 4(3), 144-151.

- Erilmez, C. (2018). *Tip 2 diyabetli hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Doğu Akdeniz Üniversitesi, Lisansüstü Eğitimi Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti.
- Eroğlu, N. (2017). *Tip 2 diyabetli hastalarda eğitimin diyabet öz yönetim ve öz etkililiklerine etkisi*. Yayınlanmamış Doktora tezi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ertur, E., Keskinler, M. V., Bozkurt Çakır, İ., Erbakan, A. N., Oğuz, A., (2020). '*Tip 2 diyabetli hastalarda diyabetik periferik nöropati sıklığı, ilişkili faktörler ve farkındalık durumunun değerlendirilmesi*'. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi, 6(3), 180-185.
- Etyemez, H. (2021). *Tip 1 diyabetli çocukların anksiyete düzeyleri ve özbakım becerilerinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Farzana, S., Shirin, J. M., Ferdous, A., Md, A. H., Liaquat, A. (2014). '*Non-adherence to self-care practices & medication and health related quality of life among patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study*', BMC Public Health, 14, p. 431.
- Funnell, M.M., Anderson, R.M. (2004), '*Empowerment and self management of diabetes*', Journal of Clinical Diabetes, 22(3), 123-127.
- Gedik, S. (2016). *Kırsal alanda yaşayan tip 2 diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde öz-etkililik düzeyleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
- Gerçek, A. (2017). *Tip 2 diyabetli hastaların hastalığı kabullenme ve öz-bakım durumlarının belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Erzincan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan.
- Gökçe, E. Ö. (2019). *Tip 2 diyabet hastalarında tıbbi beslenme tedavisi uyumu*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dışkapı, Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara.

- Gökdeniz, D. (2019). *Diyabetli bireylerde diyabetik ayak bakımı hakkındaki bilgi düzeyleri ve öz bakım aktivitelerinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kars.
- İstek, N. ve Karakurt, P. (2018), '*Global bir sağlık sorunu: tip 2 diyabet ve öz-bakım yönetimi*', JAREN Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi, 4(3), 179-182.
- İstek, N. (2016). *Tip 2 diyabetli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin öz-bakım gücüne etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Erzincan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Erzincan.
- Kandemir Polat, G. (2021). *Tip 2 diyabet hastalarının tedaviye uyumu ile insülin uygulama becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Muğla.
- Kara, A. M. (2018). *Tip 2 diabetes mellitus tanılı hastalarda uygulanan tedavi yöntemi ile hastalardaki tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul.
- Karaaslan Eşer, A., Doğan, E. N., Kav, S., Bulut, Y. (2018). '*Tip 2 diabetes mellitus tedavisinde hasta uyumunun değerlendirilmesi*', Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 34(2), 64-76.
- Karaca Sivrikaya, S. ve Ergün, S. (2018), '*Diyabet eğitimi ve hemşirenin rolü*', Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(2), 25-36.
- Karadağlı, F., Ecevit Alpar, Ş. (2017), '*Bir ölçek geliştirme çalışması: kemoterapi uygulanan hastalarda öz-bakım yetersizliği kuramına göre öz-bakım davranışları ölçeği*', Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(3), 168-181.
- Karadere, M. (2021). *Tip 2 diyabetli yaşlıların oral antidiyabetik ilaçlar hakkında inançlarının ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Karahan, İ., Alp, Ç., Güngüneş, A. (2017), '*Tip 2 diyabet tedavisinde Sodyum-Glukoz Ko-transporter 2 inhibitörleri*', Ortadoğu tıp Dergisi, 10(3), 381-385.
- Karahan, İ. ve Çelik, S. (2020), '*Tip 2 diyabetli bireylerin öz yönetimi ve hemşirenin rolü*', Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi, 12(1), 27-31.
- Karakurt, P. (2008). *Tip 2 diyabetli hastalara verilen eğitimin öz-bakım üzerine etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.
- Karan, T. (2020). *Tip 2 diyabetli hastalarda moralin tedavi uyumu üzerine etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İnönü üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Karasakal, S. (2020). *Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında diyabet regülasyonu ve diyabet yaşı ile hastanın kırılğanlığının bir göstergesi olan yürüme hızı arasındaki ilişki*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Kardaş Kin, Ö. (2021). *Tedaviye uyumsuz diyabetli bireylerde öğrenme biçimlerine dayalı diyabet eğitiminin tedaviye uyum ve metabolik hedeflere etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Kayabaşı, A. (2019). *Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların hastalıklarına yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kütahya.
- Kayabaşı, A. ve Kortul, Y. (2021), '*Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların hastalıklarına yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi*', Genel Tıp Dergisi, 31(2), 148-152.
- Kayak, F., Aktürk, Ü. (2019). '*Diyabet hastalarında hastalık algısının anksiyete ve depresyon belirtileri üzerine etkisi*', Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(4), 740-747.
- Kayar, Y., Çetin, H., Ağın, M. (2019). '*Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında sigara içiciliği ile diyabetik komplikasyonlar arasındaki ilişki*'. Çukurova Tıp Dergisi, 44(1), 110-117.

- Kayraz, G. (2018). *Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM)'lu kadınların gebeliğe uyumlarının belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kılıç, M. (2016). *Tip 2 diyabetli bireylerin öz- etkililik düzeyleri ve sağlık kontrol odağı ile ilişkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- King, D.K., Glasgow, R.E., Toobert, D.J., Strycker, L.A. (2010), '*Self-efficacy, problem solving and social-environmental support are associated with diabetes self management behaviors*', Journal of Diabetes Care, 33(3), 751–753.
- Kır, A. (2020). *Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında diyabetik ayak bilgisinin ve öz etkililiğinin araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kocaeli Derince Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği, Kocaeli.
- Kocatepe, K. (2021). *Covid-19 tanısı alarak hastanede yatan diyabetik ve diyabetik olmayan hastalarının klinik özelliklerinin karşılaştırılması ve diyabetin covid-19 prognozuna etkisinin araştırılması*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Koç, E. (2020). *Tip 2 diyabet tanısı konmuş kişilerde hastalık öz yönetimi ölçeğinin geliştirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Konca Karabuğa, E. (2021). *Tip 2 diyabetes mellitus tanılı hastalarda diyabetik retinopati ve/veya diyabetik nefropati varlığının sarkopeni üzerine etkileri*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Korkmaz, S. (2018). *Tip II diyabetli hastalarda tedaviye uyumun kalitesine etkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sanko Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep.

- Köseoğlu, Ö. (2015). *Tip 2 diyabetik bireylerde beslenme eğitiminin diyabet durumu ve beslenme alışkanlıklarına etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Kulak, E., Berber, B., Temel, H., Kutluay, S. N., Yıldırım, M., Dedeoğlu, F. N. ve ark. (2019). '*Aile hekimliğine başvuran bireylerde tip 2 diyabet risk düzeyinin belirlenmesi*'. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 23(1), 20-30.
- Kunt, K. (2021). *Tip 2 diyabetli hastalarda tedavi uyumu ve diyabete bağlı yaşam kalitesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir.
- Kurtoğlu, S. (2020). *Tip 2 diyabetes mellituslu yaşlılarda kırılabilirlik ve öz- etkililiğin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Küçük, E., Yapar, K. (2016). '*Tip II diyabetli hastalarda sağlık algısı, sağlıkla ilgili davranışlar ve ilaç tedavisine uyum: Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'nde Bir Çalışma*', *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 285-293.
- Lee, N.P., Fisher, W.P.Jr. (2005). '*Evaluation of The Diabetes Self-Care Scale*'. *Journal of Applied Measurement*, 6(4), 366-381.
- Leung, L.A., Swaminathan, S. and Trivedi, A.N. (2014), '*Diabetes diagnosis and exercise initiation among older Americans*', *National Institutes of Health Public Access: Preventive Medicine*, 65, 128- 132.
- Manav Yıldırım, H. (2016). *Oral antidiyabetik ilaç kullanan tip 2 diyabetli bireylerde ara öğün seçeneklerinin metabolik kontrol ve kan lipit profili üzerine etkilerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
- Moaiedzadeh, N. (2020). *Tip 2 diyabetli hastalarda eğitimin ve telefon ile yapılan takibin hastaların yaşam kalitesi, öz etkililik ve metabolik değişkenler üzerine etkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.

- Mumcu, D.C. ve Vardar İnkaya, B. (2020), '*Web tabanlı eğitim ile diyabet öz bakım yönetimi*', Acta Medica Nicomedia, 3(2), 88-91.
- Neşe, A., Bakır, E., Samancıoğlu Bağlama, S., Karasu, F. (2021). '*Tip 2 diyabet hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin diyabet öz bakımı üzerine etkisi: klinik tabanlı bir çalışma*', Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(1), 112-119.
- Okburan, G. ve Büyükkaragöz Hasbay, A. (2018), '*Tip 2 diyabet tedavisinde yaşam tarzı değişikliği-beslenme ve fiziksel aktivite*', Beslenme ve Diyet Dergisi, 46(3), 294-302.
- Olgun, N., 2012, *Tip 2 Diyabet ve bakım*, Z. Durna(ed)., Kronik Hastalıklar ve Bakım (291-329), Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
- Omar Osman, A. (2020). *Üniversite öğrencilerinde tip 2 diyabet riski, davranışsal ve ailesel risk faktörleri ile tip 2 diyabet farkındalığı*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Özalp Gerçekler, G., Beytut, D., Karayağız Muslu, G., Yardımcı, F. (2012), '*Olgu sunumu: Orem'in öz bakım teorisine göre juvenil dermatomiyozitli hastanın değerlendirilmesi ve hemşirelik bakım planı*' Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 28(2), 123-133.
- Özonuk, E., Yılmaz, M. (2019). '*Tip 2 diabetes mellitus tanılı hastaların sağlık okuryazarlığı ve tedavi uyumu arasındaki ilişki*', Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 16(2), 96-103.
- Özpak, L. ve Pazarpaşı, A. (2021), '*Tip 2 diyabet modeli ratların karaciğer dokularında kodlanan genlerin ifade düzeyleri*', Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 10(1), 25-34.
- Öztepe, İ. (2017). *Tip 2 diyabet hastalarında tedavi uyumu ve hastalık algısının değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir.
- Öztürk, S. (2008). *Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda tc-99m-sestamibi ile alt ekstremitelerde perfüzyon rezervi hesaplanarak vasküler patolojilerin araştırılması*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Konya.

- Polat, M. G. (2016). '*Tip II diyabette fiziksel aktivite/egzersiz*'. Türkiye Klinikleri J Physiother Rehabil-Special Topics, 2(1), 57-62.
- Rashidi, M. Ve Genç, A. (2020). '*Tip 1 ve Tip 2 diyabetli hastaların diyabet tutumlarının değerlendirilmesi*', İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10, 34-49.
- Sağlam, F. S. (2022). *Tip 2 diyabetli bireylerin insülin tedavisine ve diyabet komplikasyonlarına ilişkin risk algıları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Antalya.
- Sağlık istatistiği yaylığı*, (2017). Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.
- Saklar, D. (2020). *Takipli diyabet hastalarına verilen eğitimin ve yakın takibin yaşam kalitesine etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ufuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Salmanoğlu, M. (2019), '*Tip 2 diyabetin oral antidiyabetik ilaçlarla tedavisi*', Klinik Tıp Bilimleri Dergisi, 7(3), 20-23.
- Saltoğlu, N., Kılıçoğlu, Ö., Baktiroğlu, S, Oşar-Siva, Z., Aktaş, Ş., Altındaş, M. vd. (2015), '*Diyabetik ayak yarası ve infeksiyonunun tanısı, tedavisi ve önlenmesi: ulusal uzlaşma raporu*', Klimik Dergisi, 28(1), 2-34.
- Samancıoğlu, S., Bakır, E., Doğan, U., Karadağ, A., Erkan, E., Aktürk, A. vd. (2017), '*Tip 2 diyabetik hastalara verilen diyabet eğitiminin içeriği ve hastaların hastalık tutumu*', İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(1), 1-5.
- Sami Şen, M. (2016). *Diyabetes mellitus tanılı hastalarda tedavi uyumunun değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep.
- Satman, İ., Ömer, B., Tütüncü, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinçcağ, N. vd., (2013), '*Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and pre-diabetes in Turkish adults, European*' Journal of Epidemiology, 28(2), 169-180.
- Savaş, B. H. ve Gültekin, F. (2017), '*İnsülin direnci ve klinik önemi*', Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 24(3), 116-125.

- Sayın, K. (2011). *Oral antidiyabetik ilaç kullanım hataları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Sezgin, M.S. (2009). *Endokrinoloji bölümünde takip edilen diyabetik hastaların kan şekeri regülasyonu, diyabet komplikasyonları ve uygulanan tedavi yöntemleri açısından değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Malatya.
- Soysal, A. (2019). *Tip 2 diyabetli hastalarda diyabet bilgi düzeyi, sağlık okuryazarlığı ve diyabet öz yönetiminin glisemik kontrole etkisinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- Standards of medical care in diabetes* (2009), American Diabetes Association.
- Standards of medical care in diabetes* (2013), American Diabetes Association.
- Standards of medical care in diabetes* (2019), American Diabetes Association.
- Sürücü, A. H. (2014), '*Diyabet özyönetim eğitimi, grup temelli eğitim ve bireysel eğitim*', Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(1), 46-51.
- Şahin, S. (2018). *Tip 2 diyabetli hastalarda ayak yarası riski, ayak öz-bakım davranışları ve hastalık kabulü arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
- Şenyiğit, A. ve Kanat, M. (2017), '*Tip 2 diyabette fizyopatolojik tedavi yaklaşımı ve pioglitazonun yeri*', Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi, 22(3), 220-223.
- Tip 2 diyabet farmakolojik tedavi kılavuzu*, (2020). Klinik Endokrinoloji ve Diyabet Derneği (TEMĐ).
- Tekin Yanık Y., Erol Ö. (2016), '*Tip 2 diyabetli bireylerin öz yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi*'. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19(3), 166-174.

- Terkeş, N., Bektaş, H. (2014). *'Prediyabetli bireylerin diyabete geçişini engellemede yaşam tarzı değişiminin önemi'*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(4), 261-267.
- Tok Yıldız, F. (2018). *Koroner arter hastalarında Orem'in öz bakım yetersizlik kuramı'na göre yapılandırılan eğitimin öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisi*. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Tuna, H. İ. (2020). *Romatoid artrit tanılı geriatrik bireylere Orem modeline göre verilen hemşirelik bakımının el semptomları ve yaşam aktivitelerine etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Turan, E. ve Kulaksızoğlu, M. (2015), *'Tip 2 diyabet tedavisinde güncel yaklaşımlar'*, Okmeydanı Tıp Dergisi, 31(Ek sayı), 86-94.
- Ural, A. ve Kılıç, İ. (2006). *Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi*, Detay Yayıncılık: Ankara.
- Ustaalioğlu, S. (2015). *Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Uygur, M. ve Yavuz, G. D. (2017), *'Diyabet tanısı ve sınıflandırılması'*, Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 3(3), 120-129.
- Uzun, E. (2019). *Diyabetli hastalarda diyabet okulu eğitiminin özbakıma etkisinin araştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Üstündağ, Ş. (2020). *Tip 2 diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde karşılaştıkları engellerin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Wood, B. (2012), *'Medication adherence: the real problem when treating chronic conditions'*, US Pharmacist The Pharmacist's Resource For Clinical Excellence, 37(4), 3-6.

- Van der Ven N.C.W., Ader H., Weinger K., Vander Ploeg H., Yi J., Snoek J.F., Pouwer F. (2003), '*The confidence in diabetes self-care scale: psychometric properties of a new measure of diabetes-specific self-efficacy in dutch an u.s. patients with type 1 diabetes*', National Institutes of Health Public Access; Diabetes Care, 26(3), 712-718.
- Yalçın, S. (2021). *İnsülin kullanan tip 2 diyabetli bireylerin tedaviye uyumu ve hipoglisemi korkusunun değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne.
- Yavuz, A., Demirtaş, Ö., Terzi, H., Işıkkent, N.T., Kale, A. (2015). '*Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran gebelerde gestasyonel diyabet sıklığı ve perinatal sonuçları*', Kocatepe Tıp Dergisi, 16(4), 244-248.
- Yavaş Çelik, M. (2019). '*Orem'in öz bakım eksikliği kuramı ve bu kurama göre sağ ayak bileği ve pelvis kırığı olan hastanın hemşirelik bakımı*', Sağlık ve Toplum Dergisi, 29(3), 99-104.
- Yılmaz, A. (2015). *Yeni insülin kullanımına başlayan tip 2 dm hastalarında, insülin kullanımını etkileyen belirteçler*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Düzce Üniversitesi, Tıp fakültesi, Düzce.
- Yüksel, M. (2020). *Tip 2 diyabetli bireylerde tedaviye uyum ve hipoglisemi korkusu*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.

EKLER

EK-1: Tip 2 DM Hasta Tanılama Formu

Açıklama: Aşağıdaki sorular çalışmaya katılacak olan kişilerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Elde edilen veriler kişisel bilgilerin korunması hakları gereğince paylaşılmayacak olup anonim olarak kaydedilecek ve tez çalışmasında kullanılacaktır. Anket toplamda 26 ifadeden oluşup yaklaşık 5 dakika sürecektir. Sizin için en uygun seçeneği işaretlemeniz önemlidir. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Hatice ÖZCAN

1.Cinsiyetiniz nedir?

Kadın Erkek

2.Yaş grubunuz nedir?

18-29 30-43 44-59 60-74 75-89

3.Eğitim düzeyiniz nedir?

Okuma ve yazma bilmiyorum İlköğretim Lise Lisans Lisansüstü

4.Nerede yaşıyorsunuz?

İl İlçe Köy

5.Mesleğiniz nedir?

Memur İşçi İşsiz Serbest Ev hanımı Emekli

6.Evde kimlerle kalıyorsunuz?

Yalnız Eşimle Çocuklarımla Çekirdek ailemle Diğer _____

7.Alkol ya da sigara kullanıyor musunuz?

Hayır Alkol kullanıyorum Sigara kullanıyorum Her ikisini de kullanıyorum

8.Boyunuz ve kilonuz nedir? ___ cm ___ kg

9.Ailede Diyabet hastalığı öyküsü var mı?

Evet Hayır

10.Diyabet dışında başka kronik hastalığınız var mı?

Evet Hayır

11.Bir önceki soruya cevabınız evet ise hangi hastalığınız var? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Yüksek tansiyon Kalp yetmezliği Böbrek yetmezliği Kanser Troid hastalığı

Eklem hastalığı KOAH Hepatit Kas/sinir hastalığı (ALS,MS,Epilepsi vs.)

Diğer _____

12.Kaç yıldır Diyabet hastalığınız var?

0-1 yıl 2-5 yıl 6-10 yıl 11 yıl ve üzeri

13.Hangi tedavi şeklini kullanıyorsunuz?

İnsülin Oral antidiyabetik ilaç İnsülin+Oral antidiyabetik ilaç

14.Ne zamandır insülin kullanıyorsunuz?

0-1yıl 2-4 yıl 5-10 yıl 10 yıl ve üzeri

15.İnsülin uygulamanızı kim yapıyor?

Kendim Eşim Çocuğum Diğer

16.Günde kaç defa insülin uyguluyorsunuz?

1 Defa 2 Defa 3 Defa 4 Defa

17.İnsülin uyguladığınız bölgeleri kendiniz morluk, ağrı, sertlik, şişlik yönünden muayene ediyor musunuz?

Evet Hayır Aklıma geldikçe ediyorum

18.Diyabet kontrolüne gitme sıklığınız nedir?

Ayda bir defa Üç ayda bir defa Altı ayda bir defa Yılda bir defa Kontrole gitme

EK-2: Diyabet Öz Bakım Ölçeği (DÖBÖ)

Açıklama: Aşağıdaki ifadeler diyabetlilerin kendi bakımları için yaptıkları bazı davranışları tanımlamaktadır. Lütfen sizden de diyabet bakımınızla ilgili olarak neler yaptığınızı anlatmanız için birkaç dakikanızı ayırmanızı istiyoruz. Lütfen, düşüncenizi en iyi ifade eden seçeneği daire içine alın. Toplam 35 ifade yer almaktadır. Size uymayan ifadeleri atlayabilirsiniz. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Katıldığınız için teşekkür ederim.

	Diyabet Öz-Bakım Ölçeği	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Her zaman
1	Yemeklerimi her gün aynı saatte yerim.				
2	Ara öğünlerimi her zaman yerim.				
3	Lokantalarda yemek yediğim zaman diyetime bağlı kalırım.				
4	Davetlere (misafirlige, gezmeye, günlere vb.) gittiğim zaman diyetime bağlı kalırım.				
5	Çevremdeki insanlar diyabetli olduğumu bilmedikleri zamanda, diyetime bağlı kalırım.				
6	Aşırı yemem.				
7	Düzenli olarak egzersiz yaparım.				
8	Egzersiz yapmak istemediğimde bile yapmam gereken egzersizimi yaparım.				
9	Yeterince egzersiz yaparım.				
10	Kan şekerimi ölçerim.				
11	Kan şekeri ölçüm sonuçlarımın kayıtlarını saklarım.				
12	Diyabet haplarımı önerildiği şekilde alırım.				
13	İnsülin iğnelerimi önerildiği şekilde yaparım.				
14	İnsülin dozumu kan şekeri ölçüm sonuçlarıma göre ayarlarım.				
15	Dışarıda /Evden uzakta iken yanımda kesme şeker bulundururum.				
16	Kan şekerim düştüğü zaman kesme şeker alırım.				
17	Düzenli olarak doktoruma giderim.				

18	Kan şekeri çok yükseldiği zaman doktoruma danışırım.				
19	Kan şekeri çok düştüğü zaman doktoruma danışırım.				
20	Düzenli olarak ayaklarımı kontrol ederim.				
21	Dışarıda/Evin dışında mutlaka ayakkabı giyerim.				
22	Gün boyunca evde her zaman terlik/ev ayakkabısı giyerim.				
23	Daima çorap giyerim.				
24	Ayak tırnaklarımı düz ve kısa tutarım.				
25	Düzenli olarak (en az haftada bir veya daha fazla) banyo yaparım.				
26	Dişlerimi her gün fırçalarım.				
27	Diyabet kartı taşıyorum.				
28	Başka diyabetli kişilerle kendilerine nasıl baktıkları konusunda konuşurum.				
29	Komplikasyonların nasıl önlenebileceği konusunda hemşire, doktor ve diğer sağlık bakımı sunanlara/ uzmanlarına danışırım.				
30	Diyabetle ilgili kitapçık, broşür gibi dokümanlar verildiğinde okurum.				
31	Diyabetle ilgili bilgilere ulaşmak için kütüphaneye giderim.				
32	Bir diyabet destek grubuna katılıyorum.				
33	Bir diyabet dergisine aboneyim.				
34	Diyabetle ilgili bilgiler edinmek için internette araştırma yaparım.				
35	Komplikasyonları önlemek için öğrendiğim şeyleri kullanırım.				

EK-3: Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği

Sayın katılımcı, aşağıda tip 2 diabetes mellitus (Şeker hastalığı) hastalığı konusunda çeşitli ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeye vereceğiniz yanıt sizin genellikle inandıklarınızın, düşündüklerinizin göstergesi olmalıdır. Her bir ifade için, “Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Kısmen Katılıyorum, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum” şıklarından, sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüzü işaretleyerek cevaplayınız. Her bir açıklamaya cevap vermeniz önem taşımaktadır. Bu ölçekte “doğru” ya da “yanlış” cevap yoktur. Toplam 30 madde bulunmaktadır. Aşağıda yer alan ifadeleri cevaplamanız yaklaşık olarak 10 dk. sürecektir. Katıldığınız için teşekkür ederim.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Kan şekerimi düzenli olarak ölçüp /ölçtürüp, takip ediyorum.				
2. Kendimi şeker hastası gibi hissetmiyorum.				
3. Şeker haplarımı/insülinimi hiç aksatmadan kullanıyorum.				
4. Hayatımdaki üzüntü ve sıkıntılar geçince hastalığımdan da tamamen iyileşeceğine inanıyorum.				
5. Uzmanın önerdiği şekilde ve miktarda besleniyorum.				
6. Şeker hapları veya insülin kullanmaktansa diyet yaparak hastalığıma idare etmek istiyorum.				
7. Kan şekerim yüksek olsa da bana bir şey olmaz diye düşünüyorum.				
8. Doktor kontrollerimi önerilen sıklıkla düzenli olarak yaptırıyorum.				
9. Şeker hastası olduktan sonra hayatımda hiçbir değişiklik olmadı.				
10. Hasta olduktan sonra arkadaş ve akrabalarım daha çabuk kızıyor.				
11. Ağızdan ilaç/insülin dozlarımı o gün yediğim yiyeceklere göre kendim ayarlarım.				
12. Şeker hastalığının zorluklarından dolayı, eskisinden daha sinirli ve öfkeliyim.				
13. Şeker hastalığı ile ilgili bilgimi her fırsatta artırmaya çalışıyorum.				
14. Şeker hastası olduğum için daima geleceğimle ilgili karamsar düşüncelere sahibim.				
15. Şeker hastası olduğumu herkese saklamadan rahatlıkla söyleyebilirim.				

16. Şeker hastası olduktan sonra bana zararlı olduğunu düşündüğüm alışkanlıklarımı bıraktım.					
17. Şekerimin düştüğünü hissedirim.					
18. Sağlık personeline güvenmiyorum, bana yararları yok					
19. Önerildiği şekilde yazın ve kışın düzenli egzersiz yaparım.					
20. Başka insanlardan farklı beslenme ve ihtiyaçlarımın olmasına kızıyorum.					
21. Bu hastalık neden beni buldu diye çok kızıyorum.					
22. İlaç/insülin zamanım gelince gergin oluyorum.					
23. Şeker hastalığının gerektirdiği her şeyi yaparak, bu hastalıkla rahatlıkla yaşayabilirim.					
24. Hastalığımın keşke diyeti olmasaydı.					
25. Şekerimin yükseldiğini hissedirim.					
26. Şeker hastası olduktan sonra ayak bakımına özel önem gösteriyorum.					
27. Egzersiz yapmamak için çoğunlukla bir bahanem vardır.					
28. Hastalığıma katlanmak zorunda olmak beni üzüyor.					
29. Kendimi, hastalığımla mücadele edebilecek güçte hissediyorum.					
30. Diyetime tam uyarsam şeker hastalığımdan geçeceğimi düşünüyorum.					

EK-4: Diyabet Öz Bakım Ölçeği kullanım izni yazısı

PK Papatya KARAKURT
Kime: hatice özcan
24.08.2020 Pzt 10:08

 İzin verme-Ölçek Türkçe Form...
DOCX - 21 KB

Merhaba Hatice Hanım,
Çalışmanızda diyabet öz bakım ölçeğini kullanabilirsiniz, ölçekle ilgili bilgiler ekte sunulmuştur, iyi çalışmalar....
Prof. Dr. Papatya KARAKURT

EK-5: Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği Kullanım İzni Yazısı

 **Dr. Öğr. Üy. Ayla DEMİRTAŞ** ...

Kime: hatice özcan
2.09.2020 Çar 16:38

 **DM_uyumolcek**
DOCX - 20 KB

Sayın Özcan izinde olmam dolayısıyla mailinize şimdi cevap verebiliyorum. Ölçeği kullanmanıza izin veriyorum. Ölçek ve uygulama yönergesini gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Dr. Öğr. Üyesi Ayla DEMİRTAŞ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıklar Hemşireliği

EK-6: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bilimsel Araştırma Etik Kurulu İzin Yazısı

T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİK KURULU PROJE/ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME SONUÇ RAPORU	
Toplantı Tarihi	02.11.2020
Toplantı Sayısı	04
Başvuru Protokol Numarası	2020/113
Başvuru Tarihi	14.10.2020
Proje/Araştırma Başlığı	TİP 2 Diabetes Mellitus Hastalarının Öz Bakım Gücü ve Tedaviye Uyumu
Proje/Araştırma Yürütücüsü	Hatice ÖZCAN
Karar	Bilimsel Araştırma Etik Kurallarına uygundur.
Açıklamalar	-

EK-7: Ege Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu İzin Yazısı

Ege Ün. Evrak Tarih ve Sayısı: 02.08.2021-244571



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu

Sayı :E-69586843-600-244571
Konu : Araştırma İzni (Hatice ÖZCAN)

02.08.2021

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 16.03.2021 tarihli ve E-93130991-302.08.01-E-2100042926 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile "...Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hatice ÖZCAN'ın "Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarının Özbakım Gücü ve Tedaviye Uyumu" konulu yüksek lisans tez çalışması ile ilgili Üniversitemiz Tıp Fakültesi Hastanesi Diyabet Polikliniğine başvuran hastalara anket uygulamak istediği" belirtilmiş idi.

Anılan yazı ve ekleri Üniversitemiz Tıp Fakültesi Dekanlığınca incelenmiş olup konu ile ilgili olarak anılan Dekanlığımızdan alınan cevabi yazıda; Üniversitemiz Hastanesi Diyabet Polikliniğine başvuran hastalara yönelik anket uygulama talebinin Öğr. Gör. Gökçen ÜNAL KOCABAŞ sorumluluğunda yapılmasının uygun bulunduğu belirtilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Necdet BUDAK
Rektör

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS4HTY19H3

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

Adres:Ege Üniversitesi Rektörlüğü Gençlik Cad. No:12 35040 Bornova/İzmir

Telefon:+90 (232) 311 21 10 Faks:+90 (232) 339 90 90

Web:www.ege.edu.tr

KeP Adresi:egeuniversitesi@egeuniversitesi.hs03.kep.tr

Bilgi için: Reyhan Ayna

Unvan: Birim Evrak Sorumlusu

Tel No: 4313



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.