



T.C.

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK BİLİM DALI**

**TİP 2 DİABETES MELLİTUS HASTALARINDA ÖZ YETERLİLİĞİN TEDAVİ
UYUMUNA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SELİN ÖZER

Tez Danışmanı

DR. ÖĞR. ÜYESİ NAİLE ALANKAYA

ÇANAKKALE – 2022



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK BİLİM DALI

**TİP 2 DİABETES MELLİTUS HASTALARINDA ÖZ YETERLİLİĞİN TEDAVİ
UYUMUNA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS YETERLİK TEZİ

SELİN ÖZER

Tez Danışmanı

DR. ÖĞR. ÜYESİ NAİLE ALANKAYA

Bu çalışma, ÇOMÜ Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) kurumu tarafından desteklenmiştir.

Proje No: TYL-2021-3835

ÇANAKKALE – 2022



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Selin ÖZER tarafından Dr. Öğr. Üyesi Naile ALANKAYA yönetiminde hazırlanan ve 24/08/2022 tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “**Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Öz Yeterliliğin Tedavi Uyumuna Etkisi**” 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

Prof. Dr. İsim SOYİSMİ

.....

(Danışman)

Doç. Dr. İsim SOYİSMİ

.....

Dr. Öğr. Üyesi İsim SOYİSMİ

.....

Tez No : 10482944

Tez Savunma Tarihi : 24/08/2022

.....
Doç. Dr. Yener PAZARCIK

Enstitü Müdürü

.../.../2022

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.

(İmza)

Selin ÖZER

24/08/2022

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimin her aşamasında çok kıymetli bilgi birikimi, akademik tecrübesi ile yoluma ışık tutan, yardımını ve desteğini hep yanıbaşımnda hissettiğim, hem mesleki hem akademik donanımı ile her zaman örnek aldığım, saygı değer danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Naile ALANKAYA'ya,

Çalışmam süresince ve tüm öğrenim hayatım boyunca; fedakarca davranan, tüm zorlukları benimle göğüsleyen, hayatımın her evresinde bana destek olan, başarılarımın mimarı ailem; annem Emine Özer, babam Amir Özer ve abim Sami Özer'e,

Tez çalışmamı yürüttüğüm esnada aramızdan ayrılan, en güzel hatırlarımda yaşattığım günlere ulaşmamda büyük emeği olan canım dedem Mustafa Denize'e; biricik aneanem Ramize Deniz'e,

Üniversite ve yüksek lisans eğitimim boyunca her yorulduğumda beni bir adım daha ileriye taşıyan, motive eden, sevgisiyle sarıp sarmalayan, hayatımdaki yol arkadaşım Emre Gündeş'e,

Çanakkale Yenice Devlet Hastanesi tüm çalışanlarına ve çalışmaya katılan tüm hastalara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Selin ÖZER
Çanakkale, Ağustos 2022

ÖZET

TIP 2 DİABETES MELLİTUS HASTALARINDA ÖZ YETERLİLİĞİN TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ

Selin ÖZER

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Naile ALANKAYA

24/08/2022,88

Amaç: Çalışma, Tip 2 DM hastalarının öz yeterlilik düzeylerinin tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma Ekim 2021- Ağustos 2022 tarihleri arasında Çanakkale Yenice Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniğinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 172 hasta oluşturmuştur. Veriler “Tip 2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği” ve “Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği” kullanılarak anket yöntemi ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veriler SPSS 25.0 kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotları, güvenilirlik analizi, bağımsız t testi, tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmada hastaların öz yeterlilik düzeyi ölçek toplam puan ortalaması $58,89 \pm 16,99$, tip 2 DM hasta uyum ölçeği puan ortalaması $83,31 \pm 12,20$ olup orta düzey olarak belirlenmiştir. Diyabette öz yeterlilik ölçek alt boyut en yüksek puan ortalaması $29,62 \pm 7,59$ ile genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü, en düşük puan ortalaması $8,72 \pm 3,76$ ile fizik egzersiz alt boyutuna ait olduğu tespit edilmiştir. Tip 2 DM tedavisinde hasta uyum ölçeği alt boyutlarından en yüksek puan ortalaması $22,85 \pm 4,49$ ile tutum ve duygusal etmenler, en düşük puan ortalaması $7,69 \pm 2,59$ ile diyet pazarlığı alt boyutuna ait olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada 47 yaşın altında, yüksek lisans/üniversite mezunu, çalışan ve DM dışında kronik hastalığı bulunmayan hastaların öz yeterlilik düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca iki ve üzeri komplikasyon gelişen, kontrole gitmeyen hastaların tip 2 DM hasta uyum ölçeği puanı yüksek yani tedaviye uyumları düşük tespit edilmiştir. Hastaların DM yönetimindeki öz yeterlilik ölçek puanları ile DM tedavisine uyum ölçek

puanları arasında yapılan korelasyon analizine göre negatif yönlü bir ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir.

Sonuç: Çalışmada hastaların öz yeterlilik ve tedaviye uyumu orta düzeyde olarak belirlenmiştir. Diyabet öz yeterliliğinin tedavi uyumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu ve hastaların öz yeterliliği arttıkça tedaviye uyum düzeylerinin de eş zamanlı olarak arttığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 Diabetes Mellitus (DM), Öz Yeterlilik, Tedaviye Uyum, Hemşirelik



ABSTRACT

THE EFFECT OF SELF-EFFICACY ON TREATMENT COMPLIANCE IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS

Selin ÖZER

Çanakkale Onsekiz Mart University

School of Graduate Studies

Master of Science Thesis in Nursing

Advisor: Assist.Prof. Dr. Üyesi Naile Alankaya

24/08/2022, 88

Purpose: The study was produced from Type 2 DM patient extract material.

Method: The research was carried out in Çanakkale Yenice State Hospital Internal Diseases Polyclinic between October 2021 and August 2022. The sample of the study consisted of 172 patients. The data were collected by face-to-face interviews using the “Patient Compliance Scale in the Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus” and “Self-Efficacy Scale in Diabetes Management for Patients with Type 2 Diabetes”. Data were analyzed using SPSS 25.0. Descriptive statistical methods reliability analysis, independent t test, one-way analysis of variance were used in the evaluation of the data.

Results: In the study, the mean score of the patients self-efficacy scale total score was 58.89 ± 16.99 , and the mean score of type 2 DM patient compliance scale was 83.31 ± 12.20 , which was determined as moderate. It was determined that the self-efficacy scale sub-dimension in diabetes had the highest mean score of 29.62 ± 7.59 for general nutrition and medical treatment control, and the lowest mean score for physical exercise sub-dimension was 8.72 ± 3.76 . In the treatment of type 2 DM, it was determined that the highest mean score of 22.85 ± 4.49 of the patient compliance scale sub-dimensions was attitude and emotional factors, and the lowest mean score of 7.69 ± 2.59 belonged to the diet bargaining sub-dimension. In the study, the self-efficacy levels of the patients under the age of 47, graduate/university graduate, working and without chronic disease other than DM were found to be higher. In addition, patients who developed two or more complications and did not go to check-up had a high type 2 DM patient compliance scale score, that is their

compliance with treatment was low. According to the correlation analysis made between the self-efficacy scale scores of the patients in the management of DM and the scale scores of compliance with DM treatment, it was concluded that there was a negative relationship.

Conclusion: In the study, the patients self-efficacy and adherence to treatment were determined as moderate. It has been observed that diabetes self-efficacy has a statistically significant effect on treatment adherence, and as patients self-efficacy increases, their level of adherence to treatment increases simultaneously.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus (DM), Self-Efficacy, Adherence To Treatment, Nursing

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

JURİ ONAY SAYFASI	i
ETİK BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xiii

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları	4

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Diabetes Mellitus Tanımı ve Tarihçesi.....	5
2.2. Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi.....	5

2.3. Diabetes Mellitus Sınıflandırması	6
2.3.1. Tip-1 Diabetes Mellitus	6
2.3.2. Gestasyonel Diyabet	7
2.3.3. Spesifik Nedenlere Bağlı Diabetes Mellitus	7
2.3.4. Tip-2 Diabetes Mellitus	7
2.4. Öz Yeterlilik Tanımı	19
2.4.1. Öz Yeterlilik Kavramının Önemi ve Bireyler Üzerindeki Etkileri.....	20
2.4.2. Öz Yeterlilik Kaynakları.....	21
2.4.3. Diyabette Öz Yeterlilik ve Hemşirenin Rolü.....	22
2.5. Tedaviye Uyum.....	23
2.5.1. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler	24
2.5.2. Tedaviye Uyumun Önemi.....	24

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırma Tipi.....	26
3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı	26
3.3. Evren ve Örneklem	26
3.4. Veri Toplama Yöntemi	27
3.5. Veri Toplama Araçları	27
3.5.1. Hasta Tanılama Formu.....	27
3.5.2. Tip 2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği	27
3.5.3. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği	28
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	28
3.7. İstatistiksel Analiz.....	29

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Ait Bulgular	30
4.2. Kullanılan Ölçeklere Ait Bulgular	33
4.3. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişki	36
4.4. Kullanılan Ölçekler Arasında Korelasyon Sonuçları.....	58

BEŞİNCİ BÖLÜM
TARTIŞMA

5.1. Hastaların Sosyo-demografik ve Hastalık Özellikleri ile Tip-2 Diyabetli Hastaların Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	62
5.2.Hastaların Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile Tip 2 Diabetes Mellitus Hasta Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	68
5.3.Tip 2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği ve Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkiler	75

ALTINCI BÖLÜM
SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ	76
6.2. ÖNERİLER.....	78
KAYNAKÇA.....	79
EKLER.....	89

EK-1: Hasta Tanılama Formu.....	89
EK-2: Tip-2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği	92
EK-3: Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği.....	94
EK-4: Etik Kurul İzni	96
EK-5: Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni.....	97
EK-6: Tip 2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği kullanım izni	98
EK-7: Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği Kullanım izni	99



SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ/WHO	Dünya Sağlık Örgütü
ADA	American Diabetes Association
TEMD	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
IDF	Uluslararası Diyabet Federasyonu/International Diabetes Federation
IQVIA	İnsan Veri Bilimi Enstitüsü
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
DM	Diabetes Mellitus
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
%	Yüzde oranı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
HbA1c	Glikolize Hemoglobin
OGTT	Oral Glikoz Tolerans Testi
RDS	Respiratuvar Distress Sendromu
DEPAC	Orta ve Doğu Avrupa'da Diyabet İkincil Bakımı
OAD	Oral Anti-diyabetik
TBT	Tıbbi Beslenme Tedavisi
APG	Açlık Plazma Glikozu
BKİ	Beden Kitle İndeksi
AMI	Akut Miyokard Enfarktüsü
SB	Sağlık Bakanlığı

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1	Hipogliseminin değerlendirilmesi	16
Tablo 2	Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	31
Tablo 3	Hastaların hastalığına ilişkin özelliklerinin dağılımı	33
Tablo 4	Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları	34
Tablo 5	Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları	35
Tablo 6	Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri	36
Tablo 7	Hastaların tedavi uyum özelliklerinin dağılımı	37
Tablo 8	Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile tip 2 diabetes mellitus tedavisine hasta uyum ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	38
Tablo 9	Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile tip 2 diabetes mellitus tedavisine hasta uyum ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	43
Tablo 10	Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile diyabet öz yeterlilik ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	49
Tablo 11	Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile diyabet öz yeterlilik ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	54
Tablo 12	Kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının korelasyon analizi sonuçları	59
Tablo 13	Tip 2 diabetes mellitus hastalarında öz yeterliliğin tedavi uyumuna etkisi	61

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Amerikan Diyabet Derneği (ADA) ve Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) tanımlarına göre Diabetes Mellitus (DM) pankreastan salgılanan insülinin eksikliği ya da etkisindeki defektler nedeniyle kan glikoz düzeyinin yüksek seyrettiği organizmanın karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında bozulmaya neden olan, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik metabolik bir hastalıktır (WHO, 1999; ADA, 2014; TEMD, 2020).

Dünya genelindeki hızlı artışa paralel olarak ülkemizde de artışı gerçekleşen DM günümüz dünyasının en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır (Çosansu, 2015; Wild, et al., 2004). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 2021 yılı verilerine göre dünyada 20-79 yaş aralığında 537 milyon (%10,5) kişinin diyabet hastası olduğu, bu verinin 2030 yılında 643 milyona, 2045 yılında ise 783 milyona ulaşması beklenmektedir (IDF, 2021). İnsan Veri Bilimi Enstitüsü'nün (IQVIA) aktardığı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kayıtlarına göre, 2016 yılında Türkiye'deki Tip 2 DM tanılı birey sayısının 6,3 milyon olduğu ve bu sayının toplam nüfusun %7,9'unu oluşturduğu belirtilirken, 2035 yılında 20-79 yaş aralığında Tip 2 DM tanılı birey sayısının 11,8 milyona ulaşacağı ön görülmektedir (IQVIA Institute for Human Data Science, 2017).

Tip 2 DM hızlı ekonomik, kültürel ve sosyal değişimler ile ilişkili yaşlanan nüfus, artan ve plansız kentleşme, yüksek oranda işlenmiş gıdaların ve şekerli içeceklerin tüketiminin artması, obezite ve sedanter yaşamın yaygınlaşması, gebelik sırasında artan fetal hiperglisemi maruziyeti sonucunda hem yetişkin bireylerde hem de çocuk ve adölesan bireylerde yaygınlaşmaktadır (WHO, 2019).

Kontrolsüz DM hastalarında kan glikoz düzeyinin regülasyonunun sağlanamaması sonucu akut ve kronik komplikasyonlar meydana gelmekte, mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır. DM hastalarında koroner arter hastalığı ve inme riski 2- 4 kat artarken bireylerin

%60-75'i kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle kaybedilmektedir (Erkoç, 2015). Dünyada 2021 yılında yaklaşık olarak 6,7 milyon yetişkinin diyabet ve komplikasyonları ile ilişkili nedenler sonucu yaşamını yitirdiği tahmin edilmektedir (IDF, 2021). Çalışmalar özellikle diyabet yaşı yüksek ve tedaviye uyumu zayıf DM hastalarında; görme kaybı, böbrek yetmezliği, uzuv kaybının görülme oranını arttırarak morbiditeye neden olduğunu ortaya koymaktadır (Önmez, 2017; Erkoç, 2015). Ayrıca DM ve komplikasyonların meydana gelmesiyle ilaç kullanımının ve sağlık hizmetlerinin kullanımının artması, iş gücü kaybı sonucu hem birey ve ailelere hem de ülke ekonomisine büyük bir yük oluşturmaktadır (Öcal ve Önsüz, 2018).

DM tedavinin sağlık harcamalarından kaynaklanan doğrudan maliyeti son 15 yılda %316'lık artış göstermekte olup, bu artış gelişmiş veri kapasitesi ve tanındaki artış ile ilişkilendirilmektedir. Dünya genelinde gerçekleştirilen tüm sağlık harcamalarının %11,5'ini DM oluşturmaktadır. 2021'de DM hastalığına bağlı toplam 966 milyar Amerikan doları sağlık harcaması gerçekleşmiştir. Türkiye'de ise 1 ile 10 milyar Amerikan doları arasında sağlık harcaması gerçekleştirildiği tahmin edilmektedir (IDF, 2021).

Komplikasyonların gelişimini önlemek ve hastalık ile baş edebilmek, DM yönetiminin optimal düzeyde olması ile mümkündür. DM yönetimi birey ve bakım vericilerin; yaşam tarzı değişimi, tıbbi beslenme tedavisine uyumu, egzersiz/fiziksel aktivite artışı ile sağlanabilmektedir (Dungan, 2016; Özdemir, vd., 2019). Hastaların yaşam şekli değişim ve uyumunu sağlama becerisi öz yeterlilik kavramı ile sıkı bir ilişki içerisinde (Özdemir, vd., 2019; Arslan, 2019).

İlk defa Bandura tarafından "Bilişsel Davranış Değişimi" kuramı çerçevesinde öne sürülen "öz yeterlilik", bireyin olası durumlar ile başa çıkabilmek için gerekli olan eylemleri ne kadar iyi yapabildiklerine ilişkin yargılar olarak tanımlanmaktadır (Bandura, 1997). Bireysel yeterlilik hissinin sağlığı geliştirdiği, başarı düzeyini yükselttiği, DM'li öz yeterliliği yüksek olan bireylerin kendini güçlü hissetmelerine, hastalık ve tedavi sürecini daha iyi yönetmelerine, yaşam kalitesinin yükselmelerine neden olduğu ifade edilmektedir (Özdemir, vd., 2019; Tekin ve Erol, 2016). DM'li bireyler her gün yiyecek seçimleri, hangi faaliyetleri ne kadar yürüteceği, belirli durumlarda nasıl tepkiler verecekleri ve ilaçlarını kullanma zamanları konusunda kararlar verdiklerinden öz yönetimin desteklenmesi

hastaların diyabetle başa çıkabilme becerilerin yükseltilmesine ve tedaviye uyumun artırılmasına katkı sağlamaktadır (Muslu ve Ardahan 2017; Kumsar ve Yılmaz 2014).

Kronik hastalıklarda tedavi başarısını etkileyen en önemli etkenlerden birisi tedaviye uyumdur (Demirtaş ve Kutlu, 2020). Tedaviye uyum bir kişinin sağlık profesyonellerinin önerileri doğrultusunda belirlenen ilaçları alma, diyete uygunluk gösterme, yaşam tarzı değişiklikleri gibi davranışların derecesi olarak ifade edilmektedir (WHO, 2003). Bir başka ifadeye göre bireyin sağlık ile ilgili tavsiyeleri kabul etmesi, sağlık sunucu ile hasta iş birliği olarak açıklanmaktadır (Demirkol ve Tamam, 2016). Kronik hastalık yönetimi ile mevcut belirtilerin giderilmesi, komplikasyonların azaltılması, acil, poliklinik hizmetlerine başvurunun ve hastane yatışların azaltılması, bireylerin başkalarına bağımlı hale gelmesinin önlenmesi, hastalığın fiziksel ve ruhsal etkilerinin indirgenmesi, maliyet etkililiğinin oluşturulması amaçlanmaktadır (Norris, et al., 2002; Taşkaya, 2014).

DM tedavisine uyumu destekleyen sağlık profesyonellerinden biri de hemşiredir. Diyabet eğitim hemşireleri, serviste yatışı yapılan veya acil servise akut komplikasyon ile gelen hastaları takip ederek DM yönetimi için hastanın gereksinimine uygun eğitim vermektedirler. Hastalara verilen eğitimin amacı bireyin baş etme becerilerini geliştirerek, hastalığı kendi kendine yönetme becerisini kazandırmak ve tedavi uyumunu sağlamaktır (Bayrak ve Çolak, 2011). DM hastalarının öz yeterlilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasında ilişki olduğunu ortaya koyan sınırlı çalışma bulunmaktadır. Hastaların öz yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi, geliştirilmesi ve literatüre kaynak oluşturması açısından daha fazla çalışmaya gereksinim duyulmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Tip 2 diabetes mellitus tanılı hastalarının öz yeterlilik düzeylerinin tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Tip 2 DM hastalarının öz yeterlilik düzeyleri nedir?
- Tip 2 DM hastalarının tedaviye uyum düzeyleri nedir?
- Tip 2 DM hastalarının öz yeterlilik düzeylerinin tedavi uyumuna etkisi nedir?



İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Diabetes Mellitus Tanımı ve Tarihçesi

Diabetes Mellitus, insülin üretimindeki kalıtsal ve/veya kazanılmış yetersizlik veya üretilen insülinin hücreler tarafından etkin olarak kullanılmaması ile karakterize karbonhidrat, protein ve lipid metabolizmasının kronik ilerleyici endokrinolojik hastalığıdır (Nazik, vd., 2019; Jackson, et al., 2014).

Etimolojik açıdan diabetes eski Grekçe sifon, mellitus ise latince tatlı, şekerli anlamına gelmektedir. Milattan önce 16. yy'da Antik Mısır'daki Ebers Papirüsleri'nde fazla ve sık idrar atımı ile vücuttan şeker kaybettiren bir hastalık olarak tanımlanmış, milattan sonra 3. yy'da Cappadocyalı Areatarus hastalığı etin, kolların ve bacakların eriyerek kana geçmesine yol açtığını ifade ederek akıp boşalma anlamına gelen "diabetes" olarak adlandırmıştır. 1860 yılında Alman patolog Paul Langerhans pankreas adacıklarını, 1875'te Fransız fizyolog Claud-Bernad diyabetes mellitusun nöro-endokrinolojik mekanizmasını, 1889'da Alman bilimciler Oscar Winkowski ve Joseph von Mering köpekte uyguladıkları deneyde pankreasın çıkarılması sonucunda DM oluşumunu tespit ederek pankreas ile ilişkisini ortaya koymuşlardır. Ardından 33 yıl sonra Frederik Banting ve Caharles Best yapılmış olan pankreasın çıkarılması deneyini geliştirerek pankreas adacıklarından izole ettikleri insülini diabetes mellitus hastalarında kullanmışlardır. Sonraki yıllarda oral antidiyabetik ilaçlar ve 1950'lerde günümüzde kullanılan insülin preparatlarının çoğu keşfedilerek DM tedavisinde önemli gelişmeler sağlanmıştır (Bağrıaçık, 1997).

2.2. Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi

Uluslararası Diyabet Federasyonu 2021 yılında dünya genelinde 537 milyon (%10,5) kişinin diyabet hastası olduğunu, bu sayının 2030 yılında 643 milyona (%11,3) ulaşacağını, 2045 yılında ise 783 milyonu (%12,2) bulacağını bildirmektedir. Uluslararası Diyabet Federasyonu Avrupa'da bulunan ülkeler arasında en yüksek prevalansa sahip olan ülkeler arasında Türkiye'nin de olduğunu belirtmektedir (IDF, 2021).

Türkiye’de diyabet yaygınlık oranını ortaya koymak adına “Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması”⁴ (TURDEP) tip 2 diyabet prevalansını 1997-1998 yılları arasında %7,2, 2010 yılında yapılan TURDEP-2’de ise %13,7 olarak bildirmektedir. TURDEP-1’de diyabetli bireylerin %32’sinin TURDEP-2’de ise yaklaşık yarısının diyabet hastası olduğunun farkında olmadığı da belirtilmektedir (Satman, vd., 2013).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2016 yılında yaptığı çalışmaya göre Türkiye’de DM oranı %13,2, obezite oranı %29,4 ve fiziksel inaktive oranı %32,3 olarak tespit edilmiştir (WHO, 2016). Ülkemizde diabetes mellitus prevalansı çocuk ve gençlerin beslenme alışkanlıklarına, sedanter yaşam şeklinin artmasına, obezitenin yaygınlaşmasına bağlı olarak giderek yükselmektedir (Çoşansu, 2016; Satman, vd., 2013).

Covid-19 pandemisinin diyabet üzerine etkileri önümüzdeki yıllarda daha net görülecektir. Şu an için virüsün diyabetli birçok bireye ek bir yük getirdiği açıktır. Karantina süreçlerinin, korunma önlemlerinin toplum sağlığı üzerindeki etkileri henüz açıklanmasa da mevcut durumun önümüzdeki yıllarda diyabet prevalansında ve komplikasyonlarında artışa neden olabileceği endişesi artmaktadır (IDF, 2021).

2.3. Diabetes Mellitus Sınıflandırması

2.3.1. Tip-1 Diabetes Mellitus

Tip 1 DM pankreasın beta hücre yıkımına bağlı meydana gelen insülin eksikliği ya da yokluğu sonucu gelişen bir hastalıktır (Çoşansu, 2015). Tip 1 DM her yaşta görülebildiği gibi çocukluk döneminde veya gençlerde akut olarak ortaya çıkan kronik bir hastalıktır (IDF, 2021). İnsidansı dünyada hızla artış göstermektedir. Tüm DM vakalarının %10’unu tip 1 DM oluşturmakta olup insidansı tüm dünyada hızla artış göstermektedir (Passi ve Ravi, 2022). Dünyada 0-19 yaş aralığında 1,2 milyon tip 1 DM hastası bulunmakta ve her yıl 184.100 kişi tip 1 DM tanısı almaktadır (IDF, 2021).

Tip 1 DM gelişiminde vücudun bağışıklık sisteminin beta hücrelerine saldırması sonucunda insülinin yetersiz üretilmesine veya hiç üretilmemesine otoimmün yanıtın rol oynadığı düşünülmektedir. Ayrıca, genetik yatkınlığı bulunan bireylerde virüs, toksinler, emosyonel stres, soğuk iklimde hayat idame ettirme, anne-bebek kan uyumsuzluğu, inek sütü tüketme gibi faktörlerin otoimmüniteyi tetiklediği ve ilerleyici beta hücre hasarını tetiklediği belirtilmektedir (TEMD, 2020; Olgun, vd., 2014).

2.3.2. Gestasyonel Diyabet

Gestasyonel DM gebelikte meydana gelen glikoz intoleransı sonucu kan glikozunun yükselmesi ile karakterize bir hastalıktır (Passora ve Ratner, 2004). Genellikle gebeliğin 24. haftasından sonra plasentadan salınan hormonların insülin üzerindeki olumsuz etkilerinden kaynaklandığı bildirilmektedir. Gestasyonel DM gebelerin %7'sinde görülmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). İleri anne yaşı ve beden kitle indeksinin de gestasyonel diyabet prevalansının artışına neden olduğu ifade edilmektedir (Öztürk ve Altuntaş, 2015). Dünyada 21,1 milyon canlı doğum gestasyonel diyabetten etkilenmekte olup bu sayı toplam canlı doğum sayısının %16,7'sini oluşturmaktadır (IDF, 2021).

2.3.3. Spesifik Nedenlere Bağlı Diabetes Mellitus

Otozomal dominant geçiş ile meydana gelen pankreasın beta hücrelerinin genetik defektine, pankreasın ekzokrin doku patolojileri ve enfeksiyonuna (pankreatit, hemokromatoz, kistik fibrozis, neoplazi, travma), endokrinopatilere (akromegali, cushing sendromu, hipertiroidi aldosteronoma vb.), ilaçlara ve kimyasal ajanlara (antipsikotik, anti-viral, glukokortikoidler vb.) bağlı gelişen diyabetes mellitus bu grupta yer almaktadır (TEMD, 2020).

2.3.4. Tip-2 Diabetes Mellitus

Tüm dünyada görülen DM vakalarının %90'ından fazlasını tip 2 DM oluşturmaktadır (IDF, 2021). Tip 2 DM göreceli insülin eksikliği veya insülin direnci nedeniyle kandaki yüksek glikoz seviyeleri ile karakterize, karbonhidrat, protein ve lipit metabolizmasının

kronik ilerleyici bir endokrinolojik bozukluğudur (Jackson et al, 2014). Genellikle erişkinlik döneminde ortaya çıkmasına rağmen günümüzde obezitenin küçük yaşlarda görülmesiyle daha genç bireylerde de Tip 2 DM gelişmektedir (Uygur ve Gogas Yavuz, 2017; IDF, 2021). Dünyada 20-79 yaş aralığında 536,6 milyon tip 2 DM tanılı birey bulunmaktadır. Toplam nüfusa kıyasla görülme oranı %10,5'tir (IDF, 2021). Türkiye'de 2012-2017 dönemine ait kaba DM insidansı yüz binde 4051'dir. Kadınlardaki DM insidansı erkeklerdeki DM hızından 1,48 kat fazladır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

A. Tip-2 Diabetes Mellitus Fizyopatolojisi, Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Fizyopatolojik mekanizması incelendiğinde; insülin direnci, insülin sekreyonunda azalma ve inkreatin hormon yetersizliği ile karakterizedir (Özpak ve Pazarbaşı, 2021).

- **İnsülin direnci:** hücre reseptör defektine bağlı organizma ürettiği insülini etkin kullanamadığı için glikoz enerji olarak kullanılamaz ve hipoglisemi meydana gelir. Periferik dokularda özellikle kas ve yağ dokularında insülin etkisi yetersiz olduğundan glikoz tutulumu azalır (TEMD, 2020).
- **İnsülin sekreyonunda azalma:** karaciğerde glikoz yapımının artmasına yanıt olarak pankreas yeterli insülin salınımını gerçekleştiremez. Gerçekleşen hepatik glikoz yapımından sabaha karşı daha aktif olan kontr-insüliner hormonları (kortizol, büyüme hormonu ve adrenalin; Dawn fenomeni) ve insülin sekresyon defekti sorumludur (TEMD,2020).
- **İnkreatin hormon yetersizliği:** gıda alımı sonucu gastrointestinal sistemden salgılanan inkreatinler insülin sekresyonunu stümile eden hormonlardır. İnkreatinler gıda alımı sonrası insülin salgılanmasının %60'ından sorumlu olduğu için inkreatin hormon yetersizliğinin Tip-2 diabetes mellitus fizyopatolojisinde nedensel rol oynadığı düşünülmektedir (TEMD, 2020).

Tip 2 Diabetes Mellitus etiyolojisinde genetik (değiştirilemez) ve çevresel (değiştirilebilir) etmenlerin kombinasyonu söz konusudur (MacKay ve Rose, 2014).

Tip-2 Diabetes Mellitus Risk Faktörleri;

- Birinci derece DM tanılı akraba olması
- Yüksek riskli etnik grup mensubu
- Yaş (40 yaş ve üzeri olmak)
- Prediyabet
- Hipertansiyon
- HDL kolesterol <35 mg/dL, trigliserid > 250mg/dL
- Kardiyovasküler hastalık
- Fazla kilolu veya obez olma
- Polikistik over sendromu
- Gestasyonel diyabet öyküsü
- 4 kg ve üzerinde bebek doğurma öyküsü
- Şizofrenik bozukluk
- Bazı atipik antipsikotik ve antidepresan ilaç kullanımı
- Fiziksel inaktivite
- Solid organ transplantasyonu yapılan kişiler (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Türkiye’de toplam nüfusun %40,1’i normal kilolu, %35’i obez öncesi (fazla kilolu), %21,1’i ise obez’dir (TÜİK, 2019). Obezite DM gelişimi için en önemli risk faktörüdür. Toplam vücut ağırlığının %5’i veya daha fazla kilo kaybı, glisemik kontrolde iyileşmeler, DM ilaçlarına duyulan ihtiyaçta azalma ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlar (Aras, et al., 2021). Gerçekleştirilen bir çalışmada 30 yaş ve üzeri kadınlarda obezitenin diyabet riskini 3 kat, 40 yaş ve üzeri erkeklerde ise 1,7 kat arttırdığı, ayrıca yaşın yükselmesiyle diyabet prevalansının arttığı ifade edilmektedir (Onat, vd., 1999). Nijerya’da yapılan bir çalışmada DM hastalığının sağlıklı beslenme, ileri yaş, şehir yaşamının en öne çıkan riskleri olduğu ortaya konulmuştur (Uloko, et al., 2018). Yapılan bir diğer çalışmanın sonucunda ise genellikle tip 2 DM hastalarının belirgin kiloları olduğu, kilo alımının insülin kullanımını arttırdığı bu nedenle öncelikli olarak kilo verdirici tedavilere odaklanılarak bireyin kan şekerinin daha regüle seyretmesinin sağlanacağı üzerinde durulmuştur (Varol ve Aydın, 2020). 2011 yılında bozulmuş açlık kan glikozu olan kişilerde 2017 yılı itibarıyla DM

gelişme riski, açlık kan glikozu normal olanlara göre 2,5 kat fazla olduğu saptanmıştır (SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

B. Tip-2 Diabetes Mellitus Tanı Yöntemleri

Bireyi komplikasyonlardan korunma açısından erken tanının önemi pek çok çalışmada vurgulanmaktadır. DM'li bireylerin çoğu hastalığının farkında olmadığından tanı ilaç kullanımını gerektiren ileri evrede tespit edilmektedir (Terkeş ve Bektaş, 2014; Jahani ve Mahdavi, 2016). Ülkemizde 40 yaş ve üzeri bireylerin %10'undan fazlası DM olduğu için, kilosu ne olursa olsun 40 yaşından itibaren üç yılda bir tercihen APG (Açlık Plazma Glikoz) ölçümü ile DM taraması önerilmektedir (TEMD, 2020). Beden Kitle İndeksi (BKİ) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ olan asemptomatik yukarıda bahsedilen risk faktörlerine sahip olan bireyler daha genç yaşlarda itibaren ve daha sık aralıklarla DM yönünden araştırılmalıdır (TEMD, 2020).

- **Açlık Plazma Glikozu $\geq 126 \text{ mg/dL}$** ; Teste alınacak bireyin açlık plazma glikozu tespiti için en az 8 saatlik açlık gerekir.
- **Rastlantısal Plazma Glikozu + DM Semptomları $\geq 200 \text{ mg/dL}$** ; Rastlantısal plazma glikozu gıda alımına bağlı olmaksızın günün herhangi bir saatinde ölçülebilir. Bireyin plazma glikoz düzeyinin 200 mg/dL 'den büyük olması ve poliüri, polidipsi gibi DM semptomlarının bulunması tanı koydurucudur.
- **Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT)'nde 2. Saat Plazma Glikozu $\geq 200 \text{ mg/dL}$** ; Risk grubunda bulunan ve semptomları olan bireylerde kapsamlı ve duyarlı bir test olan oral glikoz tolerans testi uygulanmaktadır. En az 8 saatlik açlık sonrası 75 gr oral glikoz sıvısı içirilen bireyin 2. saat plazma glikozu 200 mg/dL ve üzerinde olması tanı koydurur.
- **HbA1c (Hemoglobin A1c) $\geq 6,5$ (48 mmol/mol)**; HbA1c DM tanısında ve hastaların diyabet yönetiminin etkinliğini değerlendirmede kullanılmaktadır. Glikolize olmuş

hemogloblin düzeyini göstermektedir. Ülkemizde henüz HbA1c ölçüm testleri standardize edilemediği için tek başına tanı testi olarak kullanımını önerilmemektedir. (Türkiye Diyabet Vakfı, 2021).

C. Tip-2 Diabetes Mellitus Tedavisi

DM tedavisinin asıl amacı kan glikoz düzeyinin regülasyonunu sağlamaktır (Arslan, 2011). Tedavide glisemik hedefler; açlık veya öğün önceleri plazma glikozu 80-130mg/dl, tokluk plazma glikozu <180 mg/dl (tokluk 2. saat)'dir. HbA1c hedef değer, yetişkin diyabetlilerde \leq %7, yaşlı ve kardiyovasküler hastalık riski taşıyan bireylerde ise \leq %7,5-8 arasında değişmektedir (Türkiye Diyabet Vakfı, 2021).

Tip 2 DM tedavisinde en önemli nokta tedavinin bireyselleştirilmesidir. Tedavi planlanması aşamasında pek çok faktör bir arada değerlendirilir. Pankreas beta hücre rezervini gösteren "C-Peptid", HbA1c değeri, açlık kan şekeri gibi parametrelere bakılarak takip ve tedavi planlanmaktadır. Beta hücre rezervi yeterli olan ve HbA1c değeri <%8 olan bireylerde metformin ve yaşam tarzı değişikliği uygulanmaktadır. Bu tedavinin etkin sonuca ulaşmadığı HbA1c değeri %8-10 arasında ve beta hücre rezervi yeterli olan hastalara metformin, ek bir oral anti-diyabetik (OAD) ve yaşam tarzı değişikliği önerilmektedir. HbA1c değeri>%10; beta hücre rezervi yeterli olan bireylerde üçlü kombinasyon OAD, beta hücre rezervi sınırdaki olan bireylerde metformin ve bazal insülin kombinasyonları, beta hücre rezervi yetersiz olan bireylerde çoklu doz insülin kombinasyonları ve metformin kullanılır. Beta hücre rezervi yetersiz (C-Peptid< 0.5ng/ml) olan tüm hastalar HbA1c 'den bağımsız olarak insülin ile tedavi edilmektedir (Türkiye Diyabet Vakfı, 2021).

Yaşam Tarzı Değişiklikleri: DM tanısı konan bireye hastalığın kontrolü ve tedavi süreçlerinin optimal ilerlemesi için hastalığın nedenleri, tedavi seçenekleri, beslenme ve egzersizin önemi, öz bakım, kan glikoz düzeylerinin takibi, beklenmeyen durumlarla başa çıkma, erken ve geç dönem komplikasyonları tanıma ve önleme konularını içeren eğitim verilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014; Turan ve Kulaksızoğlu, 2015). Kalori alımının azaltılması, yağ alımının azaltılması, fiziksel aktivitenin artırılması, kilo kaybı ile optimal beden kitle indeksi (BKİ)'ne ulaşma, psikososyal baş etme becerileri geliştirerek

stres yönetimini sağlama gibi konuları kapsar (Türkiye Diyabet Vakfı, 2021; Jackson, et al., 2014). Tüm dönemlerde yaşam tarzı değişikliği, yerini tutacak ilacın bulunmadığı vazgeçilmez tedavi bileşenidir. Yaşam tarzı değişikliği ile 6 ayda %5-10 kilo kaybı sağlanmalıdır (Türkiye Diyabet Vakfı, 2021). Sağlıklı beslenme; düşük glisemik indeksli karbonhidratların tüketiminin azaltılması, doymuş yağ ve trans yağ tüketiminin azaltılması, kümes hayvanları balık ve az yağlı süt ürünleri gibi yağsız protein kaynaklarının tüketilmesinin desteklenmesi, sebze ve meyve tüketiminin artırılması ile DM'nin %44-58 oranında engellenebileceği veya geciktirilebileceği vurgulanmaktadır (Okburan ve Hasbay Büyükkaragöz, 2018). Yüksek riskli gruplarda tip 2 DM dönüşümünde yaşam tarzı müdahalesi Da Qing'in çalışmasında 20 yıllık izlemde %43'lük azalma, Amerika Diyabet Önleme Programı Sonuçları Çalışmasında 10 yılda %34 azalma gerçekleştirmiştir (ADA, 2011).

Tıbbi Beslenme Tedavisi: Diabetes mellituslu bireyler için tek bir beslenme tedavisi mevcut değildir. Sosyoekonomik düzey ve hastanın beslenme alışkanlıkları gibi faktörler göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmiş öğün planlanması yapılmalıdır (ADA, 2019; Tümer ve Çolak, 2012). DM tanısı alan birey en kısa sürede diyetisyene yönlendirilerek (hemşire, doktor, psikolog) tedavide farklı disiplinler yaklaşımlar bir arada sürdürülmelidir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,2014; Tümer ve Çolak, 2012). Bireylerde öğünlerin 2-3 öğünde tüketilmesi yerine gün içerisinde dağıtılmasının yararlı olduğu, endojen insülin miktarının artmasını sağladığı saptanmıştır (Tümer ve Çolak, 2012). Karbonhidrat, protein ve yağ alımı hastanın kullandığı medikal tedavinin içeriğine göre değişim gösterirken, hastayı hem hipoglisemi gibi akut komplikasyonlardan hem de nefropati gibi uzun dönem komplikasyonlardan korumak amacıyla alanında yetkin diyetisyen tarafından beslenme programı oluşturulup multidisipliner yaklaşım ile hemşire ve doktor tarafından desteklenmelidir (Özer, 2019).

Tıbbi beslenme tedavisinin amaçları ise metabolik kontrolü sağlamak, hastalığın kronik komplikasyonlarını önlemek veya gelişimini azaltmak, bireyin kişisel özellikleri dikkate alınarak beslenme gereksinimini belirlemek, yaşanabilecek hipoglisemi gibi komplikasyonlarda kendi öz yönetimini sağlama becerisi geliştirmektir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,2014).

Egzersiz: Egzersiz DM yönetiminin önemli unsurlarındandır. Egzersiz yüksek riskli bireylerde hastalık gelişimini önleyebilirken tanılı bireylerde kan glikozunu regüle eder, kardiyovasküler risk faktörlerini azaltır, kilo vermede katkıda bulunur ve sağlığı iyileştirir (ADA, 2011). Egzersiz programı bireyin yaşam şekli, gereksinimleri, eşlik eden hastalıkları ve komplikasyonları göz önünde bulundurularak bireysel düzenlenmeli; ortalama olarak haftada en az 150 dakika, orta yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite yapmaları önerilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014; ADA, 2011). Düzenli egzersiz, egzersiz sırasında tüketilen oksijen miktarını arttırdığı gibi HbA1c ve kardiyorespiratuvar zindelik açısından ek faydalar sağlamaktadır (Boulé, et al., 2003). Farklı egzersiz uygulama modellerini karşılaştıran bir meta analiz çalışmasında hem denetimli aerobik hem de denetimli direnç egzersizleri, egzersiz yapılmamasına kıyasla HbA1c’de %0,30 azalma sağlanmıştır. Ayrıca denetimli aerobik egzersiz, egzersiz yapılmamasına kıyasla açlık plazma glikozunda 9,38 mg/dl düşüş, toplam kolesterolde 20,24 mg/dl düşüş, trigliserid değerinde 19,34 mg/dl düşüşü sağlamıştır. Denetimli direnç egzersizleri ise egzersiz yapmayanlara kıyasla sistolik kan basıncını 3,90 mmHg daha düşük, toplam kolesterolün 22,08 mg/dl daha düşük olmasını sağlamıştır (Pan, et al., 2018).

Oral Anti-diyabetik Ajanlar: Bu ajanlar insüline bağımlı olmayan tip 2 DM hastalarında tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz ve yaşam tarzı değişimi ile kan şekerinin kontrol edilemediği durumlarda kullanılmakta olup, 40 yaşın üzerinde ve tanı süresi 5 yıldan az olan bireylerdir (Çubuk ve İnce, 2015). Glisemik kontrolü sağlamak amacıyla insülin duyarlılığını arttıranlar (biguanidler, tiazolidinedionlar), insülin sekresyonunu arttıranlar (sulfonilüreler, glinidler), glikoz emilimini inhibe edenler (alfa-glukozidaz enzim inhibitörleri), böbrekte glikoz reabsorpsiyonu azaltarak idrarla glikoz atılımını arttıran sodyum glikoz transporter (SGLT) inhibitörleri (depagliflozin, kanagliflozin ve empagliflozin) ve inkretin bazlı ilaçlar (dipeptidil peptidaz-4 inhibitörleri, GLP-1 analogları) kullanılmaktadır (Turan ve Kulaksızoğlu, 2015; Göksu, 2018).

İnsülin Hormon Tedavisi: İnsülin hormonu insan vücudunda pankreasın beta hücrelerinden günde ortalama 40-50 ünite salgılanmakta olup en önemli görevi glikozun hücre içine girişini sağlamaktadır (Masharani ve Germen, 2007; Erkoç, 2015). Ayrıca insülin

hormonu glikozun yıkımını arttırarak kan glikozunun düşmesi sonucu kan şekerinin regüle olmasını, yağ hücrelerinin ise yağ asitlerine dönüşerek trigliserid şeklinde depolanmasını sağlar (Aydoğan, 2005).

Tip 2 DM hastalarının insülin tedavisine başlama sebeplerinde insülin dışı anti-hiperglisemik ilaçlarla hedeflenen glisemik kontrolün sağlanamaması, insülin eksikliği düşündürülen bulgular (aşırı kilo kaybı, ketozis, hipertrigliseridemi), ağır hiperglisemik sendromlar (poliüri, polidipsi), hiperglisemik aciller, akut miyokard enfarktüsü, akut sistemik, ateşli hastalıklar, major cerrahi operasyonlar, gebelik ve laktasyon, ağır karaciğer veya böbrek yetersizliği, pankreas yetersizliği, insülin dışı antihiperglisemik ilaçlara alerji veya ağır yan etki gelişimi, ciddi insülin rezistansı, uzun süreli yüksek doz kortikosteroid kullanımı yer almaktadır (TEMD, 2020). Kesin bir yargı veya protokol olmamasıyla birlikte HbA1C değerinin > %8,5 olduğu durumlarda tercih insülininden yana olmalıdır (Atmaca, 2011).

- **İnsülin Çeşitleri:**
 - a. **Hızlı Etkili İnsülinler (Lispro, Aspart, Glulisin):** Etki başlama süresi 15-30 dakika olmakla beraber etki süresi ortalama 3-5 saattir. Berrak görünümlüdür. Yemeklerden 5-15 dakika önce uygulanmaktadır.
 - b. **Kısa Etkili İnsülinler (Human Regüler):** Etki başlama süresi 30 dakika olup etki süresi 5-8 saattir. Berrak görünümlüdür. Damardan intravenöz alınabilen insülin türüdür. Yemeklerden 30 dakika önce uygulanmalıdır.
 - c. **Orta Etkili İnsülin (NPH):** Etki başlama süresi 1-2 saattir. Etki süresi 14 saatten uzun sürebilmekte olup bulanık görünümdedir.
 - d. **Uzun Etkili İnsülin (Glarjin, Detemir):** Glarjin 90 dakika içinde detemir 3-4 saat içerisinde etki etmeye başlar. Glarjinin etki süresi 24 saatken, detemirin etki süresi 20-24 saattir. İkisi de berrak görünümlüdür.

- e. **Karışım İnsan İnsülinleri (NPH %70 + Regüler %30):** Otuz dakika içerisinde etki ederler. Etki süresi 14-24 saattir ve berrak görünümündedir.
- f. **Karışım İnsülin Anologları (Lispro Protamin %75 + Lispro %25, Lispro Protamin %50 + Lispro %50, Aspart Protamin %70 + Aspart %30):** Karışım türüne göre değişmekle beraber etki başlama süreleri 10-30 dakika arasında değişmektedir. Etki süreleri ortama 14-24 saattir. Bulanık görünümündedirler (Atmaca, 2011; TEMD, 2020).

İnsülin Tedavisinin Komplikasyonları: Hipoglisemi, kilo artışı, masif hepatomegali, ödem, immunojenisite, lipohipertrofi-atrofi, kanama, sızma ve ağrı, hiperinsülinemi ile ateroskleroz ve kanser riski'dir (TEMD, 2020). Yapılan bir araştırmada ilk defa insülin tedavisi başlanan tip 2 diabetes mellitus hastalarının insülin tedavisini bırakma oranı %6,2 bırakma nedenleri sorgulandığında ise %26,9'u hipoglisemi ve halsizlik, %23'ü iyileştiklerini düşündüklerinden, %15,9'u enjeksiyon zorluğu, %11,5'i alerji, %7,6'sı çevresel faktörler, %7,6'sı bağımlılık korkusu olarak tespit edilmiştir (Karabayraktar, vd., 2017).

D. Tip 2 Diabetes Mellitus Komplikasyonları

a. Akut Komplikasyonlar

Akut komplikasyonlar büyük ölçüde önlenbilir olmasına karşın diabetes mellituslu bireylerde yüksek morbidite ve mortaliteden sorumludur. Ayrıca maliyet artışına önemli katkıda bulunmaktadır (Harding, et al., 2019).

Hipoglisemi: Amerikan Endokrin Cemiyeti (The Endocrine Society), Amerikan Diyabet Derneği (ADA) gibi kuruluşlar diyabetes mellituslu bireylerin hipoglisemi sınırını <70 mg/dl olarak kabul edilmesini uygun görmektedir (TEMD, 2020). Hipogliseminin gelişiminde; fazla doz insülin uygulanması, aşırı egzersiz sonucu glikoz kullanımının arttığı durumlar, alkol alınması, öğün atlama, diyetle alınan karbonhidratın yetersizliği, insülin

uygulama şeklinde hata yapılması gibi birçok faktörün etkisi bulunmaktadır (Eroğlu, 2018). Beyin sürekli olarak glikoza ihtiyaç duyduğundan hipoglisemiden bireyin nörolojik fonksiyonları etkilenmektedir (Erol, 2013).

Hipoglisemi belirtileri ise soğuk, nemli ve terli cilt, halsizlik, taşikardi/çarpıntı, tremor, bulantı, acıkma, uyuşma, baş ağrısı, baş dönmesi, konuşmada güçlük, ruhsal değişiklikler ve dikkatte azalma, davranış değişiklikleri, konvülsiyon ve koma'dır (TÜRKDİAB, 2016; TEMD, 2020).

Tablo 1

Hipoglisemi değerlendirme kriterleri

Hafif Hipoglisemi	Orta Derece Hipoglisemi	Şiddetli Hipoglisemi
Plazma Glikozu <70mg/dl	Plazma Glikozu 50-70mg/dl	Plazma Glikozu <50mg/dl
Soğuk ve nemli cilt	Baş ağrısı	Konvülsiyon
Halsizlik	Halsizlik	Koma
Tremor	Davranışsal ve Ruhsal	
Çarpıntı/Taşikardi	Değişim	
Terleme	Uyku Hali	
	Dikkatte Azalma	

Hastanın bilinç durumuna göre oral veya intravenöz yoldan glikoz takviyesi yapılarak takip edilmeli kan glikozunun regüle seyretmesi sağlanmalıdır. Ayrıca hipoglisemi atağının nedeni araştırılarak bireye eksikliklere yönelik eğitimler planlanmalıdır (TEMD, 2020).

Diabetik Ketoasidoz (DKA): İnsülin eksikliği sonucu meydana gelen hiperglisemi, hiperketonemi ile asidoza ve dehidratasyona neden olan protein, yağ ve karbonhidrat metabolizmasında değişim ortaya çıkaran tedavi edilmediği takdirde ölüme neden olabilen

durumu tanımlar (Çallı, 2014). Patolojik süreçte karaciğerin yağları aşırı miktarda parçalaması sonucu meydana gelen ketonlar kanı tehlikeli derecede asidik hale getirirler (IDF, 2021). Diyabetik ketoasidozun çeşitli nedenleri olmakla beraber en sık görülen sebepler arasında tanı almamış ve yeni başlayan DM, enfeksiyon ve insülin tedavisinin kontrolsüz bırakılmasıdır (Çallı, 2014). Meydana gelen belirgin hiperglisemi ozmotik diürece, idrarala aşırı miktarda su, sodyum ve potasyum kaybına, karaciğerde keton sentezi ve salınımında artışa bağlı asidoz ile hacim azalmasına yol açar. Keton cisimcikleri olan asetoasetik asit ve beta-hidroksibütirik asit atılımında belirgin artışlar sodyum ve potasyum kaybına neden olur. Ayrıca asetoasetik asitin spontan dekarboksilasyonundan oluşan aseton plazmada birikir ve solunum ile atılır. DKA'da normalin dışında meydana gelen ketogenez insülinin yağ dokusundan salınan serbest yağ asiti ve karaciğerde serbest yağ asidinin oksidasyonu ve ketogenezi üzerindeki normal düzenleyici etkisinin saf dışı kalmasından kaynaklanır (Olgun, vd., 2017). ABD'de Tip 2 diabetes mellituslu bireylerin %10'unda tanı esnasında DKA mevcuttur. Genel olarak veriler son yıllarda DKA ile ilişkili mortalite ve hastaneye yatış oranlarının azaldığını göstermektedir (Harding, et al., 2019).

Hiperglisemik Hiperozmolar Non-ketotik Koma (HHNK): Plazma ve idrarda keton cisimciklerinin görülmediği, ileri derecede hiperglisemi, dehidratasyon, plazma hiperosmolaritesi ve mental değişikliklerle karakterizedir. Hiperglisemi ozmotik diürece neden olarak 8-10 litre sıvı ve elektrolit kaybı oluşturmaktadır. Özellikle orta yaş üzeri bireylerde susama mekanizmasındaki bozukluk veya suya ulaşmada sorun olması durumunda, renal perfüzyonda, dolayısıyla glikozun renal ekspresyonunda azalma olması, hipergliseminin daha da artmasına, osmolaritenin yükselmesine neden olarak bilinç düzeyinde azalma meydana gelir. Bilinç düzeyinin azalması hiperglisemi ve hiperosmolaritenin daha da derinleşmesine neden olarak; laterji, stupor veya koma gelişimine kadar gitmektedir. DM tanısı olmayan bireylerde de görülmektedir (Olgun, vd., 2017; Güvener, 2003; Çallı, 2014). Tedavide sıvı replasmanı, hipergliseminin saatte 80-100 mg olacak şekilde düşürülerek düzeltilmesi, elektrolit açığının replasmanı sağlanmalıdır (Güvener, 2003).

Laktik Asidoz: Kanda laktat konsantrasyonunun artması ve anyon açığı ile karakterizedir. Dokularda oksijen dağılımı ve kullanımının yetersizliği sebep olur. Genellikle karaciğer yetersizliği, renal fonksiyonların azaldığı (Kronik böbrek yetmezliği, ileri yaş, şok, ciddi dehidratasyon), doku hipoksisini arttıran durumlar (konjesif kalp yetersizliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, ciddi enfeksiyonlar) mevcut olduğunda oral antidiyabetik ajan olan metformin kullanımı laktik asidoz oluşumun riskini arttırdığından kullanılmamalıdır. Kandaki laktat düzeyi > 5 mmol/l (Normalde 0.5 – 1 mmol/l' dir. Laktat düzeyi > 2 mmol/l olduğunda hiperlaktatemi kabul edilir.), pH <7.30 bulunur (TEMD, 2020).

b. Kronik Komplikasyonlar

➤ Mikrovasküler Komplikasyonlar

Nefropati: Böbreklerin kılcal damar yumaklarına gelen kanı tam olarak temizleyememesi ve/veya böbrek geçirgenliğinin artmasından dolayı damar içinde kalması gereken proteinin idrar ile atılmasıyla karakterizedir. Sürekli azalan glomerüler filtrasyon hızının yanında, proteinüri >0,5gr/24 saat olarak mevcuttur (Olgun, vd., 2017; Avcı ve Çakır, 2014). Erişkin yaştaki bireylerin en önemli morbidite ve mortalite nedeni olmakta beraber son yıllarda son dönem böbrek yetmezliğine yol açan faktörler arasında ilk sıraya yerleşmiştir (TEMD, 2020; Atasoy, vd., 2014).

Nöropati: Sinir lifi yıkımı ve tamiri arasında dengesizlik oluştuğunda ortaya çıkmakla beraber sinir hasarı daha çok otonomik ve distal duysal lifleri etkilemektedir. Bireyde elleri ve ayakları ilgilendiren sinir lifleri tutulumuna bağlı olarak uyuşma, yanma, batma, ağrı, kas zayıflığı ve elektrik çarpması gibi belirtiler gelişmektedir. Otonom nöropati gelişen bireylerde dinlenme halinde taşikardi, postural hipotansiyon, gastrointestinal sistemde şişkinlik, gastroparezi, impotans ve azalmış ışık refleksi görülebilmektedir. (Olgun, vd., 2017; Ünal, vd., 2015; Terzi, vd., 2004).

Retinopati: Gelişiminde diyabet yaşı öncelikli etmendir. Tip 2 DM hastalarında diyabet yaşı 5 yıldan az olanlarda nadiren retinopati saptanırken, 5-10 yılda %27, 10 yıl ve üzerinde %71-90, 20-30 yıl arasında ise oran %95'e çıkmaktadır (İnan, 2014).

➤ **Makrovasküler Komplikasyonlar**

Makrovasküler komplikasyonlar büyük damarlarda meydana gelen değişimler sonucu ortaya çıkan belirtileri tanımlamak amacıyla kullanılır. DM; koroner arterleri, periferik vasküler sistemi, serebrovasküler sistemi, endotel disfonksiyonu aterotromboz ve ateroskleratik plak gelişimi, koagülasyon anormallikleri meydana getirerek etkilemektedir (Olgun, vd., 2017). Yapılan çalışmaya göre HbA1c'deki %1'lik artış kardiyovasküler hastalık riskini %10 düzeyinde yükseltmektedir (Keskin ve Balcı, 2011). Diabetes Mellituslu bireyler hasta olmayanlara kıyasla majör kardiyovasküler olayları ve kardiyovasküler hastalık ile ilişkili klinik prosedürler için iki ila dört kat daha fazla hastaneye yatış riskine sahiptir. Tüm dünyada DM, kardiyovasküler hastalıkların en önde gelen ölüm nedenidir. Kanada'da akut miyokard enfarktüsü (AMI) ve serebrovasküler olay nedeni ile hastane içi ölüm diabetes mellituslu bireylerde olmayanlara kıyasla 1,6 kat yüksektir (Harding, et al., 2019).

2.4. Öz Yeterlilik Tanımı

Bandura (1997) öz yeterliliği “bireyin olası durumlar ile başa çıkabilmek için gerekli olan eylemleri ne kadar iyi yapabildiklerine ilişkin yargılar” olarak tanımlar ayrıca öz yeterlilik inancının kişinin doğru ya da yanlış davranışları gerçekleştirme durumunu etkilediği ve bir problem ile karşılaştığında sorunu çözmek için ne kadar ısrarcı olup çaba harcayacağını belirleyicisi olduğunu ifade ederken; Zimmerman (1995) benzer olarak “bireyin bir işi gerçekleştirebilme ve başarabilme yeteneği konusundaki yargıları” olarak tanımlanmaktadır. Pajares ve Schunk (2001) öz yeterliliği kişinin önceki başarıları ile bağlantı kurarak kendi başarısını yönetme becerisi olarak ifade etmektedir. Luszczynska, et al. (2005) “kişinin karşılaştığı olağan dışı sorunlarla baş edebilmesi için kendi kendine olan güven” olarak; Senemoğlu (2020) ise öz yeterliliği “bir işi gerçekleştirebilme konusundaki

yetkinliğine yönelik inancı” olarak tanımlamaktadır. Sonuç olarak tüm tanımlar kişinin kendine güveni, gücü, yetkinliği ve yeteneğine olan inancı ortak paydasında birleşmektedir.

2.4.1. Öz Yeterlilik Kavramının Önemi ve Bireyler Üzerindeki Etkileri

Öz yeterlilik bireyin bilişsel, motivasyonel, duyuşsal ve karar verme süreçleri üzerindeki etkileri nedeni ile yaşamlarına yön vermede etkili olmaktadır. Bireylerin üretkenliğini, karamsar olup olmadıklarını, iyimserlik durumunu, zorluklar karşısında kendilerini ne kadar iyi motive ettiklerini, duygusal refahlarının kalitesini belirler (Bandura, 2009; Bandura, 1994). Güçlü bir yeterlilik duygusu, insan başarısını ve kişisel refahını artırırken zor görevleri kaçınılması gereken tehditler olarak değil üstesinden gelinmesi gereken zorluklar olarak yaklaşırlar. Güçlü yeterlilik duygusuna sahip olan bireyler başarısızlıktan veya aksiliklerden sonra yeterlilik duygusunu hızla geri kazanırlarken başarısızlığı yetersiz çabaya veya edinilebilir olan eksik bilgiye ve beceriye bağlarlar. Aksine yeteneklerinden şüphe duyanlar üstlendikleri zor görevlerden çekinerek nasıl başarılı olacaklarına odaklanmak yerine, kişisel eksiklikleri ve her türlü olumsuz sonuç üzerinde dururken çabalarını yavaşlatarak çabuk pes ederler (Bandura, 1994).

Öz yeterlilik kişinin istedik sonuca varmak için birtakım görevleri yerine getirme konusundaki kendine güveni ifade ettiğinden daha güçlü öz yeterlilik inançları yüksek düzeyde olan bireylerin istedik sağlık davranışlarını sağlama ve sürdürme olasılığı daha yüksektir (Demirbaş ve Kutlu, 2020). Schunk’a göre insan davranış ve eylemlerinin en önemli belirleyicisi bireyin kendine olan yeterlilik inancı olduğundan, birey sorumluluklarını yerine getirmede yeterlilik inancına sahip olursa istekli ve kararlı bir şekilde güdülenerek gerekli davranışlar için harekete geçerler (Yenilmez ve Kakmacı, 2008; Bayır, 2019). Birey eyleminin neticesinin olumlu olacağını düşünür ve inanırsa, hayatın kontrolünü elinde tutabilmek için daha aktif davranmaktadır (Scherbaum, et al., 2006).

2.4.2. Öz Yeterlilik Kaynakları

Bireyin becerisini kullanarak gerçekleştirebileceklerine yönelik inanç yargılarının bir ürünü olan öz yeterlilik kişinin becerisinin bir fonksiyonu olmamakla beraber kişiyi kendi kendini algılayışı olarak da isimlendirilebilecek öz yeterlilik dört temel kaynaktan beslenmektedir (Kansu ve Hızlı Sayar, 2018).

- **Performans Başarıları:** Bireyin doğrudan kendi başarılı ve başarısız tecrübeleri olduğundan öz yeterliliğin gelişiminde en etkili kaynaktır. Geçmişteki başarılı deneyimler öz yeterliliği geliştirirken, başarısız olunan tecrübeler öz yeterliliğin düşmesine neden olmaktadır (Kurbanoglu, 2004; Kaçar ve Beycioğlu, 2017).
- **Dolaylı Deneyimler:** Birey kendine benzerliği yüksek olan diğer durumlarda, harcanan çaba sonucu başarılı olduğunu görüp örnek alarak, kendi başarısı gibi öz yeterlilik inancı geliştirebilir. Ters durumda harcanan çabanın başarısızlıkla sonuçlanması bireyin ilgili davranışa güdülenmesini olumsuz etkileyerek öz yeterliliğinin düşük düzeyde olmasına neden olmaktadır (Sahranç, 2013; Kaçar ve Beycioğlu, 2017). Deneyimlenen başarının öz yeterlilik düzeyini arttırdığı, başarısızlığın da azalttığı yönünde genel bir yargı olmasına rağmen öz yeterlilik düzeyi başarı veya başarısızlığa giden yoldaki süreçten de etkilenmektedir. Bu süreç; sarf edilen çaba miktarı, yapılan işin zorluk derecesinin bilinmesi, dışarıdan gelen yardım miktarı, çaba gösterirken var olan koşulları kapsamaktadır (Baltacı, 2008).
- **Sözel İkna:** Birey mevcut durum konusundaki becerileri ile ilgili çevresindekilerin neler söylediklerini dinlemektedir. Bu nedenle başarabileceği veya başaramayacağı konusundaki cesaretlendirmeler ve teşvik bireyin öz yeterliliğini etkilemektedir (Kansu ve Hızlı Sayar, 2018). İkna edici olumlu sözler öz yeterlilik algısını artırabilir ancak bu durum ikna etmeye çalışan kişinin güvenilirlik seviyesine ve konu ile ilgili yetkinlik düzeyine bağlıdır (Bandura, 1977; Schunk, 1991). Ayrıca olumlu sözel cesaretlendirmeye rağmen bireyin

yapacağı işte tekrarlı başarısızlık göstermesi öz yeterlilik algısında düşüşe neden olmaktadır (Schunk, 1991).

- **Fiziksel ve Duygusal Durum:** Bireyin karşılaştıkları durum ile ilgili yeterlilik düzeyleri fiziksel ve emosyonel tepkilerden etkilenmektedir. Bu durum hedefe ulaşmada verimlilik açısından önem arz etmektedir (Kotaman, 2008; Karaçetin, 2021). Olumlu ruh hali yeterlilik durumunu geliştirir; depresif ruh hali ise azaltır. Bireyler kaygı, gerginlik, yorgunluk ve fiziksel ağrıları kişisel eksikliklerinin işaretleri olarak anlamlandırır. Yeterlilik inancı ise kaygı ve depresyonu azaltarak, fiziksel güç ve dayanıklılık geliştirerek güçlendirilir (Bandura, 2009).

2.4.3. Diyabette Öz Yeterlilik ve Hemşirenin Rolü

Tip 2 diabetes mellitus yönetimi ve tedavisi yaşam boyu süren sorun olarak kabul edilir ve çok boyutlu olma eğilimindedir. Yönetimin en temel noktası birey tarafından kan şekeri regülasyonunun sağlanmasıdır (Kusumo, et al., 2020). Bireylerin öz yönetim uygulamaları diabetes mellitusu kontrol altında tutmak için kritik bir unsur olarak kabul edilmekte ve hastalık yönetiminin %95'i genellikle hastaların kendileri ve/veya aileleri tarafından yürütülmektedir (ALotaibi, 2020). Öz yeterliliği zayıf bireyler genellikle kan şekeri seviyelerinin kötüleşmesinde katkıda bulunmaktadır. Ek olarak komorbid veya DM komplikasyonların gelişimi sıklıkla depresyona yol açmakta ve bu durum hastanın kendi kendini yönetme davranışını engellemektedir. Öz yeterlilik düzeyi yeterli bilgi, olumlu inanç ile desteklenerek yükseltilebilir (Kusumo, et al., 2020). Bu bağlamda tip 2 diyabetli bireylerin, var olan potansiyel gücünü idrak etmeleri ve uygun biçimde kullanabilmeleri için holistik diyabet bakımı ve hasta merkezli ekip yaklaşımı çok önemlidir. Hemşireler de hastalar ile en fazla zaman geçiren, hastanın kolaylıkla erişim sağlayabileceği ve etkili iletişim kurabilen meslek grubu olarak diyabet yönetiminde elzem role sahiptir. DM hastalarının hemşireler tarafından sürekli izlenmesi ve desteklenmesi sonucu bireylerin öz yeterlilik düzeylerinin olumlu yönde etkilenerek “yapabilirim”, “başarabilirim” inançlarının sağlanmasına ve sürdürülmesine ciddi katkılar sağlar (Bernal, vd., 2000; Yanık ve Erol, 2016).

Diabetes Mellitusu olan hastalarda hemşirelerin öz yeterlilik düzeyleri arttırmaya yönelik girişimleri;

- Diabetes mellitus öz yönetim eğitimi bireyin kendi kendine bakımı için gerekli olan bilgi, beceri ve yeteneği kolaylaştırmaya yönelik devam eden bir süreçtir. Bu süreç bireyin; ihtiyaçlarını, hedeflerini ve yaşam deneyimlerini içerir. Eğitimin amacı sağlık durumunu geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek, problem çözme ve bilinçli karar vermeyi sağlık ekibiyle aktif iş birliğini desteklemektir. Eğitim bilgi sağlamaya çalışan didaktik bir yaklaşımdan, diyabetes mellitusluların bilinçli bir öz yönetim kararları vermelerine yardımcı olmaya odaklanan daha teorik temelli güçlendirme modeline dönüşmüştür (ADA, 2011).
- Duygusal iyilik hali diyabet sonuçlarıyla ilişkili olduğundan diyabetes mellitus öz yönetim eğitimi holistik bir bakış açısıyla psikososyal sorunları da ele almalıdır (ADA, 2011; Çallı, 2014).
- Eğitim düzeyi arttıkça bilgiye daha kolay ulaşma, edinilen bilgileri uygulama, sağlıkla ilgili konularda farkındalığın artması ve daha çok önem verme ayrıca sosyoekonomik faktörlerin de daha optimal düzeyde olmasından dolayı öz yeterlilik düzeyleri de artmaktadır (Yanık ve Erol, 2016; Qiao ve Shiu, 2004). Hemşire bu durumun bilincinde olarak eğitim düzeyi düşük bireylere yaklaşımında daha hassas davranmalıdır.

2.5. Tedaviye Uyum

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) uyum kavramını “Bir kişinin sağlık profesyonellerinin önerileri doğrultusunda belirlenen ilaçları alma, diyeteye uygunluk gösterme, yaşam tarzı değişiklikleri gibi davranışların derecesi” olarak ifade etmektedir (WHO, 2003). Tip 2 DM tedavisi; tıbbi beslenme tedavisi yani diyeteye, egzersiz programına, düzenli kan şekeri takibine ve düzenli ilaç kullanımına uygun bir şekilde uyulmasını gerektirmektedir. Beklenen bu davranış değişiklikleri çok az sayıda hasta tarafından elde edilmekte olup bu

süreci bireyin yaşı, tedavinin karmaşıklığı, hastalık süresi, depresyon, psikososyal sorunlar, sosyal destek sistemleri, kültürel inanç ve yaşam kalitesi gibi pek çok etmenden etkilenmektedir. Tanı esnasında bireylerde tedaviye uyum süreci başlamaktadır (Garay-Sevilla, et al., 2011).

2.5.1. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler

Çeşitli çalışmaların incelendiği meta-analiz çalışmasından elde edilen veriler diyabetin komorbid bir depresyon olasılığını arttırdığı tespit edilirken, DM hastalarında depresyon kötü glisemik kontrol, komplikasyonlar, hastaneye yatış ve kötü tedavi sonuçlarıyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Ayrıca depresyon tip 2 diabetes mellituslu bireylerde yüksek mortalite nedeni olarak depresif semptomları azaltılan bireylerin glisemik kontrolünün arttığı ifade edilmiştir (Kara ve Kara 2019; Anderson, et al., 2001). Gerçekleştirilen çalışmalarda diyabet tanısı süresi ve kullanılan ilaç sayısı arttıkça tedaviye uyumun azaldığı tespit edilmiştir (Fadere, et al., 2015; Demirbaş ve Kutlu, 2020). Yapılan bir diğer çalışmada gelir durumu daha iyi olanların, sigara kullanmayanların, yüksek eğitim düzeyine sahip olanların tedaviye uyumları daha iyi olduğu tespit edilirken, 3'ten fazla ilaç kullananların tedaviye uyumlarının daha düşük düzeyde olduğu da belirtilmektedir (Karaarslan Eşer, vd., 2018).

2.5.2. Tedaviye Uyumun Önemi

Kronik hastalıklarda tedavi başarısı etkileyen en önemli etmenlerden biri tedaviye uyumdur (Demirtaş ve Kutlu, 2020). Tedaviye uyum süreci ilaç tedavisine uyum, yaşam tarzı değişimlerini sağlık hizmeti sağlayıcıların önerilerini uygun olarak sağlamayı kapsarken yapılan meta-analiz ve diğer çalışmalar, Tip 2 DM hastalarında %6,9 ile %61,5 oranlarında değişen, ortalama %37,7 oranına sahip olan tedaviye uyumsuzluk olduğunu ifade etmiştir (Kara ve Kara, 2019; IQVIA Institute for Human Data Science, 2017). Diabetes mellitus tanılı bireylerde tedaviye uyum glisemik kontrolü etkilediğinden akut komplikasyonların oluşmasını engellemekte, kronik komplikasyonların oluşmasını ötetirken bireyin tedaviye uyum sağlayamaması durumunda hastaneye yatış ve sağlık bakım maliyetleri yükselmektedir (Karaarslan Eşer, vd., 2018; Kara ve Kara, 2019). Tedaviye

uyum oranları düştükçe HbA1c düzeylerinin artmasına neden olarak kronik komplikasyonların meydana gelme ihtimali yükselmesine bağlı sağlık maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Fadere, et al. 2015; IQVIA Institute for Human Data Science, 2017). Tip 2 diyabetin ekonomik yüküne bakıldığında Türkiye'deki üçüncü basamak bir hastanedeki hasta kayıtlarına göre, 2010 yılı itibariyle ödeyici kurum tarafından 11,4 milyar ile 12,9 milyar arasında olduğu hesaplanırken bu tutarın yaklaşık %12'si diyabet ilaçlarına, %15'i diyabet dışı ilaçlara ve %73'ü ise komplikasyon ve tarama tedavisine aittir. Ayrıca SGK'nın raporuna göre tip 1 ve tip 2 diyabetin Türk sağlık sistemine 2012 yılındaki toplam maliyeti 10 milyar TL'dir. Bu sayı SGK'nın toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %23'ünü oluşturmaktadır. Sağlık enflasyonu çalışmaların yürütüldüğü zamana göre arttığından ve bu maliyet tahminleri diyabetli birey, hasta bakımını gerçekleştiren kişi gibi dolaylı maliyetleri hesaba katmadığından günümüzdeki maliyet yükünün çok daha yüksek olduğu düşünülmektedir (IQVIA Institute for Human Data Science, 2017). Tedaviye uyum sağlama ve sürdürme bireyleri hem komplikasyonlardan koruma hem yaşam kalitesini ve iş gücünü artırma ve koruma açısından hem de ülke ekonomisi ve sağlık harcamaları açısından çok önemlidir.

Diabetes mellituslu bireyin tedavi uyumunu sağlama ve sürdürme becerisi kazandırmada profil belirleme, aktifleştirme ve sürdürme basamaklarının önemi büyüktür. Profili belirleme aşamasında, diyabetli bireyin aktiflik derecesi belirlenir. Hasta aktifliği: yaş, cinsiyet, sosyal ağ, bireysel sağlığa etkisi olan sosyoekonomik faktörleri içeren kişisel koşullardan; diyabetli bireyin durumunu kabul edip/etmemesi ve genel tedavinin yararına inanıp/inanmaması ile ilişkili sağlık inanç ve tutumlarından; bireylerin sağlıklarıyla ilgili uygun kararlar vermek için gerekli olan temel bilgi ve hizmetleri elde etme, işleme ve anlama kapasitesine bağlı olan sağlık okuryazarlığına; diyet, egzersiz ve eşlik eden hastalıklar gibi çeşitli faktörlerle ilgili olan sağlık durumu; sağlık hizmetlerine, sağlıklı gıdaya ve egzersiz tesislerine erişim ve bunların finansal olarak karşılanması ile ilgili olan erişim ile ilişkilidir. Tüm bu faktörler detaylı bir şekilde değerlendirilerek hasta aktifliği tespit edilerek eksiklikleri giderilmeli ve aktifliği desteklenerek geliştirilmelidir. Son olarak sürdürme aşamasında yüksek aktifliğe dolayısıyla tedavi uyumunu sağlamış olan bireyin sürdürmesi desteklenmelidir (IQVIA Institute for Human Data Science, 2017).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTRIMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırma Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte, kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma Çanakkale Yenice Devlet Hastanesi Dahiliye polikliniğinde, Ekim 2021 - Ağustos 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini son 6 ayda Çanakkale Yenice Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine DM nedeniyle başvuran Tip 2 diabetes mellitus tanısı olan 380 hasta oluşturmuştur. Örneklem seçme yöntemi kullanılmadan çalışmaya katılmayı kabul eden ve örneklem alınma kriterlerini taşıyan 172 hasta örneklem alınmıştır.

Örneklem Alınma Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Okur-yazar olmak,
- 1 yıl ve üzeri süredir Tip 2 DM tanısı almış olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Araştırmaya katılmaya engel teşkil edecek nörolojik ve psikiyatrik engeli bulunmamaktır.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Veriler dahiliye polikliniğe başvuran hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Hastalara veri toplamadan önce araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Veriler COVID-19 pandemisi nedeniyle maske ve sosyal mesafe kurallarına uygun şekilde toplanmış ve kişisel verilerin korunması esasına uyulmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin “Hasta Tanılama Formu (Ek-1)”, hastaların öz yeterlilik durumlarını değerlendirmek için “Tip 2 Diyabetli Hastalar için Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği (Ek-2)” ve tedaviye uyumu değerlendirmek için ise “Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği (Ek-3)” kullanılmıştır. Kullanılan ölçeklerin yazarlarından yazılı izin alınmıştır (Ek-6) (Ek-7).

3.5.1. Hasta Tanılama Formu

Literatür araştırması sonucu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bu form hastanın sosyo-demografik özellikleri, komplikasyon varlığı, diyabet yönetiminin kim tarafından sağlandığı, diyabet yaşı, ek kronik hastalık varlığı gibi durumları içeren 20 sorudan oluşmaktadır (Arslan, 2019; Alanyalı, 2019; Eryılmaz, 2019).

3.5.2. Tip 2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği

Tip 2 DM hastalarının öz yeterliliğini ölçmek amacıyla, Jaap Van Der Bill, Ada Van Poelgeest-Eeltink, Lillie Shortridge-Bagget (1999) tarafından batı kültürüne uygun biçimde tasarlanmış, Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması ise Usta tarafından (2001) yapılmıştır. Ölçeğin orijinal tasarımında yer alan 42 maddelik bu ölçek, Usta tarafından iç geçerlilik değerlendirilmesi sonucu 20’ye düşürülmüş ve bu 20 madde üzerinden geçerlilik

güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin; “Özel beslenme ve kilo”, “Fiziksel egzersiz”, “Kan şekeri” ve “Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü” olmak üzere 4 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek 5’li likert tipte tasarlanmış ölçek maddelerine 1=hiç, 2=nadiren, 3=bazen, 4=çoğu, 5=her zaman seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan ise 20’dir. Uygulama yapılan örneklem grubunda ölçek puan ortalaması hesaplanmaktadır. Hesaplanan puan ortalamasının üzerinde kalan bireyler öz yeterliliği yüksek, altında kalan bireyler ise öz yeterliliği düşük olarak nitelendirilmektedir (Usta, 2001).

3.5.3. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği

Ölçek Demirtaş (2014) tarafından, Tip 2 DM tedavisine hasta uyumunun değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, en az 1 yıldır tip 2 DM tanısı olan hastalara uygulanmaktadır. Toplam 30 maddeden oluşan, 5’li likert tipte bir ölçektir. Ölçek maddelerine yönelik olarak hastaların “Kesinlikle katılıyorum (1)”, “Katılıyorum (2)”, “Kısmen katılıyorum (3)”, “Katılmıyorum (4)”, “Kesinlikle katılmıyorum (5)” seçeneklerinden kendilerine en uygun geleni işaretlemeleri istenmektedir (Demirtaş, 2014).

Ölçekten hesaplanan puanların yorumlanmasında toplam ölçek puanları kullanılmaktadır. %0-20’lik dilimde olan puanlar (30-54) “tedaviye uyumu iyi”, %20-80’lik dilimde olan puanlar (55-125) “tedaviye uyumu orta” ve %80-100’lük dilimde olan puanlar (126-150) “tedaviye uyumu kötü” olarak yorumlanmaktadır (Demirtaş, 2014). Ölçeğin alt boyutlarından elde edilen puanın düşük olması, bireyin tedavi sürecinde olumlu ve beklenen davranışları gösterdiğini ifade etmektedir. Puanın yüksek olmasının bireyin tedavisine uyumsuz olduğunu ve beklenen duygu ve davranışları göstermediğini belirtmektedir (Demirtaş, 2014).

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik kurul izni Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bilimsel Araştırma Etik Kurulu tarafından (17/40 sayılı karar) (Ek-4) alınmıştır. Verilerin

toplanabilmesi için Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğünden (Ek-5), kullanılan “Tip 2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği” (Ek-6) ve “Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği” (Ek-7) için yazarlarından yazılı izinler alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalara bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmış, katılımcıların kişisel bilgilerinin korunacağı bilgisi verilmiştir.

3.7. İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, min-maks değerleri, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenilirlik Analizi” yapılmıştır. Normal dağılıma sahip olan verilerde basıklık/çarpıklık değerleri test edilerek normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Bu verilerin karşılaştırılmasında niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Numerik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon uygulanmıştır. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi basit doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Tablo 2

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	91	52,9
	Erkek	81	47,1
Medeni Durum	Evli	134	77,9
	Bekar	38	22,1
Yaş	≤ 47 yaş	30	17,4
	48-57 yaş	36	20,9
	58-67 yaş	60	34,9
	≥ 68 yaş	46	26,7
Eğitim Durumu	İlköğretim	107	62,2
	Lise	39	22,7
	Üniversite/Yüksek Lisans	26	15,1
Yaşadığı Yer	İl	41	23,8
	İlçe	58	33,7
	Köy	73	42,4
Çalışma Durumu	Çalışıyor	57	33,1
	Çalışmıyor	115	66,9
Evde Yaşadığı Kişi/Kişiler	Yalnız	29	16,9
	Çekirdek Aile (Eşi ve Çocuklarla)	77	44,8
	Geniş Aile	66	38,4
Alkol/Sigara Kullanma Durumu	Kullanmayan	131	76,2
	Her İkisini Kullanan	41	23,8
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	121	70,3
	Hayır	51	29,7
Kronik Hastalık Sayısı	Yok	51	29,7
	En az 1 kronik hastalık	75	43,6
	2 ve üzeri kronik hastalık	46	26,7
Toplam		172	100,0

Tablo 2’de görüldüğü gibi hastaların, %52,9’unun kadın, %77,9’unun evli, %34,9’unun 58-67 yaş, %62,2’sinin ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların yaşadıkları yerler incelendiğinde, %42,4’ünün köy olduğu, %33,1’inin çalıştığı, %44,8’inin çekirdek aile (eşi ve çocuklarla) ile yaşadığı görülmektedir (Tablo 2).

Hastaların alkol/sigara kullanım durumları incelendiğinde, %76,2’sinin kullanmadığı, %23,8’inin her ikisini de kullandığı, %70,3’ünün DM dışında kronik bir hastalığı olduğu, %43,6’sının 1, %26,7’sinin 2 ve üzeri kronik hastalığı bulunduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 3

Hastaların hastalığına ilişkin özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		n	%
DM Tanı Süresi/Yıl	1-4 yıl	45	26,2
	5-8 yıl	40	23,3
	9-12 yıl	32	18,6
	13-16 yıl	20	11,6
	≥17 yıl	35	20,3
Ailede DM Öyküsü	Evet	135	78,5
	Hayır	37	21,5
DM Komplikasyonu Varlığı	Evet	74	43,0
	Hayır	98	57,0
Komplikasyonların Sayısı	Yok	98	57,0
	En az bir komplikasyon	40	23,3
	2 ve üzeri komplikasyon	34	19,8
DM Tedavi Tipi	Sadece diyet	17	9,9
	İnsülin	21	12,2
	Oral antidiyabetik	103	59,9
	Oral antidiyabetik ve insülin	31	18,0
Tedaviyi Uygulayan Kişi	Kendisi	158	91,9
	Eşi, çocuğu, bakıcısı	14	8,1
DM Eğitim Alma	Evet	88	51,2
	Hayır	84	48,8
Kontrol Götme Sıklığı	3 Ayda bir kez	46	26,7
	6 Ayda bir kez	36	20,9
	Yılda bir kez	51	29,7
	Kontrol götmeyen	39	22,7
Toplam		172	100,0

Tablo 3'te görüldüğü üzere hastaların DM süreleri incelendiğinde, %26,2'sinin 1-4 yıl, %23,3'ünün 5-8 yıl, %18,6'sının 9-12 yıl, %11,6'sının 13-16 yıl, %20,3'ünün 17 yıl ve üzeri olduğu, %78,5'inin ailesinde DM olduğu görülmektedir. Hastaların %43'ünün DM

komplifikasyonu olduğu; komplifikasyon sayıları incelendiğinde ise %23,3'ünün en az bir komplifikasyon, %19,8'inin iki ve üzeri komplifikasyon olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların tedavi tipleri incelendiğinde, %59,9'unun oral antidiyabetik, %18'inin oral anti diyabetik ve insülin olduğu, %91,9'unun tedaviyi kendi uyguladığı, %8,1'inin tedavisinin eş, çocuk, bakıcı tarafından uygulandığı, %51,2'sinin DM eğitimi aldığı görülmektedir. Hastaların kontrole gitme sıklıkları incelendiğinde, %26,7'sinin 3 ayda bir, %20,9'unun 6 ayda bir, %29,7'sinin yılda bir olduğu ve %22,7'sinin kontrole gitmediği görülmektedir (Tablo 3).

4.2. Kullanılan Ölçeklere Ait Bulgular

Tablo 4

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Cronbach's Alpha
Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği	0,680
Tutum ve Duygusal Etmenler	0,417
Bilgi ve Kişisel Faktörler	0,714
Yaşam Tarzı Değişikliği	0,704
Öfke Duyguları	0,317
Uyuma Uygun Duygu ve Davranışlar	0,675
Diyet Pazarlığı	0,338
İnkâr Duygusu	0,636
Tip-2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği	0,945
Özel Beslenme ve Kilo	0,916
Fizik Egzersiz	0,886
Kan Şekeri	0,824
Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü	0,863

Güvenirlilik analizi sonuçları tablo 4’te verilmiştir. Buna göre Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği Cronbach’s Alpha $\alpha=0,680$ olarak bulunmuştur. Tip-2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeğinin Cronbach’s Alpha $\alpha=0,945$ olarak bulunmuştur.

Tablo 5

Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Çarpıklık	Basıklık	Durum
Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği	0,026	0,006	Normal
Tutum ve Duygusal Etmenler	-0,068	0,075	Normal
Bilgi ve Kişisel Faktörler	0,334	-0,233	Normal
Yaşam Tarzı Değişikliği	0,148	-0,803	Normal
Öfke Duyguları	0,340	-0,047	Normal
Uyuma Uygun Duygu ve Davranışlar	0,444	-0,618	Normal
Diyet Pazarlığı	0,163	-0,659	Normal
İnkâr Duygusu	0,074	-0,478	Normal
Tip-2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği	0,018	-0,726	Normal
Özel Beslenme ve Kilo	0,104	-0,788	Normal
Fizik Egzersiz	-0,131	-1,154	Normal
Kan Şekeri	-0,289	-1,050	Normal
Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü	-0,046	-0,708	Normal

Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları tablo 5’te verilmiştir. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 arasında olması normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir. Sonuçlar incelendiğinde, kullanılan ölçek ve alt boyut puanlarının normal dağılıma sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 6

Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri

Ölçek ve Boyutları	Min	Maks	Ortalama	Standart Sapma
Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği	51,00	117,00	83,31	12,20
Tutum ve Duygusal Etmenler	11,00	33,00	22,85	4,49
Bilgi ve Kişisel Faktörler	6,00	30,00	16,51	5,01
Yaşam Tarzı Değişikliği	3,00	15,00	9,23	3,14
Öfke Duyguları	3,00	15,00	8,49	2,53
Uyuma Uygun Duygu ve Davranışlar	4,00	19,00	9,42	3,81
Diyet Pazarlığı	3,00	14,00	7,69	2,59
İnkâr Duygusu	3,00	15,00	9,08	3,02
Tip-2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği	23,00	94,03	58,89	16,99
Özel Beslenme ve Kilo	5,00	25,00	13,99	5,60
Fizik Egzersiz	3,00	15,00	8,72	3,76
Kan Şekeri	3,00	15,00	9,57	3,65
Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü	13,00	45,00	29,62	7,59

Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 6’da verilmiştir. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği alınan puanlar $83,31 \pm 12,20$ (min:51, max: 117) olarak bulunmuştur. Tip-2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği $58,89 \pm 16,99$ (min:23, max:94,03) olarak saptanmıştır.

4.3. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişki

Tablo 7

Hastaların tedavi uyum özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		n	%
Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği	Tedaviye uyum iyi	2	1,2
	Tedaviye uyum orta	170	98,8
Toplam		172	100,0

Hastaların tedavi uyum düzeyleri incelendiğinde, %1,2'sinin tedaviye uyumunun iyi, %98,8'inin orta olduğu görülmektedir.

Tablo 8

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile tip 2 diabetes mellitus tedavisine hasta uyum ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Tedavi Hasta Uyum Ölçeği	Tutum ve Duygusal Etmenler	Bilgi ve Kişisel Faktörler	Yaşam Tarzı Değişikliği	Öfke Duyguları	Uyuma Uygun Duygu ve Davranışlar	Diyet Pazarlığı	İnkâr Duygusu
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet	Kadın	83,00±12,73	22,76±4,06	16,83±5,07	9,59±3,12	8,37±2,6	9,24±3,64	7,35±2,4	8,86±3,02
	Erkek	83,66±11,65	22,96±4,97	16,17±4,96	8,84±3,13	8,64±2,47	9,64±4,01	8,07±2,76	9,33±3,03
	t testi	-0,349	-0,290	0,863	1,578	-0,695	-0,688	-1,834	-1,030
	P	0,727	0,772	0,389	0,116	0,488	0,492	0,068	0,304
Medeni Durum	Evli	82,64±11,5	22,59±4,56	16,39±4,92	9,01±3,02	8,47±2,47	9,5±3,76	7,69±2,57	8,99±2,98
	Bekar	85,69±14,34	23,79±4,21	16,95±5,38	10,05±3,46	8,61±2,8	9,18±4,04	7,71±2,68	9,39±3,21
	t testi	-1,362	-1,461	-0,599	-1,823	-0,291	0,448	-0,048	-0,722
	P	0,175	0,146	0,550	0,070	0,771	0,654	0,962	0,471
Yaş	47 Yaş ve Altı ¹	84,84±9,43	24,21±3,85	15,37±4,69	8,9±2,45	9,83±2,71	7,96±2,72	8,64±2,39	9,93±3,64
	48-57 ²	79,81±12,81	22,81±5,54	15,97±4,89	8,58±3,38	8,75±2,43	8,08±3,41	7,28±3,11	8,33±3,19
	58-67 ³	82,21±13,12	22,75±4,6	15,88±4,85	9,05±3,3	8,52±2,61	9,47±3,74	7,57±2,7	8,98±3,08
	68yaş ve Üzeri ⁴	86,49±11,5	22,14±3,74	18,52±5,11	10,22±3,00	7,41±1,95	11,39±4,03	7,57±1,98	9,24±2,22
	F testi	2,405	1,319	3,600	2,247	6,182	7,884	1,748	1,604
	P	0,069	0,270	0,015*	0,085	0,001*	0,000*	0,159	0,190
	Bonferroni	-	-	4>1,3	-	1>4	4>1,2,3	-	-

Tablo 8'in devamı

Eğitim Durumu	İlköğretim ¹	83,11±12,69	22,37±4,53	16,96±4,98	9,52±3,17	8,19±2,58	9,88±3,88	7,38±2,48	8,8±3,01
	Lise ²	84,64±12,06	23,44±4,62	17,04±5,32	8,9±3,04	9,05±2,26	9,51±3,89	7,62±2,62	9,08±2,8
	Üniversite/Yüksek lisans ³	82,14±10,51	23,94±4,03	13,89±3,91	8,58±3,14	8,96±2,66	7,46±2,77	9,08±2,62	10,23±3,27
	F testi	0,363	1,713	4,371	1,251	2,201	4,376	4,679	2,361
	P	0,696	0,183	0,014*	0,289	0,114	0,014*	0,011*	0,097
	Bonferroni	-	-	1,2>3	-	-	1>3	3>1	-
Yaşadığı Yer	İl ¹	81,14±11,28	22,84±4,75	14,98±3,98	9,29±3,13	8,27±2,78	8,56±3,19	8,17±3,08	9,02±2,94
	İlçe ²	85,01±12,08	23,6±5,04	16,47±5,5	9,55±3,27	8,91±2,78	9,33±4,29	7,47±2,51	9,69±3,08
	Köy ³	83,18±12,74	22,27±3,83	17,42±4,97	8,96±3,06	8,3±2,17	10,00±3,68	7,6±2,34	8,63±2,99
	F testi	1,220	1,411	3,207	0,580	1,172	1,917	0,963	2,013
	P	0,298	0,247	0,043*	0,561	0,312	0,150	0,384	0,137
	Bonferroni	-	-	3>1	-	-	-	-	-
Çalışma Durumu	Çalışıyor	81,28±11,75	22,32±4,38	15,84±5,14	8,37±2,94	8,68±2,44	8,67±3,7	8,18±2,38	9,23±3,4
	Çalışmıyor	84,31±12,35	23,12±4,55	16,85±4,94	9,67±3,16	8,41±2,59	9,81±3,83	7,45±2,67	9,01±2,84
	t testi	-1,539	-1,095	-1,243	-2,600	0,672	-1,860	1,730	0,420
	P	0,136	0,275	0,215	0,010*	0,502	0,065	0,085	0,675
Evde Yaşadığı Kişi/Kişiler	Yalnız	81,64±13,28	22,04±4,73	16,18±4,75	9,66±3,36	7,9±2,85	9,14±3,9	7,45±2,6	9,28±2,85
	Çekirdek Aile (Eşi ve Çocuklarla)	83,22±10,99	22,92±4,39	16,54±4,79	8,83±2,84	8,74±2,49	9,9±3,91	7,57±2,5	8,71±3,04
	Geniş Aile	84,15±13,14	23,13±4,55	16,63±5,43	9,53±3,36	8,48±2,44	9,01±3,66	7,94±2,7	9,42±3,08

Tablo 8'in devamı

	F testi	0,428	0,600	0,081	1,190	1,168	1,055	0,516	1,050
	P	0,652	0,550	0,922	0,307	0,313	0,351	0,598	0,352
Alkol/Sigara Kullanma Durumu	Kullanmıyorum	83,13±13,08	22,96±4,34	16,68±5,2	9,31±3,22	8,24±2,37	9,61±3,98	7,49±2,44	8,85±3,09
	Her İkisini De Kullanıyorum	83,89±8,97	22,52±5,03	16,00±4,38	9,02±2,89	9,34±2,88	8,85±3,2	8,34±2,96	9,8±2,72
	t testi	-0,420	0,543	0,749	0,499	-2,471	1,109	-1,672	-1,764
	P	0,675	0,588	0,455	0,619	0,014*	0,269	0,100	0,079
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	83,74±12,14	22,9±4,45	16,71±4,82	9,55±3,11	8,27±2,48	9,75±3,96	7,49±2,58	9,07±2,98
	Hayır	82,28±12,42	22,75±4,66	16,05±5,46	8,49±3,11	9,04±2,62	8,66±3,35	8,18±2,58	9,12±3,17
	t testi	0,717	0,199	0,798	2,046	-1,814	1,718	-1,607	-0,102
	P	0,474	0,842	0,426	0,042*	0,071	0,088	0,110	0,919
Kronik Hastalıklar	Yok	82,86±12,52	22,92±4,69	16,19±5,44	8,76±3,11	9,11±2,65	8,51±3,35	8,04±2,53	9,31±3,27
	1 Kronik Hastalık	83,17±11,24	23,07±4,25	16,11±4,73	9,11±2,78	8,31±2,43	9,67±3,95	7,83±2,64	9,08±2,89
	2 Ve Üzeri Kronik Hastalık	84,04±13,54	22,42±4,74	17,53±4,94	9,98±3,63	8,13±2,52	10,07±3,95	7,09±2,53	8,83±3,01
	F testi	0,121	0,310	1,304	1,942	2,232	2,309	1,840	0,311
	P	0,886	0,734	0,274	0,147	0,110	0,102	0,162	0,733

*p<0,05

Tablo 8’de görüldüğü gibi hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Tip 2 Diabetes Mellitus tedavisine hasta uyum ölçeği ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, medeni durum, evde yaşadığı kişi/kişiler, kronik hastalıklar ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan hastaların; yaşlarına göre bilgi ve kişisel faktörler, öfke duyguları ve uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde farkı yaratan grubun 68 yaş ve üzeri bireylerden kaynaklandığı belirlendi. Yaşı 68 yaş ve üzeri olan hastaların bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanlarının 47 yaş ve altı ve 58-67 yaş aralığındaki hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaşı 68 yaş ve üzeri olan hastaların öfke duyguları alt boyut puanlarının 47 yaş ve altı olan hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Yaşı 68 yaş ve üzeri olan hastaların uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanlarının 47 yaş ve altı, 48-57 ve 58-67 yaş aralığındaki hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Çalışmaya katılan hastaların; eğitim durumlarına göre bilgi ve kişisel faktörler, uyuma uygun duygu ve davranışlar, diyet pazarlığı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde fark yaratan grubun eğitimi üniversite/yüksek lisans olan bireylerden kaynaklandığı görülmektedir. Eğitimi üniversite/yüksek lisans olan hastaların bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanlarının eğitimi ilköğretim ve lise olan hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Eğitimi üniversite/yüksek lisans olan hastaların uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanlarının eğitimi ilköğretim olan hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Eğitimi üniversite/yüksek lisans olan hastaların diyet pazarlığı alt boyut puanlarının eğitimi ilköğretim olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Hastaların yaşadıkları yerlerine göre bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Gerçekleştirilen ileri analizde yaşam yeri köy olan bireylerin fark yaratan grubu oluşturduğu ortaya

konmaktadır. Yaşadığı yer köy olan hastaların bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanlarının yaşadığı yer il olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Hastaların çalışma durumlarına göre yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Çalışmayan hastaların yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanlarının çalışan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Hastaların alkol/sigara kullanım durumlarına göre öfke duyguları alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Her ikisini de kullanan hastaların öfke duyguları alt boyut puanlarının kullanmayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Çalışmaya kapsamına alınan hastaların; kronik hastalık durumlarına göre yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Kronik hastalığı olan tip 2 DM hastalarının yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanlarının kronik hastalığı olmayan tip 2 DM hastalarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Tablo 9

Hastaların hastalığına ilişkin özellikleri ile tip 2 diabetes mellitus tedavisine hasta uyum ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Tedavi Hasta Uyum Ölçeği	Tutum ve Duygusal Etmenler	Bilgi ve Kişisel Faktörler	Yaşam Tarzı Değişikliği	Öfke Duyguları	Uyuma Uygun Duygu ve Davranışlar	Diyet Pazarlığı	İnkâr Duygusu
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
DM Tanı Süresi/Yıl	1-4 yıl ¹	83,32±10,95	22,11±3,44	16,62±4,55	8,78±2,72	8,26±2,51	10,51±3,57	8,03±2,51	9,02±3,09
	5-8 yıl ²	84,3±10,61	23,1±4,87	15,95±5,02	8,78±2,86	8,95±2,81	8,88±3,96	8,6±2,15	10,05±2,96
	9-12 yıl ³	82,88±14,36	22,56±4,47	17,00±5,78	9,5±3,13	8,5±2,24	9,31±4,28	6,94±2,55	9,06±3,1
	13-16 yıl ⁴	82,2±12,33	25,1±5,67	14,95±4,42	9,95±3,09	8,35±3,2	7,95±2,87	7,85±3,3	8,05±3,32
	17+ ⁵	83,2±13,78	22,51±4,37	17,49±5,14	9,71±3,91	8,37±2,13	9,63±3,77	6,83±2,42	8,66±2,61
	F testi	0,115	1,694	1,022	0,972	0,446	1,938	3,247	1,815
	P	0,977	0,154	0,398	0,425	0,775	0,106	0,014*	0,128
Bonferroni	-	-	-	-	-	-	2>5	-	
Ailede DM Öyküsü	Evet	86,18±11,6	23,84±4,72	17,02±5,09	9,41±2,97	9,14±2,54	9,84±3,61	7,84±2,84	9,11±3,03
	Hayır	82,52±12,29	22,58±4,42	16,38±5,00	9,19±3,2	8,32±2,52	9,32±3,87	7,65±2,53	9,07±3,04
	t testi	1,622	1,507	0,688	0,364	1,730	0,734	0,384	0,060
	P	0,107	0,134	0,492	0,716	0,085	0,464	0,702	0,962
DM Komplikasyonu Varlığı	Evet	86,51±12,82	23,72±4,61	17,62±5,1	10,08±3,26	8,71±2,6	9,90±4,2	7,03±2,27	9,45±3,04
	Hayır	80,89±11,18	22,2±4,32	15,68±4,8	8,6±2,91	8,34±2,5	9,07±3,47	8,19±2,71	8,81±3,00
	t testi	3,062	2,210	2,554	3,136	0,965	1,422	-3,061	1,376

Tablo 9'un devamı

	P	0,003*	0,028*	0,012*	0,002*	0,336	0,157	0,003*	0,171
Komplikasyonların Sayısı	Yok ¹	81,51±11,13	22,41±4,41	15,66±4,81	8,72±2,9	8,4±2,57	9,05±3,54	8,21±2,79	9,05±3,1
	En Az 1 Komplikasyon ²	81,34±12,3	22,59±4,77	16,43±4,66	9,13±3,2	7,92±2,49	9,27±3,84	7,2±2,29	8,8±2,69
	İki ve Üzeri Komplikasyon ³	90,83±12,5	24,45±4,19	19,09±5,26	10,85±3,29	9,47±2,3	10,71±4,36	6,76±1,92	9,5±3,21
	F testi	8,787	2,752	6,271	6,182	3,718	2,463	5,115	0,500
	P	0,000*	0,067	0,002*	0,003*	0,026*	0,088	0,007*	0,607
	Bonferroni	3>1,2	-	3>1	3>1,2	3>2	-	1>3	-
DM Tedavi Tipi	Sadece Diyet ¹	81,91±10,84	22,92±4,19	15,11±4,07	8,12±3,26	8,47±3,12	7,53±2,9	9,71±1,72	10,06±3,38
	İnsülin ²	82,52±12,87	24,95±4,87	15,19±4,69	9,76±3,49	9,71±2,76	7,33±3,1	7,24±2,91	8,33±3,98
	Oral Antidiyabetik ³	82,95±11,4	21,83±4,41	16,69±4,79	9,03±2,85	8,28±2,39	10,32±3,84	7,67±2,52	9,14±2,82
	Oral Antidiyabetik+ İnsülin ⁴	85,8±15,03	24,81±3,67	17,6±6,19	10,19±3,58	8,42±2,41	8,94±3,72	6,97±2,55	8,87±2,74
	F testi	0,558	5,692	1,477	2,061	1,900	6,058	4,742	1,081
	P	0,643	0,001*	0,223	0,107	0,132	0,001*	0,003*	0,359
	Bonferroni	-	2,4>3	-	-	-	3>2,4	1>2,3,4	-
Tedaviyi Uygulayan Kişi	Kendim	82,84±12,22	22,57±4,42	16,54±5,00	9,09±3,09	8,48±2,5	9,48±3,83	7,68±2,53	9,01±3,06
	Eşim, Çocuğum, Bakıcı	88,57±11,15	26,07±4,23	16,29±5,41	10,93±3,34	8,71±3,05	8,86±3,68	7,86±3,32	9,86±2,63
	t testi	-1,692	-2,850	0,179	-2,122	-0,330	0,585	-0,247	-1,000
	P	0,092	0,005*	0,858	0,035*	0,742	0,559	0,805	0,319

Tablo 9'un devamı

DM Eğitim Alma	Evety	82,05±12,39	23,42±4,85	15,81±4,88	8,99±3,3	8,83±2,73	8,68±3,42	7,6±2,63	8,72±3,18
	Hayır	84,63±11,93	22,25±4,04	17,26±5,07	9,5±2,97	8,15±2,28	10,21±4,06	7,79±2,56	9,46±2,82
	t testi	-1,392	1,715	-1,917	-1,068	1,758	-2,679	-0,468	-1,629
	P	0,166	0,088	0,057	0,287	0,081	0,008*	0,640	0,105
Kontrolle Gitme Sıklığı	3 Ayda bir ¹	82,39±10,77	23,8±4,14	14,28±3,75	8,67±2,84	8,58±2,9	9,08±3,69	8,57±2,4	9,39±3,32
	6 Ayda bir ²	82,3±10,84	23,34±5,31	15,76±3,76	9,97±2,52	8,86±2,58	7,86±3,17	7,58±2,79	8,92±2,81
	Yılda bir ³	79,52±12,76	21,74±4,51	15,87±5,03	8,94±3,41	7,86±2,08	8,98±3,3	7,53±2,63	8,59±2,82
	Kontrolle gitmeyen ⁴	90,3±11,79	22,74±3,88	20,69±5,01	9,62±3,54	8,9±2,53	11,87±4,11	6,97±2,37	9,51±3,13
	F testi	6,686	1,906	15,895	1,502	1,669	8,777	2,939	0,910
	P	0,000*	0,131	0,000*	0,216	0,176	0,000*	0,035*	0,437
	Bonferroni	4>1,2,3	-	4>1,2,3	-	-	4>1,2,3	1>4	-

Tablo 9’da görüldüğü gibi çalışmaya katılan hastaların, hastalığına ilişkin özelliklerine göre Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında; ailede DM öyküsü ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hastaların DM sürelerine göre diyet pazarlığı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde fark yaratan grubun DM tanı süresi 5-8 yıl olan hastalardan kaynaklandığı ortaya kondu. DM süresi 5-8 yıl olan hastaların diyet pazarlığı alt boyut puanlarının DM süresi 17 yıl ve üzeri olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Hastaların DM komplikasyonu durumlarına göre tedavi hasta uyum ölçeği, tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, diyet pazarlığı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). DM komplikasyonu olan hastaların tedavi hasta uyum ölçeği, tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanlarının DM komplikasyonu olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. DM komplikasyonu olmayan hastaların diyet pazarlığı alt boyut puanlarının DM komplikasyonu olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Hastaların DM komplikasyon sayıları durumlarına göre tedavi hasta uyum ölçeği, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları ve diyet pazarlığı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde fark yaratan grubun komplikasyon sayısı iki ve üzeri olan bireylerden kaynaklandığı ortaya kondu. Komplikasyon sayısı iki ve üzeri komplikasyon olan hastaların, tedavi hasta uyum ölçeği ve yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanlarının komplikasyon sayısı en az 1 olan ve komplikasyon olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Komplikasyon sayısı iki ve üzeri olan hastaların, bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanlarının komplikasyon olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Komplikasyon sayısı iki ve üzeri komplikasyon olan hastaların, öfke duyguları alt boyut puanlarının komplikasyon sayısı en az 1 olan hastalara göre daha yüksek olduğu

görülmektedir. Komplikasyon sayısı iki ve üzeri komplikasyon olan hastaların, diyet pazarlığı alt boyut puanlarının komplikasyon olmayan hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Hastaların DM tedavi tiplerine göre tutum ve duygusal etmenler, uyuma uygun duygu ve davranışlar ve diyet pazarlığı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Tedavi tipi Oral Antidiyabetik olan hastaların tutum ve duygusal etmenler alt boyut puanlarının tedavi tipi İnsülin ve Oral Antidiyabetik+ İnsülin olan hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Tedavi tipi Oral Antidiyabetik olan hastaların, uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanlarının tedavi tipi İnsülin ve Oral Antidiyabetik+ İnsülin olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Tedavi tipi sadece diyet olan hastaların, diyet pazarlığı alt boyut puanlarının diğer tedavi tiplerine sahip hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Hastaların tedaviyi uygulayan kişilere göre tutum ve duygusal etmenler ve yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Tedaviyi uygulayan kişi eşi, çocuğu, bakıcı olan hastaların duygusal etmenler ve yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanlarının tedavisini kendi uygulayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Hastaların DM eğitim alma durumlarına göre uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). DM eğitimi almayan hastaların uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanlarının DM eğitimi alan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Hastaların kontrole gitme sıklıklarına göre tedavi hasta uyum ölçeği, bilgi ve kişisel faktörler uyuma uygun duygu ve davranışlar ve diyet pazarlığı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Gerçekleştirilen ileri analizde fark yaratan grubun kontrole gitmeyen bireylerden kaynaklandığı belirlendi.

Kontrolle gitmeyen hastaların tedavi hasta uyum ölçeği, bilgi ve kişisel faktörler uyuma uygun duygu alt boyut puanlarının kontrolle gitme sıklığı 3 ayda bir, 6 ayda bir ve yılda bir olan hastalara göre daha yüksek olduğu görölmektedir. Kontrolle gitmeyen hastaların diyet pazarlığı alt boyut puanlarının kontrolle gitme sıklığı 3 ayda bir olan hastalara göre daha düşük olduğu görölmektedir (Tablo 9).



Tablo 10

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile diyabet öz yeterlilik ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Öz Yeterlilik Ölçeği	Özel Beslenme ve Kilo	Fizik Egzersiz	Kan Şekeri	Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet	Kadın	57,76±16,74	13,55±5,48	8,36±3,74	9,64±3,57	29,17±7,57
	Erkek	60,16±17,29	14,51±5,73	9,14±3,78	9,51±3,76	30,13±7,64
	t testi	-0,926	-1,122	-1,346	0,222	-0,830
	P	0,356	0,263	0,180	0,824	0,408
Medeni Durum	Evli	59,12±16,2	14,08±5,33	8,9±3,59	9,45±3,62	29,76±7,33
	Bekar	58,07±19,76	13,71±6,55	8,13±4,34	10,03±3,77	29,15±8,56
	t testi	0,301	0,319	0,993	-0,856	0,433
	P	0,765	0,751	0,325	0,393	0,665
Yaş	47 Yaş ve Altı ¹	66,18±14,2	16,16±4,73	10,5±3,25	11,00±2,83	32,16±7,1
	48-57 ²	59,5±18,41	13,19±5,99	9,36±4,02	10,31±3,84	29,67±7,77
	58-67 ³	60,31±17,58	14,72±6,08	8,68±3,63	9,69±3,42	30,24±7,81
	68yaş ve Üzeri ⁴	51,81±14,46	12,28±4,61	7,13±3,51	7,93±3,76	27,13±7,00
	F testi	4,984	3,659	5,746	5,528	2,989
	P	0,002*	0,014*	0,001*	0,001*	0,033*

Tablo 10'un devamı

	Bonferroni	1>4	1>4	1>4	1>4	1>4
Eğitim Durumu	İlköğretim ¹	56,17±16,73	13,38±5,54	8,09±3,83	8,92±3,79	28,55±7,44
	Lise ²	60,59±16,49	14,44±5,24	9,36±3,45	10,08±3,35	29,93±7,75
	Üniversite/Yüksek lisans ³	67,54±16,15	15,88±6,11	10,38±3,43	11,56±2,6	33,56±6,92
	F testi	5,181	2,276	4,774	6,327	4,786
	P	0,007*	0,106	0,010*	0,002*	0,010*
	Bonferroni	3>1	-	3>1	3>1	3>1
Yaşam Yeri	İl	61,24±16,53	14,05±5,73	9,00±3,47	10,43±3,35	31,08±7,25
	İlçe	59,68±18,5	14,29±5,79	8,67±4,05	9,81±4,01	29,99±8,33
	Köy	56,94±15,99	13,74±5,45	8,62±3,74	8,92±3,43	28,51±7,1
	F testi	0,932	0,161	0,144	2,465	1,614
	P	0,396	0,852	0,866	0,088	0,202
Çalışma Durumu	Çalışıyor	63,55±15,83	15,47±5,24	10,16±3,37	10,11±3,55	31,17±7,54
	Çalışmıyor	56,58±17,14	13,27±5,66	8,02±3,77	9,32±3,68	28,86±7,54
	t testi	2,575	2,467	3,628	1,335	1,894
	P	0,011*	0,015*	0,000*	0,184	0,060
Evde Yaşadığı Kişi/Kişiler	Yalnız	60,32±19,54	14,66±6,88	8,59±3,94	9,86±3,44	30,22±8,32
	Çekirdek Aile (eşi ve çocuklarla)	59,18±15,68	14,4±5,09	8,84±3,56	9,25±3,76	29,77±7,24
	Geniş Aile	57,93±17,49	13,24±5,56	8,65±3,98	9,83±3,63	29,19±7,78

Tablo 10'un devamı

	F testi	0,217	1,007	0,070	0,550	0,207
	P	0,805	0,367	0,933	0,578	0,813
Alkol/Sigara Kullanma Durumu	Kullanmıyorum	57,92±17,15	13,59±5,64	8,41±3,84	9,32±3,7	29,56±7,72
	Her İkisini De Kullanıyorum	62,00±16,3	15,32±5,35	9,73±3,37	10,4±3,4	29,82±7,27
	t testi	-1,347	-1,737	-2,114	-1,667	-0,189
	P	0,180	0,084	0,038*	0,097	0,850
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	56,65±16,93	13,2±5,63	8,19±3,76	9,1±3,69	29,04±7,51
	Hayır	64,22±16,09	15,9±5,11	10,00±3,5	10,71±3,33	31,01±7,69
	t testi	-2,719	-2,947	-2,939	-2,676	-1,561
	P	0,007*	0,004*	0,004*	0,008*	0,120
Kronik Hastalıklar	Yok ¹	62,89±16,49	15,48±5,17	9,86±3,62	10,35±3,49	30,46±7,77
	Bir kronik hastalık ²	58,5±16,59	13,91±5,53	8,6±3,56	9,23±3,73	29,79±7,36
	İki ve üzeri kronik hastalık ³	55,09±17,59	12,5±5,88	7,67±4,00	9,28±3,64	28,42±7,8
	F testi	2,627	3,550	4,313	1,645	0,906
	P	0,075	0,031*	0,015*	0,196	0,406
	Bonferroni	-	1>3	1>3	-	-

Tablo 10’da görüldüğü üzere hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Tip-2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği ve alt boyut puanları arasında; cinsiyet, medeni durum, yaşam yeri, evde yaşadığı kişi/kişiler ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan hastaların, yaşlarına göre öz yeterlilik ölçeği, özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz, kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grup uygulanan Bonferroni sonucunda yaşı 47 yaş ve altı bireylerden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Yaşı 47 yaş ve altı olan hastaların öz yeterlilik ölçeği, özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz, kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanlarının yaşı 68 yaş ve üzeri olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği, fizik egzersiz, kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Gerçekleştirilen ileri analizde farkı yaratan grubun eğitimi üniversite/yüksek lisans olan bireylerden kaynaklandığı belirlendi. Eğitimi üniversite/yüksek lisans olan hastaların öz yeterlilik ölçeği, fizik egzersiz, kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanlarının eğitimi ilköğretim olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Hastaların çalışma durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği, özel beslenme ve kilo ve fizik egzersiz alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Çalışan hastaların öz yeterlilik ölçeği, özel beslenme ve kilo ve fizik egzersiz alt boyut puanlarının çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların alkol/sigara kullanım durumlarına göre fizik egzersiz alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Her ikisini de

kullanan hastaların fizik egzersiz alt boyut puanlarının kullanmayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Hastaların kronik hastalık durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği, özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz, kan şekeri alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayan hastaların öz yeterlilik ölçeği, özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz, kan şekeri alt boyut puanlarının kronik hastalığı olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Tip 2 DM Hastalarının, kronik hastalıklarına göre özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grup uygulanan ileri analizde kronik hastalığı olmayan bireylerden kaynaklandığı belirlendi. Kronik hastalığı olmayan hastaların özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz alt boyut puanlarının 2 ve üzeri kronik hastalığı olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Tablo 11

Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile diyabet yönetimindeki öz yeterlilik ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

		Öz Yeterlilik Ölçeği	Özel Beslenme ve Kilo	Fizik Egzersiz	Kan Şekeri	Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
DM Tanı Süresi/Yıl	1-4 yıl	59,16±14,66	14,19±5,02	9,07±3,58	8,84±3,7	30,14±6,46
	5-8 yıl	62,35±15,66	15,38±4,50	9,35±3,61	9,85±3,61	31,03±7,54
	9-12 yıl	58,27±18,41	14,03±5,86	8,28±3,58	9,89±3,79	29,00±8,09
	13-16 yıl	59,31±18,3	13,4±6,90	8,65±3,8	10,55±2,72	29,86±8,78
	17+	54,92±19,13	12,49±6,27	8,03±4,34	9,37±3,96	27,77±7,86
	F testi	0,908	1,322	0,775	0,951	0,971
	p	0,461	0,264	0,543	0,436	0,425
Ailede DM Öyküsü	Evet	58,26±18,3	14,16±5,6	8,49±4,05	9,56±4,05	29,00±8,27
	Hayır	59,06±16,69	13,95±5,63	8,79±3,7	9,59±3,55	29,79±7,43
	t testi	-0,253	0,200	-0,437	-0,044	-0,557
	p	0,801	0,842	0,663	0,965	0,579
DM Komplikasyonu Varlığı	Evet	54,43±17,64	12,67±5,72	7,82±3,82	9,10±3,7	27,48±7,65
	Hayır	62,26±15,76	15,00±5,32	9,41±3,6	9,94±3,59	31,24±7,18
	t testi	-3,067	-2,749	-2,781	-1,494	-3,312
	p	0,003*	0,007*	0,006*	0,137	0,001*

Tablo 11'in devamı

Komplikasyonların Sayısı	Yok ¹	61,99±15,87	14,9±5,37	9,34±3,56	9,91±3,57	31,16±7,18
	En az bir komplikasyon ²	58,84±16,07	13,89±5,32	9,05±3,4	9,6±3,59	29,3±7,07
	İki ve üzeri komplikasyon ³	50,00±18,46	11,53±5,97	6,59±4,09	8,59±3,88	25,56±8,02
	F testi	6,705	4,771	7,419	1,678	7,428
	p	0,002*	0,010*	0,001*	0,190	0,001*
	Bonferroni	1>3	1>3	1,2>3	-	1>3
DM Tedavi Tipi	Sadece diyet ¹	68,86±14,74	16,59±5,22	11,24±3,58	11,12±2,76	33,8±6,28
	İnsülin ²	62,97±19,77	14,86±7,24	8,76±4,27	11,38±3,53	30,97±8,54
	Oral antidiyabetik ³	57,71±15,00	13,83±5,02	8,66±3,48	8,76±3,53	29,45±6,8
	Oral antidiyabetik+ insülin ⁴	54,58±20,33	12,55±6,09	7,55±3,98	10,23±3,85	27,00±9,15
	F testi	3,314	2,139	3,697	5,096	3,318
	p	0,021*	0,097	0,013*	0,002*	0,021*
	Bonferroni	1>4	-	1>3,4	2>3	1>4
Tedaviyi Uygulayan Kişi	Kendim	59,24±16,71	14,12±5,5	8,91±3,68	9,54±3,66	29,72±7,45
	Eşim, çocuğum, bakıcı	55,00±20,18	12,57±6,76	6,71±4,3	10,07±3,67	28,57±9,37
	t testi	0,893	0,994	2,105	-0,526	0,539
	p	0,373	0,322	0,037*	0,600	0,591

Tablo 11'in devamı

DM Eğitim Alma	Evete	62,62±16,75	14,99±5,66	9,33±3,9	10,69±3,32	30,94±7,51
	Hayır	54,98±16,46	12,96±5,38	8,1±3,54	8,41±3,64	28,24±7,49
	t testi	3,016	2,405	2,170	4,303	2,359
	p	0,003*	0,017*	0,031*	0,000*	0,019*
Kontrol Gıtme Sıklık	3 ayda bir ¹	64,76±15,73	15,73±5,13	9,33±3,73	9,89±3,78	33,16±6,53
	6 ayda bir ²	59,66±16,66	13,06±6,06	8,92±3,36	11,04±3,08	29,78±7,47
	Yılda bir ³	59,77±16,06	14,49±5,59	8,73±3,92	9,84±3,44	30,02±6,89
	Kontrol gıtme ⁴	50,11±17,00	12,18±5,21	7,85±3,94	7,51±3,47	24,77±7,48
	F testi	5,829	3,451	1,130	6,955	10,053
	p	0,001*	0,018*	0,339	0,000*	0,000*
	Bonferroni	1,3>4	1>4	-	1,2,3>4	1,2,3>4

Tablo 11’de görüldüğü üzere hastaların hastalığına ilişkin özelliklerine göre Tip-2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği ve alt boyut puanları arasında; DM tanı süresi, ailede DM öyküsü ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların DM komplikasyonu durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği, özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). DM komplikasyonu olmayan hastaların öz yeterlilik ölçeği, özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanlarının DM komplikasyonu olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 11).

Hastaların komplikasyon sayılarına göre öz yeterlilik ölçeği, özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. DM komplikasyonu olmayan hastaların öz yeterlilik ölçeği, özel beslenme ve kilo ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanlarının iki ve üzeri komplikasyon olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. DM komplikasyonu olmayan ve en az 1 komplikasyon olan hastaların fizik egzersiz alt boyut puanlarının iki ve üzeri komplikasyon olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 11).

Çalışmaya katılan hastaların tedavi tiplerine göre öz yeterlilik ölçeği, fizik egzersiz, kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Tedavi şekli sadece diyet olan hastaların öz yeterlilik ölçeği ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanlarının tedavi şekli oral antidiyabetik+ insülin olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Tedavi şekli sadece diyet olan hastaların fizik egzersiz alt boyut puanlarının tedavi şekli oral antidiyabetik ve oral antidiyabetik+ insülin olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Tedavi şekli

insülin olan hastaların kan şekeri alt boyut puanlarının tedavi şekli oral antidiyabetik olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 11).

Tip 2 DM hastalarının tedaviyi uygulayan kişiye göre fizik egzersiz alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Tedaviyi kendi uygulayan hastaların fizik egzersiz alt boyut puanlarının tedaviyi eşi, çocuğu, bakıcı uygulayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 11).

Hastaların DM eğitimi alma durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği, özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz, kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). DM eğitimi alan hastaların öz yeterlilik ölçeği, özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz, kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanlarının eğitim almayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 11).

Çalışmaya katılan hastaların kontrole gitme sıklıklarına göre öz yeterlilik ölçeği, özel beslenme ve kilo, kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde fark yaratan grubun DM kontrolüne gitmeyen bireylerden oluştuğu belirlendi. Kontrole gitmeyen hastaların öz yeterlilik ölçeği puanlarının kontrole gitme sıklığı 3 ayda bir ve yılda bir olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrole gitmeyen hastaların özel beslenme ve kilo alt boyut puanlarının kontrole gitme sıklığı 3 ayda bir olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrole gitmeyen hastaların kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanlarının kontrole gitme sıklığı 3 ayda bir, 6 ayda bir ve yılda bir olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 11).

4.4. Kullanılan Ölçekler Arasında Korelasyon Sonuçları

Tablo 12

Kullanılan ölçekler ve boyutlarının korelasyon analizi sonuçları

Ölçek ve Boyutları	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1-Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği	1	0,506**	0,745**	0,603**	0,422**	0,526**	-0,124	0,510**	-	0,637**	0,534**	0,513**	0,470**	0,648**
2-Tutum ve Duygusal Etmenler		1	0,031	0,186*	0,567**	-0,141	-0,128	0,119	-0,069	-0,145	-0,101	0,118	-0,070	
3-Bilgi ve Kişisel Faktörler			1	0,554**	0,051	0,647**	-	0,180*	-	0,783**	0,657**	0,581**	0,577**	0,822**
4-Yaşam Tarzı Değişikliği				1	-0,028	0,265**	-	0,290**	-	0,736**	0,687**	0,816**	0,313**	0,680**
5-Öfke Duyguları					1	-0,126	-0,142	0,246**	0,035	0,008	0,101	0,062	-0,016	
6-Uyuma Uygun Duygu ve Davranışlar						1	-	0,055	-	0,591**	0,425**	0,422**	0,708**	0,555**
7-Diyet Pazarlığı							1	0,193*	0,422**	0,465**	0,349**	0,181*	0,421**	
8-İnkâr Duygusu								1	-0,052	-0,007	0,041	-0,105	-0,086	
9-Tip-2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği									1	0,910**	0,826**	0,713**	0,956**	
10-Özel Beslenme ve Kilo										1	0,707**	0,495**	0,837**	
11-Fizik Egzersiz											1	0,456**	0,729**	
12-Kan Şekeri												1	0,633**	
13-Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü													1	

*p<0,05

**p<0,01

Ölçekler ve boyutlarının korelasyon analizi sonuçları Tablo 12’de verilmiştir. Ölçek ve boyutları arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların Tip 2 Diabetes Mellitus tedavisine hasta uyum ölçeği puanları ile Tip-2 diyabetli hastalar için diyabet yönetimindeki öz yeterlilik ölçeği puanları arasında ($r:-0,637$ $p<0,01$), özel beslenme ve kilo alt boyut puanları arasında ($r:-0,534$ $p<0,01$), fizik egzersiz alt boyut puanları arasında ($r:-0,513$ $p<0,01$), kan şekeri alt boyut puanları arasında ($r:-0,470$ $p<0,01$), genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanları arasında ($r:-0,648$ $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 12).

Tedavi uyumu puanları ile öz yeterlilik puanları arasındaki ilişkinin negatif yönlü olması tedavi uyumu puanlarının artması (azalması) ile öz yeterlilik puanlarının azalması (artması) olarak yorumlanmaktadır. Ancak tedavi uyumu ölçeğinde puanlarının artması bireyin tedaviye uyumsuz olduğu, puanların azalması ise bireyin tedaviye uyumlu olduğunu ifade etmektedir. Bu bilgi doğrultusunda, hasta uyumu puanları ile öz yeterlilik puanları arasındaki negatif ilişki; bireyin öz yeterliliği arttıkça tedavi uyum puanları azalmakta yani bireyin tedaviye uyumu artmaktadır (Tablo 12).

Bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanları ile Tip-2 diyabetli hastalar için diyabet yönetimindeki öz yeterlilik ölçeği puanları arasında ($r:-0,783$ $p<0,01$), özel beslenme ve kilo alt boyut puanları arasında ($r:-0,657$ $p<0,01$), fizik egzersiz alt boyut puanları arasında ($r:-0,581$ $p<0,01$), kan şekeri alt boyut puanları arasında ($r:-0,577$ $p<0,01$), genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanları arasında ($r:-0,822$ $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 12).

Yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanları ile Tip-2 diyabetli hastalar için diyabet yönetimindeki öz yeterlilik ölçeği puanları arasında ($r:-0,736$ $p<0,01$), özel beslenme ve kilo alt boyut puanları arasında ($r:-0,687$ $p<0,01$), fizik egzersiz alt boyut puanları arasında ($r:-0,816$ $p<0,01$), kan şekeri alt boyut puanları arasında ($r:-0,313$ $p<0,01$), genel beslenme ve

tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanları arasında ($r:-0,680$ $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 12).

Uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanları ile Tip-2 diyabetli hastalar için diyabet yönetimindeki öz yeterlilik ölçeği puanları arasında ($r:-0,591$ $p<0,01$), özel beslenme ve kilo alt boyut puanları arasında ($r:-0,425$ $p<0,01$), fizik egzersiz alt boyut puanları arasında ($r:-0,422$ $p<0,01$), kan şekeri alt boyut puanları arasında ($r:-0,708$ $p<0,01$), genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanları arasında ($r:-0,555$ $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 12).

Diyet pazarlığı alt boyut puanları ile Tip-2 diyabetli hastalar için diyabet yönetimindeki öz yeterlilik ölçeği puanları arasında ($r:0,422$ $p<0,01$), özel beslenme ve kilo alt boyut puanları arasında ($r:0,465$ $p<0,01$), fizik egzersiz alt boyut puanları arasında ($r:0,349$ $p<0,01$), kan şekeri alt boyut puanları arasında ($r:0,181$ $p<0,05$), genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanları arasında ($r:0,421$ $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 12).

Tablo 13

Tip 2 diabetes mellitus hastalarında öz yeterliliğin tedavi uyumuna etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken: Tedavi Uyumuna					F	Model (p)	R ²	Durbin Watson
	β	SH	Beta	t	p				
Sabit	110,260	2,601	-	42,388	0,000*	116,2 26	0,000*	0,403	1,720
Öz Yeterlilik	-0,458	0,042	-0,637	-10,781	0,000*				

* $p<0,05$

Tip 2 Diabetes Mellitus hastalarında öz yeterliliğin tedavi uyumuna etkisi 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 ($F=116,226$; $p<0,05$). Bağımsız değişkene

ait beta katsayı değerine, t değerine ve anlamlılık seviyesine bakıldığında; Tip 2 Diabetes Mellitus hastalarında öz yeterliliğin tedavi uyumuna istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir ($t=-10,781$, $p<0,05$). Tedavi uyumu üzerindeki değişimin %40,3'ünün model tarafından açıklandığı görülmektedir (Düzenlenmiş $R^2=0,403$). Tip 2 Diabetes Mellitus hastalarında öz yeterlilik puanlarındaki 1 birimlik artış, tedavi uyumu puanları üzerindeki 0,458'lik azalışa ($\beta=-0,458$) neden olmaktadır. Modelde otokorelasyon sorunu bulunmamaktadır (DW:1,720) (Tablo 13).

Tedavi uyumu ölçeğinde puanlarının artması bireyin tedaviye uyumsuz olduğu, puanların azalması ise bireyin tedaviye uyumlu olduğunu ifade etmektedir. Bireylerin öz yeterliliklerinin artması tedavi uyum puanlarının azalmasına (yani bireyin tedaviye uyumunun artmasına) neden olmaktadır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Tip 2 DM hastalarının öz yeterliliğini, tedavi uyumunu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri, öz yeterlilik ve tedaviye uyum düzeyleri, hastaların öz yeterlilik düzeyinin tedavi uyumuna etkisi, ayrıca kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiden elde edilen bulgular ilgili literatür kapsamında tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Sosyo-demografik ve Hastalık Özellikleri ile Tip-2 Diyabetli Hastaların Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Araştırmada Tip 2 DM öz yeterlilik ölçek toplam puan ortalaması $58,89 \pm 16,99$ (min:23, max:94,03) olarak belirlenmiştir (Tablo 6). Çalışmada hastaların orta düzey öz yeterliliğe sahip olduğu bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarından en yüksek ortalama “genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü”, en düşük puan ortalaması ise “fizik egzersiz” alt boyutundadır (Tablo 6). Arslan’ın (2019) çalışmasında diyabette öz yeterlilik toplam puan ortalaması $54,16 \pm 14,65$, Şireci ve Yılmaz Karabulutlu’nun (2017) çalışmasında $51,24 \pm 10,56$, Kılıç’ın (2016) çalışmasında $71,1 \pm 16,80$, Tekin Yanık ve Erol’un (2016) çalışmasında ise $59,28 \pm 8,66$ olarak tespit edilmiştir. Benzer olarak Gencer’in (2019) ve Al-Khawaldeh, et al., (2012) çalışmalarında DM’de öz yeterliliğe yönelik en yüksek puan ortalaması olan alt boyut genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü, en düşük puan ortalaması olan alt boyut ise fizik egzersiz olarak belirlenmiştir.

Çalışmada tip 2 DM hastalarının sosyo-demografik ve hastalığına ilişkin özelliklerine göre öz yeterlilik puan ortalaması ile cinsiyet, medeni durum, yaşam yeri, evde yaşadığı kişi/kişiler, DM tanı süresi, ailede DM öyküsü ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 10-11). Ailede DM öyküsünün bulunması DM hakkında diğer aile bireylerinin de bilgi, deneyim sahibi olarak baş etme becerilerini yükseltmesi ve dolayısı ile öz yeterlik düzeylerinin yüksek olması beklenmektedir. Ayrıca DM tanı süresi arttıkça hastaların DM yönetimin esaslarından olan tıbbi beslenme tedavisi ve egzersiz gibi

yaşam tarzı değişimleri hayatına daha çok entegre ederek DM öz yeterlilik düzeylerini arttırması beklenmektedir. Araştırmamızdaki bu sonucun çalışmanın yürütüldüğü hastane ve ilçede diyabet eğitim hemşiresinin bulunmaması, hastaların uzun yıllardır DM tanısı varlığına ve aile öyküsünün bulunmasına rağmen, öz yeterlilik düzeylerinin anlamlı olarak yükselmemesiyle ilişkilendirilebilir. Tekin Yanık ve Erol'un (2016), Şireci ve Yılmaz Karabulut'nun (2017) çalışmasında hastaların cinsiyetleri, medeni durumları ile öz yeterlilik düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmada hastaların yaşlarına göre öz yeterlilik ölçeği toplam puanı ve özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz, kan şekeri ve genel beslenme, tıbbi tedavi kontrol alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 10). Araştırmaya katılan 47 yaş ve altındaki bireylerin DM öz yeterlilik ölçeği toplam puanı, özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz, kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanlarının, 68 yaş ve üzeri olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Dünya literatüründe çeşitli sonuçlar olmakla birlikte ülkemizde gerçekleşen çalışmalarda genellikle yaş arttıkça öz yeterlilik düzeyi azalmaktadır. Bu durum ülkemizdeki orta ve ileri yaş popülasyonunun eğitim seviyesinin gelişmiş ülkelere kıyasla düşük seviyede olmasıyla ilişkilendirilebilir. Ayrıca gelişmiş ülkelerde orta ve ileri yaş popülasyonu emekli olduklarında ekonomik koşulların ülkemize kıyasla daha olumlu olmasıyla ilişkili ek bir gelir elde etme çabasında bulunmadıklarından kişisel sağlık problemleriyle daha ilgili olarak bilgi, yetkinlik ve baş etme becerilerini geliştirerek öz yeterlilik düzeylerini arttırabilmektedir. Arslan'ın (2019) çalışmasında fizik egzersiz, kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyutlarını yaş değişkeninin etkilediği, 49 yaş ve altındaki bireylerde öz yeterlilik düzeyinin diğer gruplardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Şireci ve Yılmaz Karabulutlu'nun (2017), Çallı'nın (2014), çalışmalarında öz yeterliliğin yaş değişkeninden etkilendiği görülürken öz yeterlilik düzeyleri ile yaş değişkeni arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Bohanny, et al., 2011; Al-Khawaldeh, et al., 2012; Gao, et al., 2013). Ayrıca Depalma, et al. (2015) çalışmasında yaş ve öz yeterliliğin birlikte artış gösterdiği tespit edilmiştir.

Araştırmada hastaların eğitim durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği toplam puanı, fizik egzersiz, kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 10). Eğitimi üniversite/yüksek lisans olan katılımcıların öz yeterlilik ölçeği, fizik egzersiz, kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanlarının eğitimi ilköğretim olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde pek çok çalışmada eğitim seviyesi arttıkça öz yeterlilik düzeyinin de arttığı ifade edilmektedir (Arslan, 2019; Tekin Yanık ve Erol ,2016; Kılıç 2016; Sharoni ve Wu, 2012; Mollaoğlu ve Bağ 2009). Ayrıca Bandura (1997) “bireyin eğitim düzeyi ne kadar yüksekse, başarılı olmak için üstesinden geldiği zorlukların o kadar fazla olduğunu” belirtmiştir. Eğitim seviyesi yükseldikçe DM hastalarının sağlık okur yazarlığı yükselmekte ve bu durum öz yeterliliği desteklemektedir (Bohanny, et al., 2011). Eğitim seviyesi yükseldikçe doğru bilgiye erişim kaynaklarının kullanımının artışı, erişilen bilginin hayata entegre edilme düzeyinin yükselmesi, hastalık ve komplikasyonlarının farkındalık seviyesinin artışı ve sağlığı önemseme ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmada çalışma durumlarına göre öz yeterlilik ölçeği toplam puanı ile özel beslenme ve kilo ve fizik egzersiz alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 10). Çalışan katılımcıların öz yeterlilik ölçeği toplam puanının özel beslenme ve kilo ve fizik egzersiz alt boyut puanlarının çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Arslan’ın (2019) çalışmasında ev hanımlarının fiziksel egzersiz alt boyutunda öz yeterlilik ortanca puan değeri daha düşük tespit edilirken Bohanny, et al., (2013) ve Erol’un (2009) çalışmasında çalışmayan hastaların öz yeterlilik puanları düşük tespit edilmiştir. Bohanny, et al., (2011) çalışmasında çalışanların öz yeterlilik düzeyleri işsiz olan bireylere göre yüksek tespit edilmiştir. Araştırma sonuçları literatür ile uyumludur. Çalışan bireyler bir iş veya meslekte yetkin olarak, bir işi başarabildiklerinden, fiziksel olarak daha aktif bir yaşam sürdürdüklerinden ayrıca ekonomik ve sosyal koşullarının daha iyi olmasından dolayı öz yeterlilik düzeylerinin de yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmada hastaların alkol/sigara kullanım durumlarına göre fizik egzersiz alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 10). Her ikisini de kullanan katılımcıların fizik egzersiz alt boyut puanlarının kullanmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum alkol ve sigara kullanımının geçici motivasyonel değişime neden olması ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca sigara kullanımının metabolizma üzerindeki hızlandırıcı etkisinden dolayı sigara kullanan bireylerin genellikle beden kitle indeksleri daha düşüktür. Bu nedenle içmeyen bireylere göre daha çok fiziksel olarak aktif bir yaşam sürdürdükleri düşünülebilir.

Çalışmada DM dışında kronik hastalığı olmayan hastaların öz yeterlilik ölçeği toplam puanı ile özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz, kan şekeri alt boyut puanlarının kronik hastalığı olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde çeşitli sonuçlar olmakla beraber birden fazla kronik hastalığı olan bireylerin sorumluluklarının ve hastalık yükünün artışı bireylerde tükenmişlik oluşturmasıyla öz yeterlilik düzeylerinde azalma meydana getirdiği şeklinde ilişkilendirilebilir. Şireci'nin (2012) çalışmasında öz yeterlilik düzeyi ile başka bir kronik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir. Arslan'ın (2019) araştırmasında ek kronik hastalık varlığının öz yeterlilik toplam puanı üzerinde etkili olmadığı, fizik egzersiz ve kan şekeri alt boyutu üzerinde etkili olduğu, kronik hastalığı olmayanların öz yeterlilik ortanca puanların yüksek olduğu ifade edilmektedir.

Araştırmada DM komplikasyonu olmayan hastaların öz yeterlilik ölçeği toplam puanı ile özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanlarının DM komplikasyonu olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca DM komplikasyonu olmayan hastaların öz yeterlilik ölçeği toplam puanı özel beslenme ve kilo ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanlarının iki ve üzeri komplikasyon olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. DM komplikasyonu olmayan veya en az bir komplikasyonu olan hastaların fizik egzersiz alt boyut puanlarının iki ve üzeri komplikasyon olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızdaki bu sonuçlar DM öz yeterlilik düzeyi yüksek olan bireylerin diyet, egzersiz, tedavi kontrolü, kan şekeri ölçümü gibi konularda daha özenli davrandıkları,

kendilerini komplikasyonlardan koruduklarını göstermektedir. Ayrıca komplikasyon sayısı arttıkça bireylerin öz yeterlilik düzeyleri ve bazı ölçek alt boyut puanlarının azaldığı da literatür ile paralellik göstermektedir. Arslan'ın (2019), Tekin ve Erol'un (2016) araştırmasında DM komplikasyonu ile diyabet öz yeterlilik düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır. Şireci'nin (2012) çalışmasında DM komplikasyonu olanlarda kan şekeri puan ortalaması komplikasyonu olmayanlara göre daha düşük tespit edilmiştir.

Çalışmada tedavi şekli sadece diyet olan hastaların öz yeterlilik ölçeği toplam puanı ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanlarının tedavi şekli oral antidiyabetik ve insülin olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Tedavi şekli sadece diyet olan hastaların fizik egzersiz alt boyut puanlarının tedavi şekli oral antidiyabetik ve oral antidiyabetik ve insülin olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Tedavi şekli insülin olan hastaların kan şekeri alt boyut puanlarının tedavi şekli oral antidiyabetik olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Şireci'nin (2012) ve Usta Yeşilbakan'ın (2001) çalışmasında tedavi tipinin öz yeterlilik düzeyleri üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Sadece diyet tedavisi ile DM yönetimini sağlayan bireyler DM yönetimindeki yaşam tarzı değişimin önemini daha iyi kavramakta ve ilaç kullanması gereken seviyeye erişmeden kan şekeri regülasyonunu sağlamayı hedefleyen bilinçli grubu oluşturmaktadır. Bilinçli grup şeklinde nitelendirilmesinin nedeni tahlil ve tetkiklerini düzenli gerçekleştirmeyen ve sağlık durumlarıyla ilgilenmeyen bireyler DM tanısı esnasında oral anti-diyabetik ajan kullanması ya da insülin kullanması gereken evrede tespit edildiğinden bilinçli ve takipli bireyler pre-diyabet döneminde tespit ederek gerekli önlem ve davranışları hayatlarına entegre etmektedir. Bu nedenle diyet tedavisini uygulayan bireylerin öz yeterlilik düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Tedavi şekli insülin olan bireylerin daha fazlası, diğer tedavi yöntemleriyle tedavi olanlara kıyasla evde glukometre cihazı bulundurmaktadır. Ayrıca insülin kullanan bireylerde hipoglisemi korkusundan dolayı kan şekeri regülasyonunun sağlanması çabası daha şiddetlidir. Tüm bu sebepler insülin kullanan bireylerin kan şekeri alt boyutunda öz yeterlilik puanlarının yüksek olması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmada tedaviyi kendi uygulayan hastaların fizik egzersiz alt boyut puanlarının tedaviyi eşi, çocuğu, bakıcısı uygulayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Genellikle yatağa bağımlı veya kendi gereksinimlerini karşılayamayan bireylerin DM tedavisini eş, çocuk veya bakıcı gerçekleştirmektedir. Bu bireylerin çoğunun fiziksel olarak aktif olamamasının veya engellerinin bulunmasından dolayı fiziksel egzersiz alt boyut puanları daha düşük tespit edildiği düşünülebilir.

Çalışmada DM eğitimi alan hastaların öz yeterlilik ölçeği toplam puanı özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz, kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanlarının eğitim almayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Diyabetin başarılı tedavisi bireyin sağlık ekibi ile iş birliği içerisinde olarak tedaviye aktif katılımını gerektirir. Bu diyabet eğitimi ile mümkündür. Diyabet eğitimi bireylerin diyabeti, diyabetin yaşamları üzerindeki etkilerini ve yaşam tarzı değişiminin nasıl olması gerektiğini ayrıntılı bir biçimde kavramlarını sağlar. Eğitim ile hastaların eksik ve yanlış bilgilerinin düzeltilmesi, doğru sağlık davranışlarının oluşturulması ve sürdürülmesiyle öz yeterliliğin yükseltilmesi ilişkilendirilebilir. Arslan'ın (2019) çalışmasında DM eğitimi alan hastaların diyabette öz yeterlilik toplam, kan şekeri alt boyutunda ortanca puanı eğitim almayanlara göre anlamlı tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 11). Literatürde gerçekleştirilen DM hasta eğitiminin bireyin öz yeterlilik toplam puanlarının veya alt boyut puan ortalaması düzeylerini arttırdığına yönelik pek çok mevcuttur (Kılıç, 2016; Tekin ve Erol 2016; Çallı, 2014; Şireci, 2012; Usta Yeşilbakan, 2001).

Kontrole gitmeyen hastaların öz yeterlilik ölçeği puanlarının kontrole gitme sıklığı 3 ayda bir ve yılda bir olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrole gitmeyen hastaların özel beslenme ve kilo alt boyut puanlarının kontrole gitme sıklığı 3 ayda bir olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrole gitmeyen hastaların kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyut puanlarının kontrole gitme sıklığı 3 ayda bir, 6 ayda bir ve yılda bir olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum öz yeterlilik düzeyleri düşük olan bireylerin hastalık yönetiminde zorlanmasıyla beraber kendilerinde semptom görerek daha sık kontrole gitme gereksinim duymasıyla ilişkilendirilebilir. Şireci'nin (2012) çalışmasında diyabet kontrol sıklığı senede bir olanların

toplam öz yeterlilik puan ortalamalarının, fiziksel egzersiz, kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyutlarında DM kontrol sıklığı daha fazla olan gruplara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

5.2.Hastaların Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile Tip 2 Diabetes Mellitus Hasta Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Tip 2 DM Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği alınan puan ortalaması $83,31 \pm 12,20$ (min:51, max: 117) olarak bulunmuştur (Tablo 6). Hastaların tedavi uyum düzeyleri incelendiğinde, %1,2'sinin tedaviye uyumunun iyi, %98,8'inin orta olduğu görülmektedir (Tablo 7). Yüksel'in (2020) çalışmasında %20,7'sinin tedaviye uyumu iyi, %60,9'unun tedaviye uyumları orta, %18,4'ünün tedaviye uyumu kötü tespit edilmiştir. Karaarslan Eşer, vd.,'nin (2018) gerçekleştirdiği çalışmada ölçek puan ortalaması $77,69 \pm 10,73$ (min: 39, max: 106) olarak tespit edilirken, çalışmaya katılan hastaların %97,4'ünün tedaviye uyumu orta, %2,6'sının tedaviye uyumu kötü olarak bulunmuştur. Korkmaz'ın (2018) ölçek puan ortalaması $87,11 \pm 7,675$ olarak bulunurken hastaların tamamının tedaviye uyumu ortadır. Sonuçlar literatür ile benzerlik içerisindedir.

Hastaların sosyo-demografik ve hastalığına ilişkin özelliklerine göre Tip 2 DM Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği toplam puanı ile cinsiyet, medeni durum, evde yaşadığı kişi/kişiler, kronik hastalıklar, ailede DM öyküsü ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 8-9). Korkmaz'ın çalışmasında erkeklerin kadınlara göre uyum puanlarının ortalamaları daha yüksek bulunurken Özönük'un (2017) çalışmasında ise bu durum tam tersidir. Literatürde çeşitli sonuçlar olmakla birlikte bu çeşitliliği sebebi örneklem gruplarının cinsiyet değişkeniyle beraber ülkemizin bazı bölgelerinde kadın ve erkeklerin eğitim, çalışma hayatına dahil olma, meslek gibi parametrelerinin de değişiklik göstermesinden tedaviye uyumun değişmesiyle açıklanabilir. Çalışmanın gerçekleştirildiği bölgede kadın ve erkek daha eşit şartlarda yaşadığından tedaviye uyum düzeylerinde anlamlı bir farklılık oluşmadığı düşünülebilir. Çalışmamızda ailede DM öyküsünün tedaviye uyumu etkilemediği görülürken Rashidi ve Genç'in (2020) çalışmasında ise tutumlarını pozitif

yönde etkilediği bildirilmiştir. Ailesinde doğru DM yönetim davranışları olan bireylerin tutumları ve dolayısı ile tedaviye uyumlarının pozitif yönde etkilenmesi beklenirken ailesindeki birey tarafından DM yönetimi etkin olarak gerçekleşmeyen yani yaşam şekli değişimini hayatına entegre edemeyen bireylerin tedaviye uyumlarının etkilenmemesi ile ilişkilendirilebilir. Çalışmada ek kronik hastalık varlığının tedaviye uyumu etkilemediği belirlenirken Arı (2021) ve Öztepe'nin (2017) çalışmalarında da etkilemediği tespit edilmiştir. Sonuçlar literatür ile uyum içerisindedir. Çalışmada DM hastası bireyin birlikte yaşadığı kişi/kişiler tedaviye uyum düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmazken Yüksel'in (2020) ve Albuquerque, et al., (2015) çalışmasında; eşleri ile yaşayanların tedaviye uyumlarının iyi olduğu saptanmıştır. Sosyal destek sistemlerinin hastalık uyumunu artırması beklenirken çalışmanın yapıldığı yerde diyabet eğitim hemşiresinin bulunmaması, çalışmaya katılan hastaların genellikle köyde yaşam sürmeleri nedeniyle bireyin ve ailenin sağlık hizmetlerine ulaşımın aksaması, bireyin ailesinin hastalık ve yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, hastalığın ciddiyetini kavrayamama kaynaklı yaşadığı kişilerin tedaviye uyumu etkilemediği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada Tip 2 DM Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği toplam puanı ile yaşı 68 yaş ve üzeri olan hastaların bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanlarının 47 yaş ve altı ve 58-67 yaş aralığındaki hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaşı 68 yaş ve üzeri olan hastaların öfke duyguları alt boyut puanlarının 47 yaş ve altı olan hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Yaşı 68 yaş ve üzeri olan hastaların uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanlarının 47 yaş ve altı, 48-57 ve 58-67 yaş aralığındaki hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 8). Yaş arttıkça bilgiyi anlama algılama ve hayata entegre edebilme düzeyi azalmakta bireyin bağımlılık riski yükselmektedir. Bu durum bilgi ve kişisel faktörler ve uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut uyumlarının gençlerde daha iyi olması ile açıklanabilir. Ancak yaş ilerledikçe çalışma hayatından soyutlanma daha stabil ve dingin yaşam şekline geçiş, iş yaşamının stresörlerinden uzaklaşmak ile öfke duyguları alt boyutunda ileri yaşta uyumun daha iyi olduğunu açıklamaktadır. Özönük ve Yılmaz (2019), Karan'nın (2020) araştırmasında yaşa bağlı tedaviye uyum düzeylerinin değişmediği görülmüştür.

Çalışmada üniversite eğitimi alan hastaların bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanlarının eğitimi ilköğretim ve lise olan hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca eğitimi üniversite olan hastaların uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanlarının eğitimi ilköğretim olan hastalara göre daha düşük diyet pazarlığı alt boyut puanlarının ise yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 8). Eğitim seviyesi arttıkça hastaların tedaviye uyumu da artmaktadır. Arı'nın (2021) çalışmasında ilköğretim mezunu olan hastaların bilgi ve kişisel faktörler ve inkâr duygusu alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha düşük tespit edilmiştir. Pek çok çalışmada eğitim durumu arttıkça tedaviye uyumlarının arttığı tespit edilmiştir (Yüksel, 2020; Bal Özkaptan, vd., 2019; Ayman ve Abd-El-Aziz, 2007). Eğitim düzeyinin dolayısı ile sosyo-ekonomik düzeyin artışı yaşam tarzı değişimlerini destekleyerek tedaviye uyumu arttırmaktadır. Yapılan araştırmalar kötü sosyo-ekonomik düzeyin tip 2 DM hastalığı ile ilişkini ortaya koymaktadır (Kara ve Kara, 2019; Yüksel, 2020). Yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip olan bireyler doğru beslenme şekli ve fiziksel aktivitede bulunma gibi daha sağlıklı yaşam davranışlarına sahip olduklarından DM risk faktörü ve yönetimi daha iyi düzeydedir. Eğitim durumu düşük olan bireylerde ise kan şekeri ölçümü, insülin kullanımı ve olası akut/kronik komplikasyonların farkındalığı yetersiz olduğundan sağlık hizmetlerine ulaşım daha yetersiz obezite oranı daha yüksek olduğundan tedaviye uyumlarının daha düşük olduğu düşünülebilir. Bu sebeple DM eğitim hemşirelerinin özellikle eğitim düzeyleri daha düşük olan hastalara basit, anlaşılır eğitim materyalleri ile eğitim vererek bilgi ve uygulama eksikliklerini gidermeli bu konudaki farkındalığı yüksek olmalıdır.

Çalışmada hastaların yaşadıkları yerlerine göre bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Yaşadığı yer köy olan hastaların bilgi ve kişisel faktörler alt boyut puanlarının yaşadığı yer il olan hastalara kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 8). Köyde yaşayan bireylerin sağlık bakım hizmetlerinden daha az yararlanabilmesi ve en yakın sağlık kuruluşu olan verilerin toplandığı ilçe hastanesinde DM eğitim hemşiresinin bulunmaması, köy yaşamının getirdiği ek çevresel yüklerden kaynaklı olarak tedaviye uyumlarının daha düşük olduğu söylenebilir. İkamet edilen yerin tedaviye uyumu etkilediği yönünde çalışma sonuçları mevcuttur (Arı, 2021; Güleyyupoğlu, 2020).

Çalışmada hastaların çalışma durumlarına göre yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Çalışmayan hastaların yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanlarının çalışan hastalara göre daha yüksektir (Tablo 8). Eker'in (2021) çalışmasında çalışma durumları ile tedaviye uyum düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çalışmayan bireylerin daha düzensiz yaşamlarının oluşu, ekonomik koşulların yetersizliği ve daha sedanter yaşama sahip olmaları gibi faktörlerin tedaviye uyumlarını aksattığı düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların alkol/sigara kullanım durumlarına göre öfke duyguları alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 8). Her ikisini de kullanan hastaların öfke duyguları alt boyut puanlarının kullanmayan hastalara göre daha yüksektir. Özönük'un (2017) çalışmasında hiç sigara ve alkol kullanmamış DM hastalarının tedaviye uyum puanları mevcut durumda kullanmakta olanlara göre daha yüksek belirlenmiştir. Yüksel'in (2020) çalışmasında sigara ve alkol kullanımı ile tedaviye uyum düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde çeşitli sonuçlar bulunmakla beraber alkol ve sigara genellikle baş etme mekanizması yetersiz bireyler tarafından günlük yaşamın getirdiği olumsuz koşullar ve stresörler neden gösterilerek tüketilmektedir. Baş etme mekanizması yetersiz bireyler karşılaştıkları hastalıkları da yönetmekte güçlük çekmektedir. Ayrıca şeker içeren alkollü içecekler alımından kısa süre sonra kan şekeri yükseltir. Sonraki etapta özellikle insülin tedavisi alan hastalarda alkol besin ile tüketilmez ise karaciğer enzimleri alkolün yıkılmasıyla meşgul olduğundan karaciğerin yeni glikoz üretimini engelleyerek alkol alımından saatler sonra hipoglisemiye neden olması da tedaviye uyumu zorlaştırabilmektedir. Bu neden ile çalışmamıza katılan hastaların alkol/sigara kullananlarının özellikle tedaviye uyumlarının da zayıf olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların, ek kronik hastalık durumlarına göre yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 8). Kronik hastalığı olan hastaların yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanlarının kronik hastalığı olmayan DM hastalarına göre daha yüksek olduğu yani tedaviye uyumların daha zayıf olduğu görülmektedir. DM hastalığına sahip olan ve yaşam tarzı değişimlerini

hayatına entegre edemeyenler genellikle fazla kilolu, sedanter yaşam süren ve diyetlerine dikkat etmeyen bireylerdir. Bu durum hipertansiyon, hiperlipidemi, kardiyovasküler sistem ve diğer kronik hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Bu hastalıklar da ayrıca yük getirerek sorumluluğu arttırarak neden sonuç ilişkisini derinleştirdiği düşünülmektedir. Literatürde çeşitli çalışmalarda ek hastalığı olan bireylerin aldığı puanların yüksek, DM tedavi uyumlarının zayıf olduğu ifade edilmektedir (Kav ve Bulut, 2018; Elsous, et al., 2017; Ahmed, et al., 2013).

Çalışmada hastaların DM sürelerine göre diyet pazarlığı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo, 9). DM süresi 5-8 yıl olan hastaların diyet pazarlığı alt boyut puanlarının DM süresi 17 yıl ve üzeri olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde tanı yılı uzadıkça tedaviye uyumun arttığı yönünde sonuçlar mevcuttur (Eker, 2021; Arslan, 2011). Korkmaz'ın (2018) çalışmasında 15 yıldan uzun süredir tanısı olanların tedaviye uyumu iyi, 5 yıldan daha az tanılı olanların yalnızca %46'sının tedaviye uyumunun iyi olduğu saptanmıştır. Tanı süresi uzadıkça hastalar tarafından yaşam tarzı değişimleri daha çok benimsenerek tedaviye uyum arttırılmaktadır. Ayrıca pandemi koşullarında sağlık bakım hizmetlerine ulaşımın aksaması daha çok kısa süredir DM tanılı bireyleri etkilediği düşünülmektedir. Çünkü bu grubun daha çok eğitim ve kontrol gereksinimi mevcuttur, DM ve tedavi yönetimini yaşam tarzına dönüştürmek çaba, eğitim ve zaman gerektirmektedir.

DM komplikasyonu olan hastaların tedavi hasta uyum ölçeği, tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanlarının DM komplikasyonu olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. DM komplikasyonu olmayan hastaların diyet pazarlığı alt boyut puanlarının DM komplikasyonu olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların DM komplikasyon sayıları durumlarına göre tedavi hasta uyum ölçeği toplam puanı ile bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları ve diyet pazarlığı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 9). Çalışmada komplikasyon sayısı arttıkça yaşam tarzı değişikliği, bilgi ve kişisel faktörler, öfke duyguları alt boyut puanları yükselmekte yani bu alt boyutlarda tedaviye uyumları zayıflamaktadır.

Ancak komplikasyon sayısı iki ve üzeri olan hastaların diyet pazarlığı alt boyut puanları, komplikasyonu olmayanlara göre düşük tespit edilmiş olup bu alt boyutta tedavi uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın sonuçları diyabetin neden olduğu komplikasyonların tedaviye uyumu olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır. Ayrıca öz yönetimi yeterli olmayan, diyabet yönetimi konusunda yetersiz eğitim alan veya hiç almayan hastaların komplikasyonları da engellemeleri veya ortaya çıktığında nasıl baş edeceklerini bilmemeleri tedaviye uyumu da güçleştirmektedir. Komplikasyonların sayısındaki artış hastaların tedaviye uyumsuzluğunu açıklamaktadır. Taşkaya'nın (2014) çalışmasında komplikasyon varlığının tedavi uyumunu etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Teklay, et al., (2013) yaptığı çalışmada komplikasyonu olan hastaların tedaviye daha uyumsuz olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada hastaların tedavi tipi OAD olan hastaların tutum ve duygusal etmenler alt boyut puanlarının tedavi tipi İnsülin ve OAD+ İnsülin olan hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Tedavi tipi OAD olan hastaların uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanlarının tedavi tipi İnsülin ve OAD+ İnsülin olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Tedavi tipi sadece diyet olan hastaların diyet pazarlığı alt boyut puanlarının diğer tedavi tiplerine sahip hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 9). Kav ve Bulut'un (2018) çalışmasında OAD tedavi ya da insülin tedavisi gören hastaların tedaviye uyumları arasında fark görülmemiştir. Eker'in (2021) çalışmasında sadece tıbbi beslenme tedavisi kullanan veya tıbbi beslenme tedavisi+ OAD kullanan hastaların tedaviye uyumları diğer gruplara göre daha iyi belirlenmiştir. Turan'ın (2018) araştırmasında insülin kullanmayan bireylerin kullanan bireylere kıyasla tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kara ve Kara'nın (2019) çalışmasında OAD+ insülin kullanan hastaların tedaviye uyumun daha güç olduğu ifade edilmiştir. Literatürde çeşitli sonuçlar mevcut olmakla beraber alt boyutlar bazında incelendiğinde tedavi tipi sadece diyet olan hastaların diyet pazarlığı alt boyutunda daha uyumsuz olmasının nedenin DM başlangıç evresinde olmaları ve henüz diyeti yaşam tarzlarına dönüştüremediklerinden olduğu düşünülmektedir. İnsülin+ OAD kullanan katılımcıların uyuma uygun duygu ve davranışlarının sadece OAD kullananlara göre daha iyi olmasının nedeni ülkemizde insülin kullanımına başlangıç esnasında kapsamlı eğitim uygulanması, bireyin sadece insülin kullanması gereken evreye

ulaşmak istememesi ve komplikasyonlardan korunmak istemesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada tedaviyi uygulayan kişi eşi, çocuğu, bakıcısı olan katılımcıların duygusal etmenler ve yaşam tarzı değişikliği alt boyut puanlarının tedavisini kendi uygulayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yalçın'ın (2021) çalışmasında insülini kendisi uygulayan hastaların tutum ve duygusal etmenler puan ortalamasının, insülini kendisi yapmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bulgular literatür ile uyumludur. Tedaviyi kendisi uygulayan bireyler bakıma ihtiyacı bulunmayan ve kendi hastalıklarını yönetme becerine sahip bireyler olduklarından tedavinin gereçlerini uygulayarak tedaviye daha iyi uyum sağladığı düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların DM eğitim alma durumlarına göre DM hasta uyumu ölçek toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, ölçek alt boyutlarından uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 9). DM eğitimi almayan hastaların uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyut puanlarının DM eğitimi alan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yüksel'in (2020) çalışmasında DM eğitimi alan bireylerin tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu; ölçek alt boyutlarında ise DM eğitimi alan bireylerin bilgi düzeyinin, tedaviye uyuma uygun davranışların daha fazla ve inkâr duygularının daha az olduğu belirlenmiştir. Demirtaş (2014) ve Baki'nin (2019) çalışmasında DM eğitimi alan hastaların tedaviye uyumlarının daha iyi bulunmuş ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Çalışma sonuçları literatür ile uyum içerisindedir. Hemşirelerin DM tedavisindeki en önemli rollerinden biri eğitici rolüdür. DM yaşam boyu devam eden ve yalnızca medikal tedavinin yeterli olmadığı hastaya da büyük sorumlulukların düştüğü bir hastalıktır. Eğitim ile hastaların bilgi eksiklikleri giderilerek değişimleri süreklilik haline gelmesi ve hasta ile iş birliği yapılması son derece önem arz etmektedir. Diyabet eğitim hemşirelerinin her kurumda aktif ve etkin olarak çalışması ve hastaların takiplerini süreklilik arz ederek gerçekleştirmesi ile tedaviye uyumun artacağı düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların kontrole gitme sıklıklarına göre tedavi hasta uyum ölçeği, bilgi ve kişisel faktörler uyuma uygun duygu ve davranışlar ve diyet pazarlığı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 9). Kontrole gitmeyen hastaların tedavi hasta uyum ölçeği, bilgi ve kişisel faktörler uyuma uygun duygu alt boyut puanlarının kontrole gitme sıklığı 3 ayda bir, 6 ayda bir ve yılda bir olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrole gitmeyen hastaların diyet pazarlığı alt boyut puanlarının kontrole gitme sıklığı 3 ayda bir olan hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Yüksel'in (2020) araştırmasında ayda bir kez DM kontrolüne gidenlerin bilgi ve kişisel faktörler alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları daha düşük ve bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada kontrole gitmeyen hastaların tedaviye uyumlarının zayıf olduğu ve diyet pazarlığını diğer gruplara göre daha az yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum diyete uyumlarının zayıf olması ve bu uyumu önemsemediklerinden diyet pazarlığı yapmadıkları ile açıklanabilir.

5.3. Tip 2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği ve Tip 2 DM Hasta Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkiler

Çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilen korelasyon analizi sonucunda Tip 2 DM tedavisine hasta uyum ölçeği puanları ile Tip-2 diyabetli hastalar için diyabet yönetimindeki öz yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir ($r:-0,637$ $p<0,01$) (Tablo, 12). Çalışmada öz yeterliliğin DM tedavi uyumuna etkisini araştırmak üzere gerçekleştirilen basit regresyon analizi sonucuna göre kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı oldu görülmektedir ($F=116,226$; $p<0,05$) (Tablo, 13). Tip 2 DM hastalarında öz yeterliliğin tedavi uyumuna istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir ($t=-10,781$, $p<0,05$) (Tablo13). Ortaya çıkan sonuca göre hastanın öz yeterlilik düzeyindeki artış tedaviye uyumun da artmasını sağlamaktadır. Bireyin DM yönetimin unsurlarından olan diyet uyumu, egzersiz, kilo kontrolü, doğru ve düzenli olarak medikal tedaviye uyum, komplikasyonların bilincinde olma ve korunma, yaşam tarzı değişimi gibi unsurları hayatına entegre edebilmesi ve sürebilmesinin öz yeterlilik düzeyi yüksek olan bireylerde başarılı bir şekilde hayata geçirilmesi ile tedaviye uyum daha optimal düzeyde sağlanmaktadır.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

6.1.1. Hastalarının Bireysel ve Hastalık Özellikleri

Çalışmaya katılan hastaların %52,9'u kadın, %77,9'u evli, %34,9'u 58-67 yaş aralığında, %62,2'si ilköğretim mezunu, %42,4'ü köyde yaşayan, %66,9'u çalışmayan, %44,8'i çekirdek ailesiyle yaşayan, %76,2'si alkol/sigara kullanmayan, %70,3'ü DM dışı kronik hastalığı olan, %26,2'si 1-4 yıldır DM tanısı olan, %78,5'inin ailede DM öyküsü olan, %57'si DM komplikasyonu bulunmayan, %59,9'u oral antidiyabetik kullanan, %91,9'u tedaviyi kendisi uygulayan, %51,2'si DM eğitimi almış, %29,7'si yılda bir kez kontrole gidenlerden oluşmaktadır.

6.1.2. Hastalarının Bireysel ve Hastalık Özellikleri ile Öz Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tip 2 diyabetli hastalar için bireysel ve hastalık özelliklerine göre diyabet yönetimindeki öz yeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması $58,89 \pm 16,99$ (min:23, max:94,03) olup orta düzey olarak saptanmıştır. Diyabette öz yeterlilik ölçek alt boyutlarından en yüksek puan ortalaması $29,62 \pm 7,59$ ile genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü, en düşük puan ortalaması ise $8,72 \pm 3,76$ ile fizik egzersiz alt boyuna ait olduğu tespit edilmiştir. Bu sebeple hastaların DM öz yeterlilik düzeyleri en iyi genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyutunda tespit edilirken en zayıf fiziksel egzersiz alt boyutu olduğu belirlenmiştir.

Bireysel özelliklerine göre yaşı 47 ve altı olan hastaların yaşı 68 ve üzeri olan hastalara göre, eğitimi yüksek lisans/üniversite olan hastaların eğitimi ilköğretim olanlara göre, çalışan ve DM dışında kronik hastalığı bulunmayan hastaların öz yeterlilik düzeyleri

daha yüksek bulunmuştur. Hastalık özelliklerine göre ise DM komplikasyonu olmayan, tedavi şekli sadece diyet olan, DM eğitimi alan ve kontrole gitmeyen hastaların öz yeterlilik düzeyleri daha yüksek saptanmıştır.

6.1.3. DM Hastalarının Bireysel ve Hastalık Özellikleri ile Tedaviye Uyumluluğu Arasındaki İlişki

Tip 2 diabetes mellitus tedavisine hasta uyum ölçeğine göre %98,8'inin tedaviye uyumu orta tespit edilmiştir. Tip 2 DM hasta uyum ölçeği puan ortalaması $83,31 \pm 12,20$ olarak belirlenmiştir. Tip 2 DM tedavisinde hasta uyum ölçeği alt boyutlarından en yüksek puan ortalaması $22,85 \pm 4,49$ ile tutum ve duygusal etmenler, en düşük puan ortalaması $7,69 \pm 2,59$ ile diyet pazarlığı alt boyutuna ait olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle hastaların tutum ve duygusal etmenler alt boyutunda tedaviye uyumluluğu zayıf, diyet pazarlığı alt boyutunda uyumluluğu güçlü belirlenmiştir.

Hastaların bireysel özelliklerine ile tedaviye uyum ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış; hastalık özelliklerine göre ise DM komplikasyonu olanların, komplikasyon sayısı iki ve üzeri olanların komplikasyon sayısı bir olan veya olmayanlara göre, kontrole gitmeyen hastaların tip 2 DM hasta uyum ölçeği puanı yüksek yani tedaviye uyumluluğu düşük tespit edilmiştir.

6.1.4. DM Hastalarının Öz Yeterlilik Düzeyleri ile Diyabet Tedavisine Uyumluluğu Arasında İlişki

Hastaların DM yönetimindeki öz yeterlilik ölçeği puanları ile DM tedavisine uyum ölçeği puanları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir. Diyabet öz yeterliliğinin tedavi uyumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu ve hastaların öz yeterliliği arttıkça tedaviye uyum düzeylerinin de eş zamanlı olarak arttığı görülmüştür.

6.2. ÖNERİLER

- Hastaların öz yönetim ve tedaviye uyum seviyelerinin belirlenerek tedavi, bakım ve yönetim sürecine katılımının sağlanması,
- Hekim, hemşire ve diyetisyen tarafından hastaların öz yeterliliklerini ve tedavi uyumunu arttıracak bireysel ve kişinin gereksinimleri doğrultusunda eğitimlerin, tedavi ve bakım planlarının hazırlanması,
- Diyabet hemşirelerinin tüm hastanelerde görevlendirilmesi, serviste çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitimlere katılımlarının artırılması ve hasta yönetiminde aktif rol almaları,
- Pandemi gibi acil durumlarda hastalığı nasıl yönetecekleri ve baş etme becerileri, kronik hastalık yönetimine ilişkin takipleri nasıl yapacakları, düzenli ve daha sık takibin öneminin açıklanması,
- Hastaların fiziksel aktivite yapmaya, sedanter yaşam biçimini değiştirmeye, beslenme kontrolünü ve uyumunun sağlanmasına yönelik eğitimlerin düzenlenmesi,
- Ayrıca bakım verenlere, birlikte yaşadıkları kişilere diyabet hastalığının önemi, tedavi uyumu ve öz yeterliliğin yüksek olmasının hastalığa ve kişiye sağlayabilecek katkıların anlatılması, hasta kişiyi desteklemeleri;
- Çalışmanın pandemi süreci sonrasında daha geniş bir evrende tekrar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- “Adherence to Long- Term Therapies: Evidence for Action”. (2003). World Health Organization (WHO). *Ann Saudi Med.* 24(3), 221-222.
- Ahmed, N.S., Ramli, A., Islahudin, F., Paraidathathu, T. (2013). “Medication Adherence in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Treated at Primary Health Clinics in Malaysia”. *Patient Preference and Adherence.* 7, 525-530.
- Alanyalı, Z. (2019). *Tip-2 Diyabetli Bireylerin Diyabet Belirtileri ve Öz-Yönetim Algıları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.*
- Albuquerque, C., Correia, C., Ferreira, M. (2015). “Adherence to the Therapeutic Regime in Person with Type 2 Diabetes”. *Procedia-Social and Behavioral Sciences.* 171, 350-358.
- Al-Khawaldeh, O.A., Al-Hasan, M.A., Froelicher E.S. (2012). “Self-Efficacy, Self-Management, and Glycemic Control in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus”. *Journal of Diabetes Complications.* 26(1),10-16.
- ALotaibi, B.B. (2020). “Self-Care Management Practices of Diabetic Patients Type 2 in Saudi Arabia”. *Open Journal of Nursing.* 10, 1013-1025.
- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E., Lustman, P.J. (2001). The Prevalence of Comorbid Depression in Adults with Diabetes : A Meta-analysis”. *Diabetes Care.* 24(6), 1069-78.
- Aras, M., Tchang, B.G., Pape, J. (2021). “Obesity and Diabetes”. *Nursing Clinics of North America,* 56(4), 527-541.
- 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. (2019). *Tip 2 Diyabetli Hastalarda Öz Yeterlilik Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.*
- Artunay, Ö., Tülü, B., Şengü, A., Perente, İ. (2018). “Diyabetik Retinopati ve Diyabetik Maküla Ödeminde Tarama Takip ve Tedavi Algoritması”. *Güncel Retina.* 2(2), 108-118.
- Aslan, E. (2011). *Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörler. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dicle.*
- Atasoy, A., Atay, A., Ahabab, S., Hanedar, M., Yenigün, M. (2014). *Diyabetik Nefropati’ye Genel Bir Bakış. Haseki Tıp Bülteni,* 4(1), 16-19.

- Atmaca, M. H. (2011). "Tip 2 Diabetes Mellitusta İnsülin Tedavisi". *Journal Of Experimental And Clinical Medicine Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi*, 29(1), 44-48.
- Avcı, E., Çakır, E. (2014). "Diyabetes Mellitusun Mikrovasküler Komplikasyonu: Diyabetik Nefropati". *Selçuk Tıp Dergisi*, 30(Ek sayı-1), 15-18.
- Aydoğan, A. (2005). Hemşirelerin Diyabet ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Tespiti. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Ayman, S.A., Abd-El-Aziz, A.E. (2007). "Degree of Compliance Towards Therapeutic Tasks Among Diabetic Attending a Health Insurance Setting in Cairo. The Egyptian Journal of Hospital Medicine. 27, 234-244.
- Bağrıaçık, N. (1997). "Diabetes Mellitus: Tanımı, Tarihçesi, Sınıflaması ve Sıklığı". İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Diabetes Mellitus Sempozyumu.18-19 Aralık 1997, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul. 9-18.
- Bal Özkaptan, B., Kapucu, S., Demirci, İ. (2019). "Relationship Between Adherence to Treatment and Acceptance of Illness in Patients with Type 2 Diabetes". *Cukuroava Med. J.* 44(1), 447-454.
- Baltacı, H. (2008). İlköğretim Okullarında Görev Yapan Yöneticilerin Bilgisayar Tutumları ile Öz- Yeterlilikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Baki, D. (2019). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Tedaviye Uyumu ile HbA1c Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory of Aggression*. New Jersey: Prentice Hall, ABD.
- Bandura, A. (1994). Self- Efficacy. V. S. Ramachaudran (ed). *Encyclopedia of Human Behavior*. (pp.71-81). San Diego: Academic Press, New York.
- Bandura, A. (1997). "Self-efficacy: The Exercise of Control". W. H. Freeman and Company. New York.
- Bandura, A. (2009). "Cultivate Self Efficacy For Personal and Organizational Effectiveness". E.A. Loocke (ed). *Handbook of Principles of Organization Behavior*. (pp.179-200). New York: Wiley.
- Bayır, B. (2019). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylere Öz-yeterlilik Kuramına Göre Verilen Farkındalık Temelli Eğitimin Öz-yeterlilik Algısına Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

- Bayrak, G., Çolak, R. (2011). "Diyabet Tedavisinde Hasta Eğitimi". *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi*. 29, 7-11.
- Bernal, H., Woolley S., Schensui, J, Dickinson, J. (2000). "Corretales of Self-Efficacy in Diabetes Self- Care Among Hispanic Adults with Diabetes". *The Diabetes Educator*. 26(4), 673-80.
- Bohanny, W., Wu, S., Liu, C., Yeh, S., Tsay, S., Wang, T. (2011). "Health Literacy, Self-Efficacy and Self-Care Behaviours in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus". *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 25, 495-502.
- Boulé, N.G. Kenny, G.P. Haddat, E. Wells G.A. Sigal, R.J. (2003). "Meta Analysis of the Effect of Sctructured Exercise Training on Cardiorepiratory Fitness in Type 2 Diabetes Mellitus". *Diabetologia*, 46(8), 1071-1081.
- Classification of Diabetes Mellitus. (2019). World Health Organization (WHO). Ek: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325182/9789241515702-eng.pdf>
- Çallı, D. (2014). *Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Algısı ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Çoşansu, G. (2015). "Diyabet Küresel Bir Salgın Hastalık". *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(Ek Sayı), 1-6.
- Çoşansu, G. (2016). *Verilerle Türkiye ve Dünyada Diyabet*. İstanbul Üniversitesi Diyabet Hemşireliği Derneği.
- Çubuk, G., İnce, S. (2015). "Oral Antidiyabetik İlaçlar". *Kocatepe Veteriner Dergisi*, 8(1), 95-102.
- Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. (1999). World Health Organization (WHO). Resport of a WHO Consultation. Geneva.
- Demirbaş, N., Kutlu, R., (2020). Çoklu İlaç Kullanan Yetişkin Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Öz Etkililik Düzeyleri. *Ankara Medical Journal* 20(2), 269-280.
- Demirkol, M. E., Tamam, L. (2016). "Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1):85-93.
- 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.
- DePalma, M., Trahan, L., Eliza, J., Wagner, A. (2015). "The Relationship Between Diabetes Self-Efficacy and Diabetes Self-Care in American Indians and Alaska Natives". *American Indian and Alaska Native Mental Research*. 22(2), 1-23.

- Diabetes Atlas. (2021). International Diabetes Federation(IDF). 10th Edition. Erişim adresi: [*IDF Atlas 10th Edition 2021.pdf](https://www.idf.org/IDFAtlas10thEdition2021.pdf)
- Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, (2014). Diabetes Care American Diabetes Association, 37(1), 81-90.
- Diabetes Country Profiles. (2016). Wold Health Organization (WHO). Erişim adresi: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/diabetes_profiles_explanatory_notes.pdf?sfvrsn=f2a2083c_5
- Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve Güzlem Kılavuzu. (2020) Ankara: TEMD Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu.
- Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, (2021). İstanbul: Türkiye Diyabet Vakfı.
- Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, (2016). İstanbul: Türkiye Diyabet Vakfı Ulusal Diyabet Konferans Grubu (TÜRKDİAP). (s.13-113).
- Dungan, K.M. (2016). “Managment of Type 2 Diabetes Mellitus”. L.J. De Groot, D.M. Krester, L.C. Giudice, A.B. Grossman, S. Melmed, J.T. Potts, G.C. Weir (eds). İn: Endocrinology Adult and Pediatric. (pp.839-853).
- Eker, Y. (2021). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Tedaviye Uyum ile İlişkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kırklareli.
- Elsous, A., Radwan, M., Al-Sharif H., Abu Mustafa A. (2017). “Medications Adherence and Associated Factors Among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Gaza Strrip, Palestine. Front Endocrinol. 8, 100-109.
- Erkoç, A. (2015). Tip 2 Diyabet Hastalarında Diyabet Eğitiminin Bilişsel-Sosyal Faktörlere Etkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Eroğlu, N. (2018). “Diabetes Mellitus’un Komplikasyonları”. İzmir Democracy University Health Sciences Journal Iduhes, 1(2), 6-12.
- Erol, Ö. (2013). “Endokrin Sistem Hastalıkları ve Bakım”. Z. Durna (ed). İç Hastalıkları Hemşireliği. (s.248-250). Akademi Basın ve Yayıncılık: İstanbul.
- Eryılmaz, A. (2019). Tip 2 Diyabetli Bireylere Verilen Planlı Diyabet Eğitiminin ve Telefonla İzlemin Metabolik Kontrol Üzerine Etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir.
- Garay-Sevilla, M. E., Porras, J. S., Malacara, J. M., (2011). “Coping Strategis and Adherence to Treatment in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Revista de Investigacion”. Revista De Investigacion Clinica. 63(2): 155-161.
- Gao, J., Wang, J., Zheng, P., Haarddörfer R., Kegler, M., Zhu, Y.,Fu. H. (2013). “Effects of Self-Care, Self-Efficacy, Social Support on Glycemic Control in Adults with Type 2 Diabetes” BMC Family Practice. 14,66.

- Göksu, U. A. (2018). “Sodyum Glukoz Ko-Transporter Tip 2 İnhibitörleri: Diyabet Tedavisinde Yeni Seçenek”. *Namık Kemal Tıp Dergisi*. 6(3),122-139.
- Güleyyupoğlu, M. (2020). Diyabet Tanısı Almış Bireylerde Parmak Delme ve İnsülin Enjeksiyonu Yapma Korkusunun Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
- Güvener, N. (2003). Diabetik Ketoasidoz ve Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik Koma. 26. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi Konuşma Metinleri.
- Harding, J.L., Pavlov, M.E., Magliano, D.J., Shaw, J.E., Gregg, E. W. (2019). Global Trends in Diabetes Comlications: A Review of Current Evidence”. *Diabetologia*. 62(1),3-16
- Jackson, I.L., Adibe, M.O., Okonta, M.J., Ukwe C.V. (2014). “Knowledge of Self-Care Among Type 2 Diabetes Patients in Two States of Nigeria”. *Pharmacy Practice*. 12(3),404.
- Jahani, M., Mahdavi, M. (2016). Comprasion of Predictive Models of the Early Diagnosis of Diabetes. *Healthcare Informatics Research*. 22(2). (S:95-100).
- Kaçar, T., Beycioğlu, K. (2017). “İlköğretim Öğretmenlerinin Öz Yeterlilik İnançlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi”. *İlköğretim Online*. 16(4), 1753-1767.
- Kansu, A. F., Hızlı Sayar, G. (2018). “Öz Yeterlilik ve Yaşam Anlamı ve Yaşam Bağlılığı Kavramları Üzerine Bir İnceleme”. *Üsküdar Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*. 1(1), 78-89.
- Kara, A. M., Kara, T. (2019). “Tip 2Diyabet Tanılı Hastalarda Uygulanan Tedavi Yönetimi ile Hastalardaki Tedaviye Uyum, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişki”. *Med Bul Haseki*. 57,377-385.
- Karaarslan 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.
- Karabayraktar, T., Tekin, B., Tekin, S., Sargın, M. (2017). “İlk Kez İnsülin Tedavisi Başlanan Tip 2 Diyabetik Hastalarda İnsülin Bırakma Oranı”. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 37(3), 124-9.
- Karaçetin, F. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin İlk Yardım Bilgi Düzeyleri ile Öz-Yeterlilik İnançları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- Karan, T. (2020). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Moralin Tedavi Uyumu Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

- Kav, S., Bulut, Y. (2018). "Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyumunun Değerlendirilmesi". Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 34(2),64-76.
- Keskin, Ö., Balcı, B. (2011). Diabetes Mellitus Kardiyovasküler Komplikasyonlar, Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi. 1(2), 81-85.
- Kılıç, M. (2016). "Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Etkililik Düzeyleri ve Sağlık Kontrol Odağı ile İlişkisi". Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Korkmaz, S. (2018). Tip II Diyabetli Hastalarda Tedaviye Uyumun Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sanko Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Kotaman, H. (2008). "Öz-Yeterlilik İnancı ve Öğrenme Performansının Geliştirilmesine İlişkin Yazın Taraması". Atatürk Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 21(1), 111-133.
- Kumsar, K.A., Yılmaz, T.F. (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2),62-70.
- Kurbanoglu, S. (2004). "Öz-Yeterlilik İnancı ve Bilgi Profesyonelleri İçin Önemi". Bilgi Dünyası. 5(2), 137-152.
- Kusumo, M.P., Hendrartini, J., Sufro, Z.M., Dewi, F. S.T. (2020). "Theater Performing Art: a Strategy to Improve Self-efficacy and Social Support in Patient with Type 2 Diabetes Mellitus". Journal of Global Pharma Technology 12(06):70-76.
- Luszczynska, A., Gutierrez-Dona, B., Schwarzer, R. (2005). "General Self-Efficacy in Various Domains of Human Functioning: Evidence From Five Countries". International Journal of Psychology. 40(2),80-89.
- MacKay, L. R., Rose, N.R. (ed.). (2014). "The Autoimmune Diseases", (pp.575). Academic Press.
- Masharani, U., German, M.S. (2007). "Pancreatic Hormones and Diabetes Mellitus". Greenspan, F.S. and Gardner, D. G. (eds.). in: Basic and Clinical Endocrinology. (pp.671). New York.
- Mollaoğlu, M., Bağ, E. (2009). "Self-efficacy of Hemodialysis Patients and the Affecting Factors". İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 72(2),37-42.
- Muslu, L., Ardahan, M. (2017). "Tip 2 Diyabet Tanılı Yetişkinlerde Motivasyonel Görüşmenin Etkisi: Sistemik Derleme". Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 10(3), 167-176.
- Nazik, S., Nazik, H., Şahin, A.R., Ateş, S. (2019). "Diyabetik Ayak Enfeksiyonu Olan Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi: Kesitsel Tanımlayıcı Bir Çalışma". J. Surg Med. 3(3), 214-217.

- Norris, S.L., Nichols, P.J., Caspersen, C.L., Glasgow, R.E., Engelgau, M.M., Jack Jr, L. et al. (2002). "The Effectiveness of Disease and Case Management for People with Diabetes; A Systematic Review. *Am J Prev Med.* 22(4Suppl), 15-38.
- Olgun, N., Eti Arslan, F., Çoşansu, G., Çelik, S. (2017). "Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım". Karadakovan, A., Eti Arslan, F. (ed.). içinde Diabetes Mellitus. (s.767-805). Akademisyen Kitapevi. Ankara.
- Okburan, G., Hasbay Büyükkaragöz, A. (2018). Tip 2 Diyabet Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişikliği- Beslenme ve Fiziksel Aktivite. *Bes Diy Derg* 46(3), 294-302.
- Onat, A., Ender, Ö., Şenocak, M., Gözükara, Y., Yurdum Avcı, G., İşler, M., Öz, Ö. Ve ark. (1999). Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması: 6. Diyabet ve Obezite. *Türk Kardiyoloji Derneği*, 19,178-185.
- Öcal, E.E., Önsüz, M.F. (2018). "Diyabet Hastalığının Ekonomik Yükü". *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi.* 3(1),24-31.
- Önmez, A. (2017). "Diabetes Mellitus'ta Mikrovasküler Komplikasyonların Yönetimi". *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 7(2),117-119.
- Özdemir, A., Kavak, F., Gültekin, A. (2019). "Tip 2 Diyabet Hastalarında Algılanan Sosyal Destek ile Öz Etkililik Durumunun Belirlenmesi". *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 11(3):305-12.
- Özer, E., (2019). Diyabette Tıbbi Beslenme Tedavisinin Uygulanması ve Diyetisyenin Sorumlulukları. *Bes Biy Derg.* 47(özel sayı), 5-14.
- Özonuk, E. (2017). Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Tip 2 Diabetes Mellitus Tanılı Hastalarda Tedaviye Uyum ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Özonuk, E., Yılmaz, M. (2019). "Tip 2 Diabetes Mellitus Tanılı Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ve Tedavi Uyumu Arasındaki İlişki". *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 16(2), 96-103.
- Özpak, L., Pazarbaşı, A. (2021). "Tip 2 Diyabet Modeli Ratların Karaciğer Dokularında Kodlanan Genlerin İfade 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, F. Y., Altuntaş, Y. (2015). "Gestasyonel Diabetes Mellitus". *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni.* 49(1), 1-10.
- Pajares, F., Schunk, D. (2001). "The Development of Academic Self-efficacy". Wigfield, A., Eccles, J. (eds.). in: *Development of Achievement Motivation.* (pp.1-27). Academic Press. San Diego.

- Pan, B., Ge, L., Xun Y.Q., Chen, Y.J., Gao, C.Y., Han, X., Zou, L.Q., Shan, H.Q., Yang, K.H., Ding, G.W., Tian, J. H. (2018). "Exercise Training Modalities in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: a Systematic Review and Network Meta-Analysis". *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15 (1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0703-3>.
- Passoro, M.D., Ratner, R.E. (2004). "Gestasyonel Diyabet". Akman, A.C. (çev.). Goldstein, B.J., Wieland, D.M. (eds.). (s.289-300). AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti. İstanbul.
- Passi, R. Ravi, K.S. (2022). "Type 1 Diabetes Mellitus in Pediatric Age Group: A Rising Endemic". *J Family Med Prim Care*. 11(1), 27-31.
- Rashidi, M., Genç, A. (2020). "Tip 1 ve Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Tutumlarının Değerlendirilmesi". *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 10, 34-49.
- Sahraç, Ü. (2013). "Bir Durumluluk Akış Modeli: Stres Kontrolü, Genel Özyeterlilik, Durumluluk Kaygı, Yaşam Doyumu ve Akış İlişkileri". *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 0(16), 122-144.
- Satman, İ., Ömer, B., Tütüncü, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccağ, N. Karşıdağ, K., Genç, S., Telci, A. Canbaz, B., Türker, F., Yılmaz, T., Çakır, B., Tuomilehto, J., TURDEP II Çalışma Grubu. (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.
- Senemoğlu, N. (2020). "Gelişim, Öğrenme ve Öğretim: Kuramdan Uygulamaya". Anı Yayıncılık. Ankara.
- Scherbaum, C., Cohen-Charash, Y., Kern, M.J. (2006). "Measuring General Self-Efficacy: A Comparison of Three Measures Using Item Response. Theory". *Educational and Psychological Measurement*. 66(6),1047-1063.
- Schunk, H.D. (1991). "Self-Efficacy and Akademic Motivation". *Educational Psychologist*. 26,207-231.
- Standards of Medical Care in Diabetes. (2011). American Diabetes Association. 34(Ek1),11-69. Ek: https://care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement_1/S11
- Standards of Medical Care in Diabetes. (2019). American Diabetes Association. 42(Ek:1), 13-28. <https://doi.org/10.2337/dc19-S002>
- Sharoni, S.K.A., Wu, S.F.V. (2012). "Self- Efficacy and Self-Care Behavior of Malaysian Patients with Type 2 Diabetes: A Cross Sectional Survey". *Nursing and Health Sciences*. 14(1), 38-45.
- Şireci, E. (2012). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabulleme ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yetlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.

- Şireci, E., Yılmaz Karabulutlu, E. (2017). "Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 20(1),48-55.
- Taşkaya, S. (2014). *Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri ile Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Tekin Yanık, Y., Erol, Ö. (2016). "Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.19(3), 166-174.
- Teklay, G., Hussien, J., Tesfaye, D. (2013). "Nonadherence and Associated Factors Among Type 2 Diabetic Patients at Jimma University Specialized Hospital". *J. Medi. Sci. Ethiopia*. 1-7.
- Terkeş, N., Hicran, B. (2014). *Prediyabetli Bireylerin Diyabete Geçişini Engellemede Yaşam Tarzı Değişiminin Önemi*. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 17:4
- Terzi, M., Cengiz, N., Onar, M.K. (2004). "Diyabetik Nöropati". *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*". 21(1), 39-49.
- Turan, E., Kulaksızoğlu, M. (2015). "Tip 2 Diyabet Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar". *Okmeydanı Tıp Dergisi*". 31(ek sayı):86-94.
- Turan, N. (2018). *Tip 2 Diyabeti Olan Hastalarda Yönetim Planlarına Uyum*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın.
- Tümer, G., Çolak, R. (2012). "Tip 2 Diabetes Mellitusda Tıbbi Beslenme Tedavisi". *Journal of Experimental and Clinical Medicine*. 29(1), 12-15.
- Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması. (2021). Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ankara.
- Türkiye’de Tip 2 Diyabet Tedavisinde Uyum ve Sürekliliğin Geliştirilmesi, (2017). IQVIA Institute for Human Data Science. <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/institute-reports/diabetes-reports/turkiye-de-tip-2-diyabet-tedavisinde-uyum-ve-surekliligin-gelistirilmesi.pdf>
- Uloko, A.E. Musa, B.M. Ramalan, M.A. Gezawa, İ.D. Puepet, F.H. Uloko, A.T. Borodo M.M. Kabiru B.S. (2018). "Prevalence and Risk Faktors for Diabetes Mellitus in Nigeria: A Systematic Review and Meta- Analysis". *Diabetes Therapy*. 9, 1307-1316.
- Usta Yeşilbakan, Ö. (2001). *Tip 2 Hastaların Kendi Kendilerine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri ve Öz Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Uygun, M. Gogas Yavuz, D. (2017). "Diyabet Tanısı ve Sınıflandırılması". Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 3(3), 120-129.
- Ünal, E., Akan, O., Üçler, S. (2015). "Diyabet ve Nörolojik Hastalıklar". Ok Meydanı Tıp Dergisi. 31(Ek sayı), 45-51.
- Varol, H., Aydın, Ç. (2020). "Tip 2 Diyabette Yeni Tedavi Yaklaşımları: Olgu Örnekleriyle Bakış". J Med Palliative Care. 1(1):12-15.
- Yalçın, S. (2021). İnsülin Kullanan Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Hipoglisemi Korkusunun Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Yanık, Y.T., Erol, Ö. (2016). Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 19(3), 166-174.
- Yenilmez, K. ve Kakmacı, Ö. (2008). İlköğretim Yedinci Sınıf Öğrencilerinin Matematikteki Hazır Bulunuşluk Düzeyi. Kastamonu Eğitim Dergisi. 16(2), 529-549.
- Yüksel, M. (2020). Tip 2 Diyabetli Bireylerde Tedaviye Uyum ve Hipoglisemi Korkusu. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
- Zimmerman, B.J. (1995). "Self- efficacy and Educational Development". A. Bandura (ed.). Self Efficacy in Changing Societies. (pp. 202-231). Cambridge University Press. New York.
- Wild, S., Roglic, G., Gren, A. Sicree, R., King, H. (2004). "Global Prevalance of Diabetes Estimates for the year 2000 and Projection for 2030". Diabetes Care. 27, 1047-1053.
- Qiao, J., Shiu, A. (2004). "Diabetes Self-efficacy and Self-care Behaviour of Chinese Patients Living in Shanghai". J Clin Nurse. 13, 771-772. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.00918.x.
- 2015-2020 Türkiye Diyabet Programı. (2014). Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara.

EKLER

EK-1: Hasta Tanılama Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM METNİ

Sizi Selin Özer tarafından yürütülen “**Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Öz Yeterliliğin Tedavi Uyumuna Etkisi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Tip 2 Diabetes Mellitus hastalarının öz yeterlilik düzeylerinin tedavi uyumuna etkisini saptamaktır. Araştırmada sizden tahminen 25 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 250 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahibsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Hemş. Selin ÖZER

- Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.
 Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum.

1. Cinsiyetiniz Nedir?

- () Kadın () Erkek

2. Medeni Durumunuz Nedir?

- () Evli () Bekar

3. Yaş Grubunuz Nedir?

- () 18-27 () 28-37 () 38-47 () 48-57 () 58-67 () 68-77 () 78 ve Üzeri

4. Eğitim Düzeyiniz Nedir?

- () İlköğretim
() Ortaöğretim
() Lise
() Üniversite
() Yüksek Lisans ve Üzeri

5. Nerde Yaşıyorsunuz?

İl İlçe Köy

6. Mesleğiniz Nedir?

Memur İşçi Serbest Esnaf Emekli Çalışmıyor

7. Evde Kimlerle Yaşıyorsunuz?

Yalnız Eş ile Çocuk-lar Çekirdek Ailemle Geniş Ailemle

8. Alkol veya Sigara Kullanıyor musunuz?

Kullanmıyorum

Alkol kullanıyorum

Sigara kullanıyorum

Her ikisini de kullanıyorum

9. Şeker Hastalığı Dışında Kronik Hastalığınız Var Mı?

Evet Hayır

10. Önceki Soruya Verdiğiniz Yanıt Evet İse Hangi Hastalığınız Var? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Yüksek Tansiyon Böbrek Yetmezliği Kalp Yetmezliği

Kanser Troid Hastalığı Artrit/Eklemler Hastalığı

Koah Hepatit Kas/Sinir Hastalıkları (ALS, MS, Epilepsi vb.)

11. Kaç Yıl Önce Şeker Hastalığı Tanısı Aldınız?

..... /yıl /ay

12. Ailenizde Sizden Başka Şeker Hastalığı Olan Var Mı?

Hayır

Evet, birinci derece akrabalarımda (anne, baba, çocuk, kardeş) var.

Evet, ikinci derece akrabalarımda (teyze, dayı, amca, hala) var.

13. Şeker Hastalığına Bağlı Doktorunuzun Tanı Koyduğu Başka Bir Hastalık Gelişti Mi?

Evet Hayır

14. Önceki Soruya Verdiğiniz Yanıt Evet İse Hangi Hastalığınız Var? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Retinopati (Göz Hasarı) Nöropati (Sinir Hasarı)
 Nefropati (Böbrek Hasarı) Kardiyovasküler Hastalık (Kalp Hasarı)
 Diyabetik Ayak (Ayak Yaraları) Serebrovasküler Hastalık (Beyin Hasarı)
 Periferik Vasküler Hastalık (Kol- Bacak Damar Tıkanıklığı)

15. Şeker Hastalığı Tedavi Tipi Aşağıdakilerden Hangisidir?

- Sadece Diyet Tedavisi Oral Antidiyabetik (Şeker Hastalığı Hapı)
 İnsülin (İğne- Pompa) Oral Antidiyabetik (Şeker Hastalığı Hapı) +
insülin

16. Şeker Hastalığı Tedavinizi Kim Uyguluyor/Takip Ediyor?

- Kendim
 Eş
 Çocuk
 Bakıcı

17. Daha Önce Şeker Hastalığı Yönetimi (ilaç kullanımı, beslenme, aktivite vb.) İçin Eğitim Aldınız mı?

- Evet Hayır

18. Ne Sıklıkta Şeker Hastalığınız İçin Kontrole Gidiyorsunuz?

- Ayda 1 Kez
 Üç Ayda 1 Kez
 Altı Ayda 1 Kez
 Yılda 1 Kez
 Kontrole Gitmem

EK-2: Tip-2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği

AÇIKLAMA: Aşağıda diyabetli hastaların kendi kendilerine bakımlarında yeterlilikleri hakkında 20 ifade bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyunuz ve size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz. Size en uygun ifadenin karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiç
1. Eğer gerekli ise kan şekerimi ölçerim. ()	()	()	()	()	()
2. Kan şekeri değeri çok yükseldiğinde kan şekerimi kontrol altına alırım. ()	()	()	()	()	()
3. Kan şekeri değeri çok düştüğünde kan şekerimi düzenlerim. ()	()	()	()	()	()
4. Doğru besinleri seçerim. ()	()	()	()	()	()
5. Diyabetik diyeteye uygun farklı Yiyecekleri seçerim. ()	()	()	()	()	()
6. Kilomu kontrol altında tutarım. ()	()	()	()	()	()
7. Ayaklarımda yara olup olmadığını kontrol ederim. ()	()	()	()	()	()
8. Yeterli fizik egzersiz yaparım. (yürüyüş, bisiklete binme vb.) ()	()	()	()	()	()
9. Hasta olduğumda diyetimi düzenleyebilirim. ()	()	()	()	()	()
10. Diyetime sadık kalırım. ()	()	()	()	()	()
11. Doktorum fazla fiziksel egzersiz yapmamı önerdiğinde bunu yapabilirim. ()	()	()	()	()	()
12. Daha fazla fizik egzersiz yaptığımda Diyetimi düzenleyebilirim. ()	()	()	()	()	()
13. Evden uzakta iken diyetimi devam ettiririm. ()	()	()	()	()	()
14. Evden uzakta iken diyetimi düzenlerim. ()	()	()	()	()	()
15. Tatilde iken diyetime uyarım. ()	()	()	()	()	()
16. Bir davete katıldığımda diyetimi Sürdürürüm. ()	()	()	()	()	()

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiç
17. Stres (gerilim) altında olduğum zaman Diyetimi düzenlerim.	()	()	()	()	()
18. Diyabet kontrolü için en az üç ayda bir doktoruma danışırım.	()	()	()	()	()
Diyabet kontrolü için ağızdan diyabet ilacı alıyorsanız aşağıdaki iki soruyu lütfen yanıtlayınız.					
19. İlaçlarımı bana önerildiği şekilde alırım.	()	()	()	()	()
20. Hastalandığım zaman önerilen diğer ilaçların yanı sıra diyabet ilaçlarımı Almayı sürdürürüm.	()	()	()	()	()

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 cevaplamamız yaklaşık olarak 10-15 dk. sürecektir.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	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 hastalığımda 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 *					

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
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. Hastalığının keşke diyeti olmasaydı. *					
25. Şekerimin yükseldiğini hissedirim.					
26. Şeker hastası olduktan sonra ayak bakıma 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 hastalığının geçeceğini düşünüyorum. *					

* Ters kodlama yapılacaktır.

EK-4: Etik Kurul İzni



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Bilimsel Araştırma Etik Kurulu



Sayı : E-84026528-050.01.04-2100184240
Konu : Başvuru İncelenmesi

04.10.2021

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Naile ALANKAYA

Yürütücülüğünüzü yapmış olduğunuz 2021-YÖNP-0652 nolu projeniz ile ilgili Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun almış olduğu 30.09.2021 tarih ve 17/40 sayılı kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

KARAR:40- Dr. Öğr. Üyesi Naile ALANKAYA'nın sorumlu yürütücülüğünü yaptığı "Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Öz Yeterliliğin Tedavi Uyumuna Etkisi" başlıklı araştırmasının, Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul ilkelerine **uygun olduğuna** oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Salih Zeki GENÇ
Kurul Başkanı

EK-5: Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni



T.C.
ÇANAKKALE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ÇANAKKALE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ÇANAKKALE
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
02/12/2021 11:11 - E-97769597 - 799 - 1653
00153412644

Sayı : E-97769597-799
Konu : Tez Çalışması (Selin ÖZER)

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına

İlgi : 25/10/2021 tarihli ve 18231034-E-93130991-199-2100205536 sayılı yazınız.


Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Selin ÖZER'in "*Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Öz Yeterliliğin Tedavi Uyumuna Etkisi*" başlıklı tez çalışması kapsamında Yenice Devlet Hastanesi bünyesinde çalışma yapma talebi 29/11/2021 tarihinde toplanan Sağlık Hizmetleri Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Komisyonunda değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Op. Dr. Gökhan BAŞTÜRK
İl Sağlık Müdürü

EK-6: Tip 2 Diyabetli Hastalar İçin Diyabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Ölçeği kullanım izni


Öz Yeterlilik Ölçeği



Oznur Usta Yesilbalkan ...
Kime: selin özer
31.08.2021 Sal 09:43

Sevgili Selin ;
Çalışmanızda atıf göstermek koşuluyla " Tip 2diyabetli hastalarda öz yeterlilik skalası'nı kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar.



EGE Üniversitesi www.ege.edu.tr

ÖZGÜR USTA YEŞİLBALKAN

EK-7: Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği Kullanım izni

Ölçek izni



Dr. Öğr. Üy. Ayla DEMİRTAŞ
Kime: selin özer
31.08.2021 Sal 13:02



DM_uyumolcek
DOCX - 19 KB

Sayın Özer,
"Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği"ni tez çalışmanızda kullanmanıza izin veriyorum. Söz konusu ölçek ve yönergesi ek'te gönderilmiştir. Çalışmalarınızda kolaylıklar diliyorum.

Dr. Öğr. Üyesi Ayla DEMİRTAŞ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi