



**TIP 2 DİYABETLİ HASTALARIN DİYABET YÖNETİMİNE
İLİŞKİN ÖZ-ETKİLİLİK ALGISI VE İYİLİK HALİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dilek ÇALLI

**Mayıs 2014
DENİZLİ**

**TIP 2 DİYABETLİ HASTALARIN DİYABET YÖNETİMİNE
İLİŞKİN ÖZ-ETKİLİLİK ALGISI VE İYİLİK
HALİNİNDEĞERLENDİRİLMESİ**

**Pamukkale Üniversitesi
Sağlık Bilimler Enstitüsü
Yüksek Lisans Tezi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı**

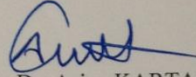
Dilek ÇALLI

Danışman: Yard. Doç. Dr. Asiye KARTAL

**Mayıs 2014
DENİZLİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

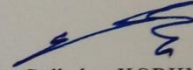
Dilek ÇALLI tarafından, Yrd. Doç. Dr. Asiye KARTAL yönetiminde hazırlanan “**Tıp 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Özetkililik Algısı Ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi**” başlıklı tez tarafımızdan okunmuş kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Yrd. Doç. Dr. Asiye KARTAL
Jüri Başkanı(Danışman)



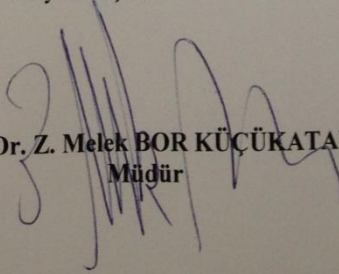
Yrd. Doç. Dr. Gülay TAŞDEMİR
Jüri Üyesi



Yrd. Doç. Dr. Gülbahar KORKMAZ ASLAN
Jüri Üyesi

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 7.7.14 tarih ve 16.1.14 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Z. Melek BOR KÜÇÜKATAY
Müdür



TEŞEKKÜR

Tezin planlanmasında, düzenlenmesinde, sonuçlarının yorumlanmasında ve yüksek lisans eğitimim süresince desteklerini, özverilerini ve bilgilerini esirgemeyen tez danışmanım Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksek Okulu öğretim üyesi Sayın Yard. Doç. Dr. Asiye KARTAL'a

Araştırmanın istatistiksel değerlendirmelerinde yardımları bulunan Sayın Prof. Dr. Beyza AKDAĞ ve Arş. Gör. Hande ŞENOL'a

Araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi yöneticileri ve çalışmanın uygulanma aşamasında anket formunu yanıtlayarak araştırmaya destek veren hastalara

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da benden sevgi ve desteğini esirgemeyen AİLEM'e,

Hayatımda varlığı ile bana her zaman huzur ve güç veren, tezimin her aşamasında maddi ve manevi olarak beni yalnız bırakmayan EŞİM'e

Canımdan çok sevdiğim biricik OĞLUM'a

En derin duygularla teşekkürlerimi sunarım.

Dilek ÇALLI
2014

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

İmza :
Öğrenci Adı Soyadı : Dilek ÇALLI

ÖZET

TİP 2 DİYABETLİ HASTALARIN DİYABET YÖNETİMİNE İLİŞKİN ÖZ-ETKİLİLİK ALGISI VE İYİLİK HALİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÇALLI, Dilek

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD

Tez Yöneticisi: Yard. Doç. Dr. Asiye KARTAL

Mayıs 2014, 114 Sayfa

Bu araştırma tip 2 diyabetli hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algısı ve iyilik halinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini Şubat- Mayıs ayları arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi endokrin polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırma kriterlerine uygun 200 tip 2 diyabet hastası oluşturulmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan diyabetli hastaların tanıtıcı özelliklerini belirleyen sosyo-demografik veri formu, “Kısa Yeti-Yitimi Anketi”, “Diyabet Hastalarında Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği” ve “İyilik Hali Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmanın verileri SPSS paket programıyla analiz edildi. Verilerin analizinde sayı yüzde dağılımı, ortalama ve standart sapma, Kolmogorov Smirov analizi, Mann-Whitney U Kruskal Wallis testive korelasyon analizi testleri kullanılmıştır. Diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 60.61 ± 11.29 ve iyilik hali ölçeği toplam puan ortalaması 69.22 ± 11.28 olarak bulunmuştur. Bu değerler tip 2 diyabetli hastaların öz-etkililik algılarının ve iyilik hallerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Hastaların yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, aylık gelir durumu, sosyal güvence durumu, hastalığın süresi, diyabetin tedavi tipi, diyabet tedavisine uyumu, kan şekeri ölçme durumu, egzersiz yapma durumu, beslenmeye uyumu ve algılanan sağlık durumları ile hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yine hastaların yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, aylık gelir durumu, hastalığın süresi, diyabetin tedavi tipi, diyabet tedavisine uyumu, kan şekeri ölçme durumu, egzersiz yapma durumu, beslenmeye uyumu ve algılanan sağlık durumları ile hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Olumlu sağlık davranışları kazanabilmesi, yaşam kalitesinin artması ve güçlüklerle başa çıkabilmesi için diyabetli hastalar belirli aralıklarla eğitim almalı, öz güvenlerini geliştirmelidir.

Anahtar Sözcükler: Tip 2 Diyabet, Öz-Etkililik, İyilik Hali, Hemşirelik

ABSTRACT

SELF EFFICACY PERCEPTION RELATED TO DIABETES MANAGEMENT AND WELL-BEING EVALUATION OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

ÇALLI, Dilek

M. Sc. Thesis in Department of Community Health Nursing

Supervisor: Asst. Prof. Dr. Asiye KARTAL

May 2014, 114 Pages

This study is a descriptive and cross-sectional study which is designed to assess the self-efficacy related to diabetes management and well-being evaluation in type 2 diabetes patients. The study sample included 200 patients who admitted to Pamukkale University Faculty of Medicine Training and Research Hospital endocrine outpatient clinic with type 2 diabetes between February and May who met the study inclusion criteria and accepted to be in the study. Socio-demographic data form determining the descriptive characteristics of patients with diabetes which was prepared by the researcher according to the literature data, "Brief Disability Questionnaire", "Self-Efficacy Scale Related to Diabetes Management in Patients with Diabetes" and "Well-Being Scale" were used for data collection. Data of the research were analyzed with SPSS package software. In analysis of the data, number and percentage distributions, Kolmogorov Smirnov testi, analysis of variance, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis analysis and Spearman Correlation analysis tests were used. As a result, mean score for self-efficacy scale related to diabetes management was found to be 60.61 ± 11.29 and mean well-being scale total score was found to be 69.22 ± 11.28 . These values show that self-efficacy perceptions and well-being of type 2 diabetic patients were at intermediate level. A statistically significant difference was found in the mean scores for self-efficacy related to diabetes management according to the patients' age, marital status, education level, occupation, monthly income, health insurance status, duration of disease, the treatment of diabetes type, diabetes treatment compliance, blood glucose measurement status, exercise level, diet compliance and perceived health status. In addition to this, a statistically significant difference was also found in the mean well-being scale scores according to the patients' age, marital status, education level, occupation, monthly income, duration of disease, the treatment of diabetes type, diabetes treatment compliance, blood glucose measurement status, exercise level, diet compliance ve perceived health status. Patients with diabetes should receive training at regular intervals and develop their self-confidence in order to obtain positive health behaviors, improve quality of life and handle difficulties.

Key Words: Type 2 Diabetes, Self-efficacy, Well-being, Nursing

İÇİNDEKİLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ.....	1
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI.....	5
2.1. Diyabetes Mellitus'un Tanımı	5
2.2.Diyabetes Mellitus'un Etiyolojisi	6
2.3. Diyabetes Mellitus'un Epidemiyolojisi	7
2.4.Diyabetes Mellitus'un Sınıflandırılması	9
2.4.1. Tip 1 Diyabet	10
2.4.2. Tip 2 Diyabet	10
2.4.3. Gestasyonel Diyabet (GDM)	11
2.5. Tip 2 Diyabet Gelişmesi Açısından Diyabet Taraması Yapılması Gereken Gruplar..	11
2.6. Diyabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri.....	12
2.6.1. Klinik bulguları	13
2.7. Diyabetes Mellitus'un Komplikasyonları	13
2.7.1.Diyabetes Mellitusta Akut Komplikasyonlar	13
2.7.2.Diyabetes Mellitusta Kronik Komplikasyonlar	16
2.8. Diyabetes Mellitus'un Tedavi ve Bakımı	17
2.8.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi	18
2.8.2. Egzersiz.....	19
2.8.3. İlaç Tedavisi.....	21
2.9. Diyabette Bireysel Yönetim.....	23
2.10. Öz-etkililik	24
2.11. Diyabet ve Öz-etkililik.....	27

2.12. Diyabet ve İyilik Hali.....	28
2.13. Diyabet Hemşireliği.....	31
2.14 Diyabet Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları.....	31
2.15 Diyabet Eğitimi.....	34
2.16. Diyabette Bireysel Yönetim Eğitimi.....	35
3. MATERİYAL METOD.....	37
3.1. Araştırmanın Tipi.....	37
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Bölge/Yerin Tanıtılması.....	37
3.3. Araştırmanın Evreni.....	37
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	37
3.5. Veri Toplama Araçları.....	38
3.5.1. Diyabetli Hastaların Tanıtıcı Özelliklerini Belirleme Formu (Ek I).....	38
3.5.2. Kısa Yeti Yitimi Anketi (Ek II).....	38
3.5.3. Diyabet Hastalarında Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği (Ek III).....	39
3.5.4. İyilik Hali Ölçeği (İHÖ) (Ek IV).....	40
3.6. Veri Toplama Yöntemi.....	41
3.7. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri.....	41
3.7.1. Bağımlı Değişken.....	41
3.7.2. Bağımsız Değişken.....	42
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	42
3.9. Araştırmanın Etiği.....	42
3.10. Süre ve Olanaklar.....	43
4. BULGULAR.....	45
4.1. Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bilgiler.....	45
4.2. Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği Puan Ortalaması ve İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamasına ilişkin bilgiler.....	51
4.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik ve İyilik Hali Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
5. TARTIŞMA.....	76
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bilgilerin İncelenmesi.....	76
5.2. Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği Puan Ortalaması, İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalaması ve Öz-etkililik Ölçeği ile İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	80
5.3. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	82
5.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	90

KAYNAKLAR.....	92
EKLER.....	104
EK-1. DİYABETLİ HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİ BELİRLEME FORMU	104
EK-2. KISA YETİYİTİMİ ANKETİ (BRIEF DİSABİLİTY QUESTIONNAİRE)	109
EK-3 TİP 2 DİYABET HASTALARINDA DİYABET YÖNETİMİNE İLİŞKİN ÖZETKİLİLİK ÖLÇEĞİ	110
EK-4 İYİLİK HALİ ÖLÇEĞİ (İHÖ).....	111
EK-5 Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Tıbbi Etik Kurulu İzin Yazısı.....	112
EK-6 Pamukkale Üniversitesi Sağlık ve Uygulama Merkezi Merkez Müdürlüğü Anket İzin Yazısı	113
ÖZGEÇMİŞ	114

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1:Sonuç Beklentisi ve Etkililik Beklentisi Arasındaki Fark	26
Şekil 2.2: Diyabet Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları.....	33
Şekil 3.1:Araştırmanın Zamanlaması.....	44

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1: Dünya'daki DM ve BGT Durumu Hakkında 2010 Yılı Tahminleri ve 2030 Yılına Yönelik Projeksiyonlar	8
Tablo 2.2: Diyabetes Mellitusun Sınıflandırılması	9
Tablo 2.3: DM Tanısı: Açlık Plazma Glukozu ve OGTT Yorumu (ADA kriterleri)	12
Tablo 2.4:Tıbbi Beslenme İçin Değerlendirme Kriterleri (WEB_2)	19
Tablo 2.5: İnsülinlerin Sınıflandırılması.....	23
Tablo 4.1: Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	45
Tablo 4.2: Hastaların Gelir Durumları, Sosyal Güvenceleri, Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı	46
Tablo 4.3: Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı	47
Tablo 4.4: Hastaların Kan Şekeri Ölçüm Durumlarına Göre Dağılımları	47
Tablo 4.5: Hastaların Egzersiz Yapma Ve Beslenmeye Uyum Durumlarına Göre Dağılımı	48
Tablo 4.6: Hastaların Diyabet Kontrolü İçin Doktora Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı	48
Tablo 4.7: Hastaların Diyabetle İlgili Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımları.....	49
Tablo 4.8: Hastaların Diyabetin Ciddiyeti Ve Tedavi Edilebilme Algı Durumlarına Göre Dağılımları	49
Tablo 4.9: Hastaların Sosyal Destek Planlı Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımları	50
Tablo 4.10: Hastaların Sağlıklarını Algılama Durumlarına Göre Dağılımları.....	50
Tablo 4.11: Hastaların Yeti Yitimi Durumlarına Göre Dağılımları.....	50
Tablo 4.12: Hastaların Son 1 Ay İçerisinde Sağlık Sorunları Nedeni İle Günlük İşlerini Aksatma, Evde Ve Yatakta Gün Geçirme Durumlarına Göre Dağılımları.....	51
Tablo 4.13: Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	52
Tablo 4.14: Hastaların İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	52
Tablo 4.15: Hastaların İyilik Hali Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki İlişki	52
Tablo 4.16: Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	54
Tablo 4.17: Hastaların Gelir Durumları Ve Sosyal Güvence Durumlarına Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	56
Tablo 4.18: Hastaların Hastalıkla İlgili Özellik Durumlarına Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	57
Tablo 4.19: Hastaların Kan Şekeri Ölçüm Durumlarına Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	59
Tablo 4.20: Hastaların Egzersiz Yapma, Beslemeye Uyum Durumlarına Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	60
Tablo 4.21: Hastaların Diyabetin Ciddiyeti Ve Tedavi Edilebilme Algı Durumlarına Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	62

Tablo 4.22: Hastaların Sosyal Destek, Planlı Eğitim Alma Durumlarına Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	63
Tablo 4.23: Hastaların Sağlıklarını Algılama Durumlarına Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	63
Tablo 4.24: Hastaların Yeti Yitimi Durumları İle Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Toplam Puan Ortalaması Arasındaki İlişki	64
Tablo 4.25: Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	65
Tablo 4.26: Hastaların Gelir Ve Sosyal Güvence Durumlarına Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	67
Tablo 4.27: Hastaların Hastalıkla İlgili Özellik Durumlarına Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	68
Tablo 4.28: Hastaların Kan Şekeri Ölçüm Durumlarına Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	70
Tablo 4.29: Hastaların Egzersiz Yapma Durumlarına Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	71
Tablo 4.30: Hastaların Diyabetin Ciddiyeti Ve Tedavi Edilebilme Algı Durumlarına Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	73
Tablo 4.31: Hastaların Sosyal Destek Alma Durumlarına Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	74
Tablo 4.32: Hastaların Sağlıklarını Algılama Durumlarına Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	74
Tablo 4.33: Hastaların Yeti Yitimi Durumları İle İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	75

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADA	American Diabetes Association
BAG	Bozulmuş Açlık Glukozu
BGT	Bozulmuş Glukoz Toleransı
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DCCT	Diabetes Control and Complications Trial
DKA	Diyabetik Ketoasidoz
DM	Diyabetes Mellitus
DN	Diyabetik nefropati
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GDM	Gestasyonel Diyabetes Mellitus
HHD	Hiperozmolar Hiperglisemik Durum
IDF	International Diabetes Federation
LA	Laktik Asidoz
OAD	Oral Antidiyabetik İlaçlar
OGTT	Oral Glikoz Tolerans Testi
PKOS	Polikistik Over Sendromu
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji
UKPDS	United Kingdom Prospective Diabetes Study

1.GİRİŞ

Diyabet, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik bir metabolizma hastalığıdır (WEB_2). Özellikle tip 2 diyabette daha belirgin olmak üzere, diyabet genetik özellikleri ile ailenin geçmişi ve geleceğini ilgilendirir. Diyabet sadece bireyin kendini değil oluşturduğu akut ve kronik komplikasyonlarla toplumu da olumsuz yönde etkiler. Diyabet tıbbi komplikasyonlarının yanı sıra sosyal ve ekonomik açılarından da önem taşımaktadır (Bilge 2013).

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF: International Diabetes Federation) tarafından 2013 yılında 382 milyon olan diyabetli sayısının 2035 yılında 592 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (WEB_7).Ülkemizde diyabet sıklığını belirlemeye yönelik 1997–1998 yıllarında gerçekleştirilen ve rastgele olarak seçilmiş 20 yaş ve üzerindeki 24.788 kişiyi kapsayan ‘Türkiye Diyabet Epidemiyoloji 1 (TURDEP 1) Çalışması’nın sonuçlarına göre, ülkemizde Tip 2 diyabet prevalansı %7.2 (Satman2002) iken, 2010 yılında gerçekleştirilen ve yine rastgele seçilmiş 20 yaş ve üzerindeki 26.499 kişiyi kapsayan ‘Türkiye Diyabet Epidemiyoloji 2 (TURDEP 2) çalışması’nın sonuçlarına göre ülkemizde Tip 2 diyabet prevalansı % 13.7’dir (Satman vd 2013,WEB_1).

Diyabet prevalansının artmasında rol oynayan başlıca faktörler; genel nüfus artışı, yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlı birey sayısındaki artış, kentsel yaşam ve beraberinde getirdiği beslenme alışkanlıkları, sedanter yaşam, stres ve obezitedir. Kentlerde yaşayan bireylerde kırsal yerleşim alanlarında yaşayanlara göre diyabet prevalansının iki kat arttığı tahmin edilmektedir (Wild vd 2004).

Diyabet bireylerin ve ailelerin yaşamlarının tüm yönlerini etkileyen zorunlu yaşam biçimi değişiklikleri ve körlük, koroner arter hastalığı, böbrek yetmezliği, ayak yaraları gibi komplikasyonlar ile yaşam kalitesini azaltan, bu etkileri yaşam boyu süren bir

hastalıktır. Diyabetli birey yaşam boyunca planlanmış bir bakımı sürdürmek zorundadır. Bu kısıtlama ve zorluklar yanında ortaya çıkan akut ve kronik komplikasyonlar yaşam kalitesini azaltmaktadır (Usta Yeşilbalkan 2001). Diyabet Kontrolü ve Komplikasyonları Çalışması (Diabetes Control and Complications Trial, DCCT) (1993) ve İngiltere Prospektif Diyabet Çalışması (United Kingdom Prospective Diabetes Study, UKPDS) (1998) ile iyi planlanmış bir tedavi ve bakım süreci sonunda diyabet kontrolünün sağlandığı, komplikasyonların azaldığı ve diyabetlilerin yaşam kalitelerinin arttığı görülmektedir (Wild vd 2004).

Bir hastalığın bir halk sağlığı sorunu olduğunu belirlemede önemli ölçütlerden birisi hastalığın yarattığı yeti yitimidir (Özmen vd 2002). Yetiyitimi bedensel ve ruhsal hastalıklara bağlı olarak kişinin iş gücü görememe halidir (Druss vd 2000).

Diyabetin farklı vücut organlarını etkileyebilen ve bununla bağlantılı olarak ileri düzeyde yeti-yitimine yol açabilen bir hastalık olması, tanının yeni konduğu dönemlerde ve genç hastalarda, hastalığa ilişkin belirsizliğin, kişisel yeterliliğin kaybedileceği gibi geleceğe yönelik endişelerin daha yoğun olarak yaşanmasına yol açabilir (Gülseren vd 2001). Genel tıbbi durumlarda fiziksel sınırlılık nedeniyle yeti yitimi yaşandığı belirtilirken, genel tıbbi durumların ve ruhsal bozuklukların birlikte olduğu durumda ise yeti yitiminin birçok alanda yaşandığı belirtilmektedir (Dewa ve Lin 2000).

Diyabet gibi kompleks tedavi ve bakım gerektiren sağlık sorununa sahip bireylerin, yaşam biçimi değişiklikleri yapmak üzere adımlar atması ve hastalık süreci ile baş edebilmek için yeni beceriler öğrenmesinde öz-etkililik inançları ve sonuçtan beklentileri önemli rol oynar (Van Der Wen vd 2003).

Öz-etkililik, bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip, başarılı bir biçimde yapma kapasitesine ilişkin kendi inancına denir (Redding vd 2000). Öz-etkililik yetenekli olmaya değil, ama kişinin kendi kaynaklarına güvenmesine karşılık gelir. Bir durumla baş etmede yeterli becerileri olan, ancak öz-etkililiği düşük olan kişi, söz konusu becerilerini harekete geçiremeyecektir (Bandura 1991). Bireysel hastalık yönetiminin başarısında; bireyin öz bakım davranışlarını yapabileceğine dair “etkililik inancı” ya da “öz-etkililik” düzeyi önemli rol oynar (Gallant 2003).

Öz-etkililik kavramı, bir eylemin planlanması, gerekli becerilerin farkında olunması ve örgütlenmesi, zorluklarla birlikte elde edilecek kazançların gözden geçirilmesi sonucunda oluşan güdülenme düzeyi gibi öğeleri içerir. Güçlü bir öz-etkililik başarı ve iyilik halinin oluşmasını ve en önemlisi kişisel gelişimi ve becerilerin çeşitlenmesini sağlar. Önceki başarılı deneyimler, kişisel olarak benzer özellikleri taşıyan diğer insanların başarı örnekleri, çevreden gelen olumlu geribildirimler ve olumlu duygudurum öz-etkililik inancını besleyen kaynaklardır. Bir eylem başarısızlıkla sonuçlandığında, öz-etkililiği yüksek olan bir kişi, bu başarısızlığı kendi eksikliğine değil, kullanılan yöntem ve stratejilerin yanlışlığına bağlar (Yıldırım ve İlhan 2010).

Diyabet yönetimi sadece önerilen tedaviye uyum sağlamak demek değildir, bireyin günlük yaşamında bazı davranış değişiklikleri yapmasını gerektirir (Van Der vd 2003). Öz-etkililik bireylerin hem sağlıkla ilgili davranış değişim niyetlerinde hem de eylemin kontrolü aşamasında oldukça önemlidir (Redding vd 2000).Diyabetli hastalarda yapılan çalışmalarda öz-etkililik algısı ile önerilen sağlıkla ilgili davranış uyumu arasında yüksek derecede korelasyon olduğu belirlenmiştir (Gözüm 1999, Gözüm ve Aksayan 1999,Usta Yeşilbalkan 2001,Kara vd 2006,Gleeson Kreig 2006, Erol 2009, Tekin Yanık 2011). Ayrıca Kartal'ın (2006) yapmış olduğu çalışmasında diyabetli hastalara verilen eğitim programları ile hem bireysel yönetim becerilerinin hem de öz-etkililik algılarının iyileştirilebileceği belirlenmiştir (Kartal 2006).

Kronik hastalıklarda hastalığın yol açtığı organ hasar ya da kayıpları ve hastalığın gelecekteki durumuna ilişkin belirsizlik, yaşam kalitesinin düşmesine ve aynı zamanda genel iyilik halinin bozulmasına da neden olmaktadır (Jacobson vd 1997). Psikolojik iyilik hali, diyabet yönetiminde önemli hedeflerden olmasına rağmen, diyabetin psikolojik etkilerine çok az önem verilmektedir. Psikolojik iyilik halinin izlenmesi, psikolojik sorunların erken dönemde saptanmasını sağlayarak bunların tartışılmasını ve bu sorunların sonucunda verilecek tedaviyi kolaylaştırmaktadır (Tahmiscioğlu 2008).

Diyabet gibi uzun, sıkıcı ve kompleks tedavi ve takip protokolleri gerektiren, bireylerin yaşamlarında bir takım değişikliklere neden olabilen kronik seyirli rahatsızlıklar kısa ve uzun dönemde kişinin ruh sağlığını, yaşam kalitesini ve iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir (Sargın vd 2001). Diyabet fiziksel bulgularının yanında sosyal ve psikolojik uyum sorunlarına yol açabilen bir hastalıktır. Diyabetik hastalarda başta

depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere ruhsal bozuklukların genel popülasyona göre daha sık görülmektedir (Altunoğlu vd 2012). Diyabet beyin işlevlerini etkileyerek psikiyatrik bozukluklara yol açabileceği gibi hastalığın algılanması ve hastanın yaşam alanlarına etkisine bağlı olarak da psikiyatrik tabloların ortaya çıkmasına sebep olur. Diyabete eşlik eden bu tablolar hastalığın görünümünü, şiddetini, seyrini ve sağaltıma yanıtını etkiler. Diyabetli hastanın bütüncül olarak ele alınması fiziksel sağaltım yanında hastalığa eşlik eden organik mental, ruhsal, psikofizyolojik ve psikososyal tabloların da tanı ve sağaltımını gerektirir (Özkan 1993). Tahmişçioğlu'nun (2008) çalışmasında hastaların psikolojik iyilik halinin, diyabet bakımında önemli yeri bulunduğu görülmektedir. Diyabet ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da diyabet varlığının hastaların iyilik hallerini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Sargın vd 2001, Karaca Sivrikaya 2006, Alan 2008)

Diyabetli hastaların günlük diyabet yönetimlerini başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmeleri için diyabet ile ilgili bilgiye ve aldığı bilgileri davranışa dönüştürebilmek için olumlu tutumlara sahip olmaları gereklidir. Tutumlar belirli değer yargıları içerisinde saklıdır ve bireyin kendi dünyası ile ilgili olarak belirli değer yargılarına ve inançlarına bağlı ortaya çıkan süreçlerdir. Olumsuz tutum bireyin durumu reddetmesi yüzünden, durumu irdelemede bilgi ve becerilerini eylemleri için kullanmada aşılması güç bir engeldir (Karaca Sivrikaya 2006).Diyabet kontrolünde temel amaç hastalığın uzun süreli komplikasyonlarını önlemek ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu amacın gerçekleştirilmesinde diyabetik hastalarda tedavi sürecinde psikolojik öğelerinde değerlendirilmesi pek çok sorunun daha kolay açılmasını sağlayacaktır (Altunoğlu vd 2012). Bu çalışmada da tip 2 diyabetli hastaların öz-etkililik algılarının ve iyilik hallerinin diyabet yönetimine etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Diyabetes Mellitus'un Tanımı

Diyabetes mellitus (DM), insülin sekresyonu, insülin etkisi veya her ikisinde birden oluşan bozukluktan ileri gelen, hiperglisemiyle karakterize metabolik hastalıklar grubudur. Diyabette oluşan kronik hiperglisemi uzun sürede özellikle göz, böbrek, sinir, kalp ve kan damarları olmak üzere çeşitli organlarda hasar, disfonksiyon ve yetmezlikle ilişkilendirilmektedir (ADA 2011).

Hiperglisemi polidipsi, poliüri, kilo kaybı ve bazen de polifaji ve görme bulanıklığı gibi semptomlarla seyrederek. DM, bu klasik semptomlar yanında uzun dönemde potansiyel görme kaybına yol açabilecek retinopati, böbrek yetmezliği oluşturabilecek nefropati, ayak ülseri, amputasyon taşıyan periferik nöropati ve gastrointestinal, genitoüriner ve kardiyovasküler semptomlar ve seksüel fonksiyon bozukluğuna yol açabilen otonom nöropati gibi komplikasyonlar ile seyrederek (Çapoğlu ve Ünüver 2001).

Ciddi bir sağlık sorunu olan diyabet hastalığı dünyadaki nüfus artışı, yaşlanma, şehirleşme, obezitenin artması ve fiziksel aktivitenin azalması gibi faktörlerle ilişkili olarak gittikçe artmakta ve çalışma çağındaki pek çok insanın çalışamaz duruma gelmesine hatta erken ölmelerine neden olmaktadır (Wild vd 2004).

Diyabetin birçok değişik tipi olup, bu tiplerin oluşmasında genetik, çevresel faktörler ve hayat tarzının rolü vardır. Diyabet etiyojisine bağlı olarak, insülin sekresyonunda azalma, plazma glukoz kullanımında azalma ve glukoz yapımında artma gibi faktörler, hiperglisemiye katkıda bulunur (Demirel 2008).

2.2.Diyabetes Mellitus'un Etiyolojisi

Diyabetin oluşumunda çok sayıda faktör rol oynar. Bu faktörler diyabet tipine, kişisel ve çevresel faktörlere göre farklılık göstermektedir (Kartal 2006). Bu faktörler yaş, cinsiyet, kalıtım, obezite, beslenme ve fiziksel aktivitedir.

Yaş: Tip 1 diyabet çoğunlukla çocukluk çağı ve genç erişkin yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Tip 2 diyabet ise genellikle 40 yaşından sonra ortaya çıkar ve yaş arttıkça görülme sıklığı artmaktadır (Durna 2002).

Cinsiyet: Dünya genelinde diyabet prevalansı açısından kadın ve erkek arasında bir farklılık yokken (Wild vd 2004), ülkemizde diyabet kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir (Satman vd 2002, WEB_1).

Kalıtım: Tip 2 diyabette tip 1 diyabete göre güçlü bir genetik yatkınlık söz konusudur. Ailede genetik yoğunluk arttıkça, sonraki nesillerde diyabet riski artar ve hastalık daha erken yaşlarda görülmeye başlar (WEB_2). Alkan'ın (2009) yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre, annesinde diyabet olan hastaların oranı %26,9 iken babasında diyabet öyküsü olanların oranı % 15,4 olarak bulunmuştur. Ayrıca ailedeki diyabetik akraba sayısı arttıkça diyabet başlangıç yaşı düşmektedir. Aynı çalışmada sadece annesinde diyabet olanlarda başlangıç yaşı ortalama 4 yıl, sadece babasında diyabet öyküsü olanlarda ortalama 6 yıl hem anne hem de babasında diyabet öyküsü bulunanlarda ortalama 7 yıl düştüğünü tespit edilmiştir (Alkan 2009).

Obezite: Obezitede karın ve bel çevresinde artan yağ dokusu, diyabet riskini daha fazla artırır. Tip 2 Diyabet ile obezite arasında çok yakın ilişki olup, Tip 2 Diyabet olan bireylerin %80'i şişmandır. Obezite, insülin direncine neden olmakta, bu da diyabet oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Obezite aynı zamanda diyabet tedavisi ve kan şekeri kontrolünü de zorlaştırmaktadır (Türkmen 2008). Fazla kiloluluk ve obezite tek başına Tip 2 diyabetin en önemli risk faktörlerindedir. İleriye yönelik yürütülen çalışmalarda Tip 2 diyabet gelişimi açısından obezitenin güçlü bir hazırlayıcı faktör olduğu ve obezite sıklığının azaltılmasına yönelik uygulanan girişimlere paralel olarak Tip 2 diyabet insidansında da azalma görüldüğü belirtilmektedir (Albert vd 2007).

Beslenme: Günümüzde çalışma hayatının yoğun temposu, mutfığa ayrılan zamanın azalması, çabuk ve kolay hazırlanıp tüketilen yiyecekleri daha fazla hayatımıza katmıştır. Bu besinler de, sebze ve meyveden uzak, fazla miktarda şekerli, yağlı ve yüksek kalorili yiyecekler olup, özellikle çocukların ve gençlerin damak tadına daha hoş gelmektedir (Türkmen 2008). Tüm bu faktörler diyabet için zemin oluşturmaktadır. Yaşam şartlarının iyi olmasının tam tersine ekonomik koşulların yetersiz olması, yetersiz ve dengesiz beslenme, karbonhidrat ve yağ tüketiminin artması gibi faktörler ile diyabet gelişimi arasında da ilişki belirlenmiştir (ADA 2004).

Fiziksel Aktivite: Son yıllarda birçok toplumda fiziksel aktivite düzeyindeki azalma küresel düzeyde obezitenin artışına önemli katkı sağlayan nedenler arasında gösterilmektedir. Yapılan çalışmalarda fiziksel aktivitenin insülin duyarlılığını artırarak doğrudan, vücut kütlesi ve vücut kompozisyonunda değişime katkı sağlayarak dolaylı yoldan diyabet riskini azalttığı ve benzer obezite derecesine sahip; ancak fiziksel olarak daha aktif bireylerde Tip 2 diyabet insidansının daha düşük olduğu belirtilmektedir (Albert vd 2007).

2.3. Diyabetes Mellitus'un Epidemiyolojisi

Başlıca mortalite ve morbidite nedenlerinden biri olan diyabet diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar (kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik solunum yolu hastalıkları) gibi dünya çapında sıklığı giderek artan küresel bir halk sağlığı sorunudur (Shaw vd 2010).

Dünya nüfusunun 2010 yılında 7 milyar olduğu ve 2030 yılında nüfusun 8.4 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. 2010 yılında erişkin (20–79 yaş) nüfusun 4.3 milyar olduğu varsayılmakta ve yirmi yıl sonra erişkin nüfusun 5.6 milyara ulaşacağı beklenmektedir. Yine aynı tahminlere göre, 2010 itibarı ile tüm dünyada erişkin (20-79 yaş) nüfusta DM prevalansının % 6.6 olduğu ve 2030 yılında % 18 artışla bu değer %7.8 olacağı, başka bir deyişle günümüzde 285 milyon olan diyabetli nüfusun yirmi yıl sonra 438 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Bozulmuş glukoz toleransının (BGT) günümüzde %7.9 olduğu ve 2030 yılında yaklaşık olarak %37 artış göstererek %8.4'e ulaşacağı sanılmaktadır. Yani BGT" li prediyabetik nüfusun günümüzde tahminen 344 milyon olduğu ve bu rakamın 2030 yılında 472 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (Sicree vd 2009).

Tablo 2.1: Dünya'daki DM ve BGT Durumu Hakkında 2010 Yılı Tahminleri ve 2030 Yılına Yönelik Projeksiyonlar

	2010 YILI	2030 YILI
Dünya Nüfusu (milyar)	7.0	8.4
Erişkin Nüfus (20-79 yaş)	4.3	5.6
DM Prevalansı (%)	6.6	7.8
DM Hastası Sayısı (milyon)	285	438
BGT Prevalansı (%)	7.9	8.4
BGT'li Sayısı (milyon)	344	472

(Sicree vd 2009)

Ülkemizde yapılan TURDEP- I çalışmasına göre tip 2 DM prevalansı bölgesel farklılıklar göstermekle birlikte, %4.3 ile %9.6 arasında değişmekte olup bozulmuş glikoz toleransı oranı ise %6.7, yirmi yaşın üzerindeki erişkin nüfus için ortalama prevalansı %7.2 olarak saptanmıştır (Satman vd 2002). TURDEP-I_ den itibaren geçen 12 yıllık süreçte TURDEP-II'ye göre Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının %13.7'ye ulaştığı görülmüştür. Tip 2 diyabet tüm diyabet vakalarının %80-90'ını oluşturur. Türkiye'de 2.6 milyon diyabetli, 1.6 milyon prediyabetli birey vardır. Diyabet sıklığı erkeklerde kadınlardan hafifçe daha düşük bulunmuş olup kadın ve erkekler arasında çok anlamlı bir fark görülmemiştir. Daha önceki çalışmanın aksine kentlerde diyabet oranı biraz daha yüksek olmakla birlikte, TURDEP-II çalışmasına göre kent ve kırsal diyabet sıklığı arasında çok anlamlı bir fark kalmamıştır. Bilinen diyabet ve yeni diyabet oranları birbirine yakındır (%45 ve %55)(Satman vd 2010).

Dünyada hastalığın profili hızla değişmekte olup, bu durum özellikle kişi başı milli geliri düşük olan ülkelerde dikkati çekmektedir. Bu ülkelerde kronik hastalıkların yarattığı ekonomik yük son 10 yılda ikiye katlandığı ve enfeksiyon hastalıklarının yükünü aştığı bildirilmektedir. Genel olarak düşünülenin aksine kronik hastalıklar gelişmiş ülkelerdeki insanlardan çok, gelişmekte olan ülkelerdeki insanları etkilemektedir (WEB_5).

2.4.Diyabetes Mellitus'un Sınıflandırılması

Diyabet sınıflamasında dört klinik tip yer almaktadır. Bunlardan üçü (tip 1 diyabet, tip 2 diyabet ve gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) primer, diğeri (spesifik diyabet tipleri) ise sekonder diyabet formları olarak bilinmektedir (WEB_2). Diyabetin etiyolojik sınıflaması Tablo 2'de gösterilmiştir

Tablo 2.2: Diyabetes Mellitusun Sınıflandırılması

DSÖ Sınıflandırması	Yeni ADA Sınıflandırması
1. İnsüline Bağımlı DM: (İnsülin Dependent Diabetes Mellitus-IDDm-Tip I DM) 2. İnsüline Bağımlı Olmayan DM (Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus-NIDDM-Tip 2 Diyabet) a) Obez Tip NIDDM b) Zayıf Tip NIDDM 3.Malnütrisyonla İlişkili Diabetes Mellitus 4.Bazı Sendrom ve durumlarla ilişkili olabilen diğeri diyabet tipleri a) Pankreas hastalıkları b) Hormonal bozukluklarla ilgili hastalıklar c) İlaç ve kimyasal maddelere bağlı durumlar d)İnsülin yapısında veya insülin reseptörünün yapısındaki bozukluklar e) Bazı genetik sendromlar f) Diğeri nedenler 5.Gestasyonel Diyabet Glukoz tolerans bozukluğu a) Obez Tip b) Zayıf Tip	1. Tip 1 Diabetes Mellitus (Genelde tam insülin eksikliğine yol açan β –hücresi harabiyeti) 2. Tip 2 Diabetes Mellitus (İnsülin yetmezliği ile seyreden insülin rezistansı) 3. Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM) 4. Diğeri Spesifik Diabetes Mellitus Tipleri * β –hücresi fonksiyonunun genetik defektleri *İnsülin etkisinde genetik defektler *Eksokrin pankreasın hastalıkları *Endokrinopatiler *İlaç ve kimyevi maddelere bağlı *Enfeksiyonlar *İmmun sebepli diyabetin ender rastlanan şekilleri *Bazen diyabetle birlikte görülen diğeri genetik sendromlar

(ADA 2006)

2.4.1. Tip 1 Diyabet

Çocukluk çağının en yaygın görülen kronik hastalığıdır. Çocukluk yaşlarında diyabet olma riski, diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında birinci sırada yer almaktadır. Pankreasta bulunan beta hücrelerinin zedelenmesi ya da kaybına bağlı olarak gelişen, insülin eksikliği ile ortaya çıkan ve insüline bağımlı olarak sürüp giden bir diyabet türüdür. Tip 1 diyabet, tüm diyabet vakalarının yaklaşık %5-10'unu oluşturmaktadır (Yumuk 2008). Genetik olarak yatkın olan bireylerde çevresel faktörlerin beta hücrelerini otoimmün mekanizmayla etkilemesinden klinik semptomlar ortaya çıkıncaya kadar süre “preklinik dönem” olarak adlandırılır. Bireylerin bu dönemde yakınmaları yoktur. Preklinik dönem çocukluk çağında çok kısa iken ileri yaşlarda yıllarca sürebilir (Özata 2011).

2.4.2. Tip 2 Diyabet

Tip 2 DM en yaygın görülen metabolizma hastalıklarındandır. Genellikle orta-ileriyaş hastalığı olarak kabul edilmesine rağmen son yıllarda genç yaşlarda Tip 2diyabet vakalarına rastlanmaktadır (Büyüköztürk 2007). Bu tip diyabette pek çok değişik sebep vardır ve hastaların çoğu obezdir. Çünkü obezitenin kendisi de insülin rezistansına neden olmaktadır (Arslan 2012).

Tip 2 diyabet hipergliseminin kademeli olarak artış göstermesi ve başlangıçta klasik semptomların hasta tarafından hissedilecek kadar şiddetli olmaması nedeniyle sıklıkla uzun yıllar tanı almayabilir (Arslan 2012). Bu yüzden hastalara makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlar açısından risk taşırlar. Tip 2 diyabet yaş, obezite ve fiziksel aktivite azlığı ile artış gösterir. Daha önceden gestasyonel diyabet öyküsü olan kadınlarda, hipertansiyon yada dislipidemisi olanlarda daha sık görülür ve genetik yatkınlık söz konusudur (Arslan 2012).

2.4.3. Gestasyonel Diyabet (GDM)

Gestasyonel diyabet gebelik döneminde başlamış olan veya ilk kez gebelik döneminde teşhis edilen glukoz intoleransıdır (Yazıcı vd 2007, İliçin 2012). Gebelik süresince glikoz kontrolü sağlamak için annenin pankreatik beta hücreleri doku düzeyindeki insülin direncini yenmek amacıyla daha çok insülin salgılamak durumunda kalmaktadır. Buna bağlı olarak da insülin direnci gelişir (Özata 2011).

2.5. Tip 2 Diyabet Gelişmesi Açısından Diyabet Taraması Yapılması Gereken Gruplar

Tüm yetişkinler sosyo-demografik ve klinik özelliklerine uygun olarak- tip 2 diyabet risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir. Obez veya kilolu ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında >88 cm, erkekte >102 cm) olan kişilerde, 45 yaşından itibaren, 3 yılda bir diyabet taraması yapılmalıdır. Ayrıca beden kitle indeksi ≥ 25 kg/m² olan kişilerin, aşağıdaki risk gruplarından birine mensup olmaları halinde, daha genç yaşlardan itibaren ve daha sık araştırılmaları gerekir.

- Birinci derece yakınlarında diyabet bulunan kişiler,
- Diyabet prevalansı yüksek etnik gruplara mensup kişiler,
- İri bebek doğuran veya daha önce GDM tanısı almış kadınlar,
- Hipertansif bireyler (kan basıncı: KB $\geq 140/90$ mmHg)
- Dislipidemikler (HDL-kolesterol ≤ 35 mg/dl veya trigliserid ≥ 250 mg/dl)
- Polikistik over sendromu (PKOS) olan kadınlar,
- İnsülin direnci ile ilgili klinik hastalığı veya bulguları (akantozis nigrikans) bulunan kişiler,
- Koroner, periferik veya serebral vasküler hastalığı bulunanlar,
- Düşük doğum tartılı doğan kişiler,
- Sedanter yaşam süren veya fizik aktivitesi düşük olan kişiler,
- Doymuş yağlardan zengin ve posa miktarı düşük beslenme alışkanlıkları olanlar,
- Şizofreni hastaları ve atipik antipsikotik ilaç kullanan kişiler

Ayrıca tip 2 diyabet riski yüksek olan çocuk ve adolesanlarda, 10 yaşından itibaren 2 yılda bir diyabet taraması yapılmalıdır (DCCT 1993, UKPDS 1998, ADA 2011).

2.6. Diyabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri

Diyabet gelişimi bazı patojenik olayları içerir. Diyabetteki karbonhidrat, yağ ve protein metabolizması anormallikleri insülinin hedef dokulardaki eksik etkisi nedeniyledir. İnsülin etkisindeki eksiklik yetersiz insülin sekresyonu ve/veya insüline azalmış doku cevabı sonucunda gelişir. Aynı hastada insülin sekresyonundaki bozukluk ve insülin etkisindeki eksiklik sıklıkla bir arada bulunur ve çoğu zaman hangi anormalliğin hipergliseminin primer nedeni olduğu açık değildir (Arslan 2012).

1997 yılında ADA tarafından oluşturulan “Diyabetes Mellitus Tanı ve Sınıflaması için Uzmanlar Komitesi”, 1985 DSÖ kriterlerinde yer alan açlık kan glikoz sınırınındaha aşağı çekilmesini önermiştir. 2003 yılında yapılan değişiklikler ile kriterler içinde yer alan “bozulmuş açlık glikozu” alınarak prediyabet tanı kriterleri içine yerleştirilmiştir (ADA 2008).

Diyabetes mellitus için şu anda kabul görmekte olan ADA ve WHO tarafından önerilen diyabet tanı kriterleri şöyledir:

1. Açlık plazma glikozu ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/l) (Açlık: en az 8 saat hiç kaloralınmamış olması)
2. Semptomlar + rastgele plazma glikozu ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) (Diyabete özgü semptomlar poliüri, polidipsi ve açıklanamayan kilo kaybıdır. Rastgele ile günün herhangi bir zamanında yapılan plazma glikoz ölçümü ifade edilmektedir.
3. Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) 2.saat değeri ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) (75 gr glikoz ile yapılan OGTT sırasında 2.saat glikoz değerinin ≥ 200 mg/dl (11.1mmol/L) olması)
4. HbA1C \geq %6.5 olması (ADA 2012).

Tablo 2.3: DM Tanısı: Açlık Plazma Glukozu ve OGTT Yorumu (ADA kriterleri)

	Normal	BGT	BAG	DM
Açlık	<100	-	100-125	>126
120. dk	<140	140-199	-	>200

(ADA 2012)

Amerikan Diyabet Birliği (ADA) kriterlerine göre, açlık plazma glukozu ve OGTT sonuçlarına göre; DM, bozulmuş açlık glukozu (BAG), bozulmuş glukoz toleransı (BGT) tanıları konulabilir. HbA1c'nin %5.7-6.4 arasında olması DM gelişimi açısından riskli olarak kabul görmektedir (prediyabet) (ADA 2012)

2.6.1. Klinik bulguları

Diyabetes mellitusun birçok belirti ve bulguları bulunmaktadır. Bu semptomlar aşağıdaki şekilde sınıflanmıştır.

- Ağız kuruluğu ve çok su içme (polidipsi) (vücuttan idrarla çok su atıldığı için vücutta su azalır ve çok su içme ihtiyacı doğar)
- Çok idrara çıkma (poliüri)
- Gece çok idrara kalkmak (noktüri)
- Açlık hissinin fazlaşması ve çok yemek yeme (polifaji)
- Halsizlik
- Zayıflama
- Bulanık görme
- Ciltteki yaraların veya kesiklerin yavaş iyileşmesi
- Kadınlarda vajinal kaşıntı
- İştahsızlık
- Baş ağrısı
- Erkeklerde impotansdır (Bozkurt ve Yıldız 2008).

2.7. Diyabetes Mellitus'un Komplikasyonları

Kontrolsüz kan glukoz seviyeleri, akut veya uzun süreli metabolik komplikasyonlara, bazen de ölümlere neden olabilir. Bu problemlerin çoğu önlenebilir problemler olarak tanımlanır ve hemen tedavi edilirse azaltılır. İyi bir metabolik kontrolün diyabet komplikasyonlarını önlediği veya ilerlemesini yavaşlattığı bilinmektedir. Bu yüzden diyabetli hasta kronik komplikasyonların önlenmesi ve etkili bir diyabet yönetimi geliştirebilmek için sürekli olarak sağlık bakım hizmetinden yararlanmak zorundadır (Küçük 2013).

2.7.1. Diyabetes Mellitusta Akut Komplikasyonlar

Takip ve tedavideki tüm gelişmelere rağmen diyabetik aciller mortalite nedeni olabilmektedir. Diyabetin acil durumları dört ana başlık altında incelenebilir.

- Diyabetik Ketoasidoz (DKA)
- Hiperozmolar Hiperglisemik Durum (HHD)
- Laktik Asidoz (LA)
- Hipoglisemi (WEB_2).

2.7.1.1. Diyabetik Ketoasidoz (DKA)

Diyabetik ketoasidoz (DKA) mutlak veya göreceli insülin eksikliğinin yarattığı hiperglisemi, dehidratasyon ve asidoza neden olan protein, karbonhidrat ve yağ metabolizmasındaki değişikliklerle karakterize, tedavi edilmediği takdirde ölümcül olan bir tabloyu tanımlar. Diyabetik ketoasidozun birçok nedenleri olmakla birlikte en sık görülen nedenler enfeksiyon, insülin tedavisinin kesilmesi ve tanınmamış yeni başlayan diyabetir. DKA esas olarak tip 1 diyabette görülmekle beraber tip 2 diyabetlilerde de daha seyrek olarak görülmektedir (Sözen 2012).

2.7.1.2. Hiperozmolar Hiperglisemik Durum (HHD)

Plazma glikoz düzeyi > 600 mg/dl ve osmolarite ≥ 320 mOsm/kg olması, HHD olduğunun göstergesidir. Plazma veya idrarda keton bileşiklerinin görülmemesiyle DKA'dan ayrılır (WEB_2). Diyabetik hiperozmolar sendrom en sık olarak Tip II diyabeti olan hastalarda, özellikle de kendi kan şekeri düzeylerine düzenli olarak bakmayan yada diyabeti olduğunu bilmeyen bireylerde görülür. Yine yüksek dozda steroid alan hastalarda ya da idrar miktarını arttıran ilaçları kullanan diyabetik hastalarda da olabilir (Collazo Clavell 2004).

HHD'ye neden olan faktörler şunlardır:

- İnfeksiyonlar
- Miyokard infarktüsü
- Merkezi sinir sistemi hastalıkları (Serebrovasküler olay)
- Gastrointestinal sorunlar
- Böbrek yetersizliği
- Endokrin sistemin hastalıkları (hipertiroidi, akromegali vb)
- KH toleransını bozan bazı ilaçlar
- Bakımsızlık veya uygulama hataları nedeniyle tedavinin yetersiz olması
- Genel olarak 50 yaşın üzerindeki kişilerde görülür.
- Olguların %25-35'i daha önceden tanı almamış tip 2 diyabetli hastalardır (WEB_2).

Diyabetik hiperozmolar durumunun belirtileri:

- Aşırı susuzluk
- Kuvvetsizlik
- Bilinç bulanıklığı
- Nöbet geçirme

- Sık idrara çıkma
- Bacak krampları
- Kalbin hızlı çarpması
- Koma'dır (Collazo Clavell 2004)

2.7.1.3. Laktik Asidoz (LA)

Laktik asidoz yüksek anyon açığı olan asidozun en sık sebebidir. Belirgin asidozu olan ağır bir diabetik hastada keton cisimleri saptanamaz veya düşük seviyede saptanırsa özellikle üremi gibi diğer asidoz sebebi yoksa laktik asidoz akla gelmeli ve plazmalaktat düzeyi ölçülmelidir (Kavaklı vd 1998).

Bozulmuş laktoz metabolizması sıklıkla kritik hastalarda görülebilir. İnsidansı tam olarak bilinmemektedir. Kritik hastalarda asit-baz araştırmaları yapıldığında, laktik asidoz mevcut olduğunda, birlikte morbitide ve mortalitenin arttığını göstermiştir. Laktik asidozu olan hastalar genellikle çok ağır olan hastalardır ve çoklu organ fonksiyon bozukluklarına neden olur (Sözen 2012).

2.7.1.4. Hipoglisemi

Hipoglisemi insülin tedavisi alan diyabetlilerde en sık rastlanan ve en çok korkulan akut komplikasyonlardan biridir. Hipoglisemi; plazma glikoz konsantrasyonunun 50 mg/dl'nin altına düşmesi, çarpıntı, terleme, sinirlilik hali, kontrolsüz davranışlar, konfüzyon, koma ya da epileptik atak belirtilerinden bir ya da birkaçının görülmesi ve belirtilerin glisemik düşüklüğünden ortadan kaldıran tedavi ile geçmesi hali olarak tanımlanmaktadır (Yale vd 2001, Carrol vd 2003).

Hipogliseminin en sık görülen nedenleri şunlardır:

- İnsülin ve insülin sekresyonu ya da duyarlılığını arttıran ilaçların (sülfonilüreler, meglitinidler) fazla alınması,
- İnsülinin yanlış zamanda yapılması,
- Öğünlerin geciktirilmesi ya da ertelenmesi,
- Fazla alkol kullanımına bağlı endojen glikoz üretiminin azalması,
- İlave karbonhidrat almadan ağır egzersiz yapılması,
- Kilo verme ya da egzersiz yapma gibi nedenlerden dolayı insülin duyarlılığının artması,
- Gastroparezi nedeniyle midenin geç boşalması

- İlerlemiş böbrek yetersizliğine bağlı insülin klerensinde azalma (Olgun 2002, Pearson 2008)

Hipoglisemi oluşumunu önlemek için diyabetlilere kullanılan ilaçların insülin etki özellikleri, beslenme ve egzersizin kan şekeri üzerine olan etkileri hakkında bilgi vermek gerekir. Hipoglisemi belirtileri ve hipoglisemi durumunda yapılması gerekenler hasta ve yakınlarına öğretilerek hipogliseminin olası zararları önlenebilir (Özcan 2001).

2.7.2.Diyabetes Mellitusta Kronik Komplikasyonlar

Diyabet tedavisinde yeni ilaçlar, doktorların ve hastaların hastalık hakkında daha bilinçli olmaları ile diyabetik hastalar daha uzun bir yaşam sürecine kavuştular.Hastalık süresince hipergliseminin derecesi ve süresi ile orantılı olarak diyabetin damar dışı ve damar sisteminde ve dolayısıyla bütün organ sistemlerinde yarattığı olumsuz etkiler diyabetin kronik komplikasyonları diye anılmaktadır (Sözen 2012).Tedavi yöntemleri yetersiz olduğunda kan şekeri kontrol altına alınamaz diyabetli bireylerde gelişir. Etkin ve yeterli tedavi planını uygulayan bireylerin kan şekeri normal düzeylerde seyrederse diyabetli bireyler komplikasyonsuz bir yaşam sürdürüp normal günlük yaşantısını sağlıklı bir şekilde sürdürebilir (Sözen 2012).

2.7.2.1. Diyabetik Retinopati

Diyabetik retinopati, diyabetes mellitusu (DM) olan bir bireyde retinal mikrovasküler lezyonların varlığı olarak tanımlanabilir (Cebeci ve Akarçay 2012). Diyabetik retinopatinin mevcudiyeti ve ağırlığı tanı anındaki yaş, diyabetin süresi ile ilgilidir. Gelişmiş ülkelerde retinopati 20-74 yaşları arasındaki bireylerde en sık rastlanan körlük nedenidir. Tip 2 diyabet hastaları tanı aldıklarında %25'inde retinopati zaten mevcuttur.Diyabetik retinopati görmeyi tehdit eden, sonunda bütün diyabetik hastalarda görülen bir komplikasyondur (Sözen 2012).

Hastalığın gelişimi, glisemik kontrol, kan basıncı ve diyabetin süresiyle yakından ilgilidir. Diyabetik retinopati çok ilerleyene kadar semptom vermez. Bu nedenle korunma oldukça önemli hale gelmektedir. Önlem kapsamında kan basıncının, plazma glikozunun ve hatta kan lipidlerinin yoğun kontrolü retinopati gelişimini ve ilerlemesini yavaşlatır. Diyabetik hastaların en az yılda bir kez düzenli olarak göz kontrollerinin yapılması gereklidir (Erol 2011).

2.7.2.2. Diyabetik Nefropati

Diyabetik nefropati, artan sayıda hastanın son dönem böbrek yetmezliğine (SDBY) girmesine yol açtığından önemli bir sağlık sorunudur (Tuğrul 2002, Çorapçıoğlu 2003, Kurt vd 2004). Diyabet ile ilgili morbidite ve mortalitenin ana nedenlerindedir. Ortalama tip 1 ve tip 2 diyabet hastalarının %20-30'unda diyabetik nefropati olur ve insidansı diyabet süresi ile doğru orantılıdır (Sözen 2012). Amerika Birleşik Devletlerinde yeni oluşan SDBY'nin %40'ını diyabetik nefropati oluşturmaktadır. Diyabetik nefropati, diğer böbrek hastalıkları olmadan diyabetli bir hastada sürekli idrar albümin çubuğunun pozitif olması 25 veya 300 mg'dan fazla albümin ekstresyonudur (Kurt vd 2004). Nefropati sıklığı diyabet süresi uzadıkça artış gösterir. Diyabetik nefropatinin gelişiminde hiperglisemi, hipertansiyon, sigara, ileri yaş, insülin direnci, erkek olma, yüksek proteinli beslenme ve genetik risk faktörleri belirleyicidir (Tuğrul 2002, Kurt vd 2004).

2.7.2.3. Diyabetik Nöropati

Nöropati, periferik ve otonom sinirlerin dejenerasyonu sonucu ortaya çıkan bir durumdur (Altındaş 2002). Diyabetik nöropati sık rastlanan ve hastaya rahatsızlık veren bir komplikasyondur. Tek bir klinik tablo şeklinde değil sinir sisteminin değişik bölgeleri ile ilgili tek başına veya kombine klinik sendromlar dizisidir. Nöropati prevalansı kötü glisemik kontrol ve bu sürenin uzunluğu ile doğru orantılıdır (İliçin 2012). Alkol alan diyabetlilerde nöropati daha ağırdır ve çok daha erken yaşlarda görülür. Motor nöropati ayak kaslarında zayıflamaya neden olur (Altındaş 2002).

2.8. Diyabetes Mellitus'un Tedavi ve Bakımı

Diyabet tedavisinin amacı; diyabetli hastanın bireysel yönetimini (self management) sağlayarak, kan şekeri düzeyini normal sınırlar içerisinde tutarak, kısa veya uzun dönemde oluşabilecek sağlık sorunlarını önlemek ve yaşam kalitesini iyileştirmektir (Visser ve Snoek 2004).

Günümüzde diyabet için tam bir iyileşmeden söz edilemez. Fakat diyabet gibi kronik bir hastalık için amaçlar hastalanan bireylerin yaşam standartlarının korunması ve kronik komplikasyonların en alt düzeye indirilmesidir. Diyabet tanısı konduktan hemen sonra tedaviye geçilmelidir ve seçilecek tedavi diyabetin tipine göre ayarlanmalıdır (Gedik 2012).

2.8.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Günümüzde tıbbi beslenme tedavisi yüksek kompleks karbonhidrat içeriği olan, protein ve yağ içeriği düşük, kişinin yaşı ve yaşamıyla uyumlu kalori gereksinimine 24 göre düzenlenmiş beslenme programı olarak tanımlanmaktadır. Tip 2 diyabette öncelikli yaklaşım, kalori kısıtlaması yaparak ılımlı, sürdürülebilir ve korunabilir kilo azaltımını sağlamak, az ve sık beslenmenin önemini anlatmaktır. Bilimsel kanıtlarla planlanan beslenme, kan şekeri ve kan basıncını normale yakın düzeyde tutarken iyi bir lipid profili sağlamalıdır. Bu planlamada diyabetli bireyin kültürel besin seçimlerini göz önüne alarak yemek yeme keyfinin sürdürülmesi de hedeflenmelidir (Franz vd 2002).

Diyabetin önlenmesinde ve tedavisinde tıbbi beslenme tedavisinin amaçları şunlardır:

1. Metabolik kontrolü sağlamak:

- Kan glukoz düzeylerinin normal veya normale yakın seviyelerde tutulmasını,
- Kardiyovasküler hastalık riskini azaltacak lipid profilini,
- Kan basıncının normal veya normale yakın seviyede kalmasını sağlamak ve korumak.

2. Besin ögesi alımını yaşam tarzına uygun şekilde modifiye ederek diyabetin kronik komplikasyonlarını önlemek veya komplikasyonların gelişme oranını azaltmak.

3. Bireyin kişisel ve kültürel tercihlerini ve değişime istekliliğini dikkate alarak beslenme gereksinimini belirlemek.

4. Besin seçiminde bilimsel kanıtlarla desteklenmiş sınırlamaları yaparken yemek yemenin zevkini sağlamak.

5. Tip 1 diyabetli gençler, tip 2 diyabetli gençler, diyabetli gebe veya emziren kadınlar ve yetişkinler için yaşamın değişik dönemlerinde gerekli besin gereksinimlerini karşılamak.

6. İnsülin veya insülin salgılatıcı ilaç kullananlarda, akut hastalıklarda, diyabet tedavisi, hipogliseminin tedavisi ve önlenmesi, egzersiz konusunda kendi kendini yönetme eğitimini sağlamak (WEB_2).

Tablo 2.4:Tıbbi Beslenme İçin Değerlendirme Kriterleri (WEB_2)

Kriter	Zamanlama
Öğün zamanlamasına uyumun kontrolü	Her kontrol muayenesinde
Evde glukoz izlemi ve besin tüketimi kayıtlarının birlikte değerlendirilmesi	Her kontrol muayenesinde
Davranış değişikliğinin kontrolü	Her kontrol muayenesinde
Egzersiz uyumunun kontrolü	Her kontrol muayenesinde
Kilo ve boy ölçümü	Kilo her vizitte, boy yılda bir
Açlık Plazma Glukoz (APG) ve Postprandiyal Plazma Glukoz (PPG)3 günlük besin tüketimi ile birlikte	Her kontrol muayenesinde
Glikozillenmiş Hemoglobin A1C	3-6 ayda bir
Açlık lipid profili	1. haftada, eğer yüksek ise 3-6 ay sonra; daha sonra yılda bir

(TEMMD 2012)

Kalorisi, besin öğeleri ve öğün adedi belirlenen diyet programını menüye dönüştürerek, beraberinde hastaya değişim listeleri (enerji ve besin öğeleri) sunulmalı, diyabet komplikasyonlarının varlığı halinde diyet tedavisinde gerekli değişiklikler yapılmalıdır. Diyabette alınan besinin gerektirdiği kadar insülin yanıtı olmadığı için yiyeceklerin gün içine dağıtılması çok önemlidir. Uzun açlık periyotlarından sonra aşırı yiyecek alınması ile oluşan enerji ne kadar yüksek ise, insülin yanıtındaki bozukluk da o kadar belirginleşmektedir. Bu nedenle kan şekerinde büyük dalgalanmaların olmasını önlemek için diyabetli hastalara az aralıklarla yemek yemeleri önerilmektedir. İnsülin ve oral hipoglisemik ilaç alan diyabetlilerde öğün düzenlenmesi, tedavide kullanılan ajanların etkilerinin başlama, pik ve devam süreleri göz önünde bulundurularak yapılmalıdır (ADA 2004).

2.8.2. Egzersiz

Diyabetli bireyin fiziksel aktivitesinin arttırması glisemik kontrolle beraber lipid düzeylerinde düzelmeye ve kan basıncının normalleşmesine de neden olur. Fiziksel aktiviteyi arttırmayı hedefleyen egzersiz programına başlamadan önce hastalar egzersizin olası yan etkileri nedeniyle çok dikkatli bir şekilde incelenmelidir. Glisemik

kontrol ve hemogloblin A1C gözden geçirilmeli mutlaka kardiyovasküler muayene yapılmalıdır (Gedik 2012).

Egzersiz başlıca yararları;

1. İnsülin hassasiyetini artırır: Egzersiz daha fazla insülin üretimini sağlamaz fakat insülinin hassasiyetini artırır. Bu etki birkaç saat sürer. Bazı hastalarda 24 saat bile etkisi olabilir. Böylece, insüline bağımlı olmayan hastalarda ağızdan alınan ilaç miktarı azaltılabilir.

2. Kan şekerinin kontrolü daha kolay sağlanır: Kişi egzersiz yapmaya başladığında kan şekerini ve diyetini daha düzenli ve dikkatli takip eder. Şeker hastalığını kontrol etmenin temel anahtarı hastalığın yan etkilerini azaltmaktır.

3. Kalp damar hastalıkları riskini azaltır: Egzersiz kan basıncını ve kalp damar tıkanıklığına yol açan kolesterolü düşürür.

4. Egzersizin diğer yararları:

- Vücuttaki fazla yağları yakar; kilo vererek ideal vücut ağırlığına kavuşmanızı sağlar.
- Kaslarınızın kuvvetlenmesini sağlar.
- Kan akışını artırır.
- Enerjinizin artmasını sağlar.
- İş yapma kapasitenizi artırır.
- Dolaşımı artırır.
- Oksijen tüketiminizi artırır.
- Tekrarlı iş yapabilme becerinizi artırır.
- Kemik yoğunluğunuzu ve kuvvetinizi artırır.
- Stresinizi azaltır ve gevşemenizi sağlar.
- Endişe ve depresyonu azaltır.
- Kendinize güvenizi artırır ve kendinizi daha iyi hissetmenizi sağlar (Sağlam vd 2008).

Egzersiz programları aerobik aktiviteler (yüzme, yürüme, bisiklet binme) ve rezistans antrenmanları (adale çalıştırma) tarzında yapılabilir. Her bir programda 3-5 dakikalık ısınmadan sonra 15-60 dakikalık egzersiz programları uygulanmalıdır (Gedik 2012).

2.8.3. İlaç Tedavisi

2.8.3.1. Oral Antidiyabetik İlaçlar (OAD)

Tip 2 diyabetlilerde insülin direnci, bozulmuş insülin sekresyonu, ve/veyahepatik glikoz üretiminde artış bulunmaktadır. Oral antidiyabetik ilaçlarla bu defektlerinbir ya da birkaçının giderilmesi hedeflenmektedir. Uygun OAD seçimi ile bireyin açlıkkan şekeri ve HbA1c değerinin belirlenen glisemik hedefe yaklaşması sağlanır (Koski 2006). ADA ve Avrupa Diyabet Çalışma Birliği tarafından Tip 2 diyabetlilerde hiperglisemi tedavisiyle ilgili bir konsensus yayınlamıştır.Buna göre dikkat çekilen ve önerilen hususlar:

1. Tanı anında metformin ile birlikte yaşam tarzı değişikliğine (tıbbi beslenme tedavisi ve egzersiz) gidilmesi
2. Glisemik kontrol hedeflerine ulaşılması amaçlanarak (çoğu hastada HbA1c <7%) zamanında gerekli tedavi değişikliğine gidilmesidir. Son yıllarda çıkan yeni oral antidiyabetikler ve insülinlerle Tip 2 diyabet tedavisinde seçenekler çoğalmıştır (Nathan vd 2006).

Etki mekanizmalarına göre 3 grup ilaç vardır.

1.İnsülin sekresyonunu uyaranlar (Oral hipoglisemik ilaçlar)

- Sülfonilüreler
- Meglitinid analogları

2.İnsülin duyarlılığını arttıranlar

- Biguanidler
- Tiazolidindionlar

3.Glukoz absorpsiyonunu azaltanlar

- Alfa glukozidaz inhibitörleri

2.8.3.1.1 Sülfonilüreler: Tip 2 DM'de kullanılır. Pankreastan insülin salınımını artırırılar, insülin reseptör bağlanmasını artırırılar. Tip II diabette, tek başlarına yada insulün ile kombine olarak kullanılabilirler. Genel olarak en önemli yan etkileri hipoglisemidir (Delibaşı 2006).

2.8.3.1.2. Meglitinid analogları: Etkileri çabuk balar ve biter. Karaciğerden metabolize olduğundan renal yetmezliği olanlarda ve yaşlılarda tercih edilebilir. Bu grupta repaglinid ve nategilinid vardır (Delibaşı 2006).

2.8.3.1.3. Biguanidler: Barsaktan glukoz emilimini azaltırlar. Karaciğerde glukoneogenezi inhibe ederler. İnsülin reseptör bağlanmasını artırırlar. Obez hastalarda daha çok tercih edilirler. En sık görülen yan etkileri gastrointestinal yakınmalarıdır. Laktik asidoz ise en önemli yan etkileridir. Bu grupta; fenformin (Laktik asidoz sebebi ile kullanılmıyor), metformin ve buformin bulunmaktadır (Delibaşı 2006).

2.8.3.1.4. Tiazolidindionlar: Periferik dokularda insülin duyarlılığını artırarak insülin direncini azaltırlar. Bu grupta troglitazon, rosiglitazon ve pioglitazon vardır (Delibaşı 2006).

2.8.3.1.5. Alfa- glukozidaz inhibitörleri (acarbose): Glukozun barsaktan emilimini azaltırlar. Diğer ilaçlarla kombine Tip1 ve 2 diabette kullanılabilirler. Sıklıkla GIS yakınmalarına yol açarlar (Delibaşı 2006).

Diyabetin tedavisinde optima glisemik kontrolü sağlayabilmek için farmakolojik tedavi zorunludur. Mevcut oral antidiyabetik ilaçlar Tip 2 DM'nin patofizyolojik bozukluklarının bir veya daha fazlasında etkilidir. Oral antidiyabetik ilaçlar tek başlarına, birbirleriyle veya insülinle kombine olarak oral yoldan kullanılabilir (Standl ve Fuchtenbusch 2003).

2.8.3.2. İnsülin Tedavisi

Yirminci yüzyılda insülin tedavisindeki gelişmeler olağan üstüdür. İnsülinin 1921 yılındaki keşfi tıp tarihindeki en önemli olaylardan biridir. Böylece daha önce ölümcül bir hastalık olan diyabet, mikro ve makrovasküler komplikasyonların öne geçtiği kronik hastalıklar grubuna girmiştir (Gedik 2012).

İnsülin tedavisi gerektiren durumlar:

- Klasik tip 1 diyabetes mellitus ve Latent otoimmün diyabetli erişkin olguları
- Oral antidiyabetiklere cevap vermeyen tip 2 diyabet
- Akut metabolik durumlar (diyabetik ketoasidoz, non-ketotik hiperosmolar koma)
- Özel durumlar (enfeksiyon, cerrahi girişim, travma v.b)

- Diyet ile kontrol altına alınamayan GDM (Tuncel ve İmamoğlu 2001, WEB_2).

Tablo 2.5: İnsülinlerin Sınıflandırılması

İnsülin Tipi	Sınıfı	Etki Başlama	Pik	Süre
İnsülin analogları				
Lispro, aspart	Hızlı etkili	5-15 dk	30-90 dk	4-6 sa
Glargine, detemir	Uzun etkili	2-4 sa	Pik yapmaz	20-24 sa
Geleneksel insan insülinleri				
Regüler	Kısa etkili	30-60 dk	2-3 sa	8-10 sa
NPH	Orta etkili	2-4 sa	4-10 sa	12-18 sa

(Boyle vd 2007)

2.9. Diyabette Bireysel Yönetim

1970’li yıllardan sonra teknolojik gelişmelerle birlikte laboratuvar testlerine ilave olarak diyabetlilerin de kendi kendilerine kan ve idrar şekerlerini kolayca, güvenilir olarak ve kısa sürede ölçebilmeleri sağlanmış “diyabetlinin kendi kendini izlemesi (self monitoring, home monitoring)” diyabet tedavisinde yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır. Bireysel izlem kavramı diyabetlinin bakım sorumluluğunu üstlenerek kendi kendine diyabet bakım uygulamalarını sürdürmesini ifade eder (Olgun 2002).

Kronik hastalığı olan birey, kendisine olan güven ve saygının, aile içi statüsünün ve bağımsızlığının yitirilmesi, kabul edilmeme gibi duygusal kayıplara uğramaktadır (Bayramova ve Karadakovan 2004). Diyabetli bireyin kendi başına diyabet yönetimi (diabetes self-management education) hasta bakımında bir köşe taşı niteliği taşımaktadır. Diyabet eğitimindeki temel amaç; sağlık ve metabolik kontrolü en üst düzeye çıkarmak, komplikasyonları önlemek veya geciktirmek, hastanın yaşam kalitesini arttırmak ya da en üst düzeye çıkarmaktır (Porsuk 2012). Kartal’ın (2006) yapmış olduğu çalışmada diyabet eğitiminin olumlu sağlık inançların geliştirilmesinde ve diyabetin yönetiminde etkili olduğu görülmektedir. Diyabetli bireyin eğitilmesi bilgi ve becerisini arttırarak bakımı konusunda aktif hale gelmesini, bağımsız karar verme

yeterliliğini kazanmasını ve problemlerle başa çıkma gücünün artmasını sağlar. Böylece etkili bireysel yönetim gerçekleştirilebilir (Mensing vd 2003).

Bireysel izlem diyabetli bireyin kendi tedavi ve bakımına katılımını sağlarken, aynı zamanda tedavi hedeflerine ne ölçüde ulaşıldığını da saptamaya yardım eder. Hem sağlık bakım çalışanları, hem de diyabetli bireyler için hastalığa uyum ve tedavinin işleyişi hakkında bilgi veren ucuz, pratik ve güvenilir bir yöntemdir. Bireysel izlem sonuçları sağlık bakım çalışanları için değerlidir. Çünkü;

- Belirlenen glisemik amaçlara ulaşmayı sağlar.
- Farmakolojik tedavinin etkinliğini değerlendirir ve tedaviyi yönlendirir.
- Hipogliseminin fark edilmesini ve tedavi stratejilerinin oluşturulmasını sağlar.
- Beslenme ile ilgili faktörlerin ve glisemik kontrole olan etkilerinin değerlendirilmesini sağlar.
- Diyabetlinin günlük yaşamına uygun tedavi planının yapılmasını sağlar.

Bireysel izlem sonuçları diyabetli bireyler için değerlidir. Çünkü ;

- Hipoglisemi ve hipergliseminin erken fark edilmesini ve gerekli tedavinin yapılmasını sağlar. Böylece hastaneye yatış sıklığı ve süresi azalır.
- Bireylere farmakolojik tedavi, beslenme ve egzersiz programlarını düzenleme sorumluluğu verir.
- Bireylerin glisemik kontrol düzeylerini iyileştirerek uzun vadede kronik komplikasyonları azaltır, yaşam kalitelerini artırır.
- Bireylerin karar verme ve problem çözme yetenekleri geliştirir.
- Bireylere daha esnek güvenli ve serbest bir yaşam sunar (Olgun 2002).

2.10. Öz-etkililik

Öz-etkililik belli bir sonucu elde etmek için bir davranışı yapabilme algısı olarak tanımlanır (Bandura 1989). Bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı olarak da tanımlanmaktadır (Bandura 1982).

Genel bir durumla değil spesifik bir durumla ilişkili olan öz-etkililik ilk defa Amerikan psikolog Albert Bandura 1977 yılında ileri sürülmüştür. Öz-etkililik kuramı öz-etkililik beklentisi, sonuç beklentisi ve dürtü gibi anahtar kavramları kullanan davranışı tahmin eden ve açıklayan sosyal bilişsel kurama dayanır (Bandura 1991, Schwarzer ve Fuchs 1995). Güçlü bir bireysel yeterlilik hissinin; daha sağlıklı olma,

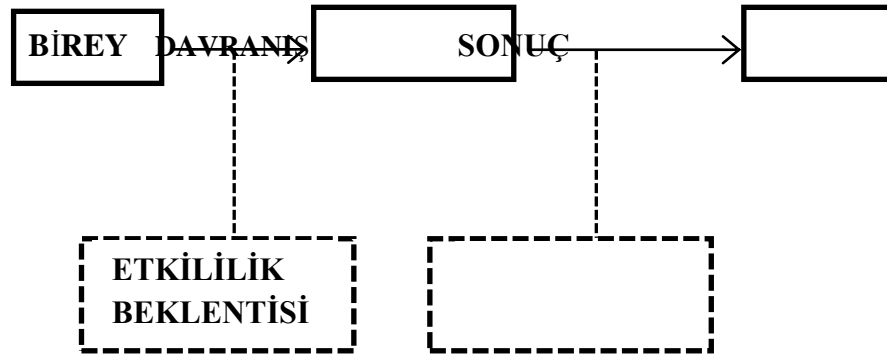
daha yüksek başarı ve daha sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla bu kavram; okul başarısı, emosyonel bozukluklar, mental ve fiziksel sağlık, kariyer seçimi ve sosyo-politik değişim gibi pek çok farklı alanda kullanılabilir (Schwarzer ve Fuchs 1995).

Öz-etkililik yetenekli olmaya değil, ama kişinin kendi kaynaklarına güvenmesine karşılık gelir. Bir durumla baş etmede yeterli becerileri olan, ancak öz-etkililiği düşük olan kişi, söz konusu becerilerini harekete geçiremeyecektir (Bandura 1991). Öz-etkililiğin öğrenme ve davranış arasında önemli bir role sahip olduğu Bandura tarafından vurgulanmaktadır. Bandura'ya göre gözleyerek öğrenme, sadece bir kişinin diğer bir kişinin etkinliklerini basit olarak taklit etmesi değil, çevredeki olayları bilişsel olarak işlemeyle elde edilen bir bilgidir Bandura'nın sosyal bilişsel öğrenme kuramının temel ilkelerinden birisi karşılıklı belirleyiciliktir. Karşılıklı belirleyicilik ilkesinde; bireysel faktörler, bireyin davranışı ve çevre birbirini etkilemekte ve bu etkileşimler bireyin bir sonraki davranışını belirlemektedir. Davranış çevreyi, çevre ise davranışı değiştirebilir. Bandura'ya göre insanlar çevrelerini belirli yollarla etkilemekte, değiştirmekte, çevre de insanların davranışlarını değiştirmektedir (Bandura 1991).

Öz-etkililik algısı bireyin kendisiyle ilgili davranışların seçimini (yeteneklerini algılamasını), bir davranışta harcayacağı çabayı (motivasyonunu), bir güçlükle karşılaştığında göstereceği sabrı, duyacağı kaygı ya da güven düzeyini (duygusal reaksiyonlarını) etkiler. Yeterliliği yüksek olan birey bir işin üstesinden gelmek için daha çok çaba harcar ve denemekten korkmaz, harekete geçmek için güdülerini engelleyebilir ya da arttırabilir. Kavram sonuç olarak güçlü bir öz-etkililik algısının, daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğunu öne sürmekte olup; sonuçların kişinin hareketleri tarafından belirlendiğini vurgulamaktadır (Bandura 1977).

Öz-etkililik kuramı davranışı etkileyen sonuç ve etkililik olmak üzere iki beklenti tipi öne sürer. Bandura inançların önemini ve etkililik beklentisi (efficacy expectancy) ile sonuca ilişkin beklenti (outcome expectancy) arasındaki farkı vurgulamıştır. Aşağıdaki şekilde sonuç beklentisi ile etkililik beklentisi arasındaki fark gösterilmiştir (Bandura 1977)

Şekil 2.1: Sonuç Beklentisi ve Etkililik Beklentisi Arasındaki Fark



“Etkililik beklentisi (yetkinlik/yeterlik beklentisi)”, istenen sonucu ortaya çıkarmak için bireyi gerekli davranışları yerine getirebileceğine dair kendisine olan inancı ve yargısıdır. Bu inanç bireyin bir davranışa başlama, devam ettirme ve bunu yaşamına yansıtma sürecinde etkili olduğundan, öz-etkililik beklentisinin düşük olması bireyin performansını olumsuz yönde etkiler. “Sonuca ilişkin beklenti” ise bir görevi yerine getirmenin olası sonuçlarının tahmin edilmesidir. Başka bir ifade ile bireyin gerçekleştirdiği davranışın belli bir sonucu ortaya çıkaracağına ilişkin kendi kendine yaptığı değerlendirmedir (Bandura 1977, Bandura 1989).

Öz-etkililik beklentisini etkileyen, bireyin kendisi ile ilgili yargısı ve inancını belirleyen 4 temel kaynak vardır.

1) Bireyin Geçmiş Deneyimleri: Öz-etkililik birikiminin en önemli kaynağı bireyin daha önce deneyimlediği başarılarıdır. Bir işi başarılı bir şekilde tamamlama öz-yeterlik algısını güçlendirirken başarısızlık bu algıyı azaltabilir. Birey tekrarlayan bir şekilde bazı davranışları gerçekleştirebiliyorsa öz-etkililik algısı artmaktadır. Aynı şekilde bireyin tekrarlayan bir şekilde bir davranışı göstermede başarısız olması, o davranışa yönelik öz-etkililik algısının azalmasına neden olmaktadır. Bireyin öz-etkililik algısının geliştirilmesi ile sonraki dönemlerde bireyin o davranışa özgü yaşadığı geçici başarısızlıklardan öz-etkililik algısının etkilenmeyeceği belirtilmektedir (Bandura 1977, Glanz vd 2008).

2) Başkalarının Deneyimleri: Bireyin çevresindeki kişilerin/ başkalarının istenen/gerekli davranışı başarılı bir şekilde gerçekleştirme deneyiminin gözlenmesi ve

bunun farkında olunması güçlü öz-etkililik algısı yaratmadaki bir diğer yoldur. Birey gözlemlenmesiyle edindiği bu deneyimi kendi yaşantısına aktararak, onun başarısından kendisi için çıkarımda bulunarak kendisi ile ilgili olan algısını artırır. Bir kişi, başkalarının başarılı olduğu davranışları gözlemleyerek, o davranışı kendisinin de yapabileceğine olan inancı gelişmektedir. Bu durum özellikle bireyin diğerleri ile aynı yeteneğe sahip olduğunu düşündüğü durumlarda daha fazla etkili olmaktadır (Bandura 1977, Glanz vd 2008).

3) Sosyal Destek ile Bireyin Kendi Yeteneğine İnanması: Kişinin bir davranış yapabileceğine dair başkaları tarafından cesaretlendirilmesi, teşvik edilmesi onun kendi kapasitesine olan inancını güçlendirir. Bir bireyi bir davranışı gösterme konusunda cesaretlendirmek, kişinin davranışı gösterme olasılığını arttırmasına neden olmaktadır. Bu şekilde sözel ikna kişinin zor yerine getirebileceği davranışlar üzerinde çok etkili olmasa da, başarı büyük ölçüde özel bir yetenekten çok bireyin çabasına bağlı olduğu için dışsal motivasyon davranışı gerçekleştirilmede yardımcı olabilmektedir

4) Durumsal Faktörler: Duygusal ve fizyolojik durum öz-etkililik beklentisini etkileyebilir. Kişinin kendi kapasitesine olan güvenini belirlemede psikolojik durumu ve fiziksel sağlığı önemli bir belirleyicidir. Örneğin, yoğun stres reaksiyonları olumsuz duygu durumu ve fiziksel hastalıklar bireyin öz-etkililik algısını değiştirebilir ya da azaltabilir (Bandura 1977, Glanz vd 2008).

Güçlü bir öz-etkililik başarı ve iyilik halinin oluşmasını ve en önemlisi kişisel gelişimi ve becerilerin çeşitlenmesini sağlar. Önceki başarılı deneyimler, kişisel olarak benzer özellikleri taşıyan diğer insanların başarı örnekleri, çevreden gelen olumlu geribildirimler ve olumlu duygu durum öz-etkililik inancını besleyen kaynaklardır. Bir eylem başarısızlıkla sonuçlandığında, öz-etkililiği yüksek olan bir kişi, bu başarısızlığı kendi eksikliğine değil, kullanılan yöntem ve stratejilerin yanlışlığına bağlar (Yıldırım ve İlhan 2010).

2.11. Diyabet ve Öz-etkililik

Öz-etkililik bireylerin hem sağlıkla ilgili davranış değişim niyetlerinde hem de eylemin kontrolü aşamasında oldukça önemlidir (Redding 2000). Diyabet gibi kompleks tedavi ve bakım gerektiren sağlık sorununa sahip bireylerin, yaşam biçimi değişiklikleri yapmak üzere adımlar atması ve hastalık süreci ile baş edebilmek için yeni

beceriler öğrenmesinde öz-etkililik inançları ve sonuçtan beklentileri önemli rol oynar (Van der Wen vd 2003). Hastaların diyabetin tedavisine yönelik davranışlarını kontrol edebilmeleri açısından, kendi güçlerini algılayışlarını değerlendirmek amacıyla uygulanan diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algılarını incelenmesi oldukça önemlidir (Kartal 2006). Yapılan çalışmalarda tip 2 diyabetli hastalara verilen eğitim programları ile hem bireysel yönetim becerilerinin hem de öz-etkililik algılarının iyileştirilebileceği belirlenmiştir (Funnell ve Anderson 2004, Kartal 2006).

Bir olayın çözümünde etkili olabileceğine inanan bir kişi daha aktif ve daha etkin davranabilir ve kendisine daha fazla güvenir. Örneğin diyabetin tedavisi için egzersizin gerekliliğini bilen ve bu aktiviteyi yapabileceğine inanan bir kişi aynı zamanda bu davranışı eyleme geçirir ve sürdürür. Kişi düzenli olarak, yürüyüş, yüzme ya da aerobik hareketler gibi egzersizleri yapabilir (Redding 2000). Hemşirenin bireye kapsamlı bakım verebilmesi için, onun hastalığı hakkında bilgi sahibi olması, bireyi fiziksel, biyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve politiko-ekonomik olmak üzere tüm boyutları ile ele alması, bakımı bireye özgü olarak planlaması ve uygulaması gerekir. Bakımı vermeden önce bireyin hastalığına ilişkin öz-etkililik algısının bilinmesi hemşirenin daha etkin bir bakım vermesine büyük ölçüde yardımcı olacaktır (Birol 2002). Hemşire, bireyde herhangi bir sağlık davranışını geliştirmeye veya değiştirmeye başlamadan önce bireyin algıladığı öz-etkililik beklentilerini değerlendirmeli, bireyi kapasitesinin çok üstünde veya çok altında ki davranışlara yönlendirmemelidir (Gözüm ve Bağ 1998).

2.12. Diyabet ve İyilik Hali

Sağlık olgusu, genel olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımladığı üzere; sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, insanın fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde bulunmasıdır (Öz 2004). Tanımlamanın dikkat çeken bir yönü sağlığın iyilik hali kavramı ile açıklanmış olmasıdır (Doğan 2006). Sağlığın tanımında yer alan, insanın fiziksel ve ruhsal yönleri, tıp ve sağlık bilimleri tarafından açıklanabilir olmasına karşın, “tam iyilik halini” bilinen ölçeklerle tanımlayabilmenin mümkün olmadığı ve özellikle “sosyal yönden tam iyilik hali” kavramının yeterince açıklanamadığı düşünülmektedir (Alan 2008).

İyilik hali kavramı, insanın bedensel, ruhsal ve sosyal olarak bir bütün olduğunu ve bu bütün içinde iyiliğini korumak, sürdürmek ve geliştirmek için kendi sorumluluğunu taşıdığı bir yaşam stilini vurgulamaktadır. Literatürde en iyi bilinen tanımlardan birine göre iyilik hali “bireyin sosyal ve doğal çevresi içinde tam ve işlevsel olarak yaşaması için beden, zihin ve ruhun birleştiği optimal sağlık yönelimli bir yaşam biçimi ve iyiolma durumudur” (Myers vd 2000). Bütüncül hastalık - sağlık modelinin dikkate alındığı çalışmalarda, geleneksel sağlık anlayışından öte, artık daha çok yaşam biçimi ve “yaşam kalitesi” kavramlarına vurgu yapılmaktadır. Sağlık bağlamında ele alındığında yaşam kalitesiyle anlatılmak istenen; kronik hastalıklarda ortaya çıkan hastalık belirtilerinin kontrol altına alınması ve bireyin hastalığı ile birlikte yaşamdan doyum sağlamasıdır. Bir başka deyişle, sağlıkta yaşam kalitesi, iki parametrelilik iyilik halinden söz eder; bunlardan birincisi bireylerin gündelik aktivitelerini yerine getirme yeteneğini temsilen fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hali, ikincisi ise; hastalık kontrolündeki etkinlikle ortaya çıkan hasta doyumudur. Bu yaklaşımlardan da anlaşılacağı üzere iyilik hali, öznel bir durumdur. Bireyin kültürel yapısı, değer yargıları, beklentileri, yaşam standartları, amaçları ve endişeleriyle ilgili öznel algılamalarının bir bütünüdür (Bottomley 2002).

Diyabet özelinde hemen hemen bütün kronik hastalıklarda sadece hastalığın biyolojik boyutu değil, aynı zamanda psikolojik boyutunda da bozukluklar yaşanmaktadır. Özellikle batılı toplumlarda bu tür kronik hastalık durumlarında hastaya müdahale, bir ekip tarafından yapılmaktadır. Doktor, psikolog, fizyoterapist, hemşire ve sosyal çalışmacıdan oluşan grup çoklu disiplinli bir yaklaşımla tedaviyi gerçekleştirmektedir (Alan 2008).

Tüm Avrupa ülkelerinden hasta organizasyonları temsilcileri ve hükümetlerin sağlık departmanları, 1989 yılında Dünya Sağlık Örgütü/Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (WHO/IDF) izni ile İtalya'da diyabet uzmanlarıyla buluştular. Bu buluşma, St. Vincent Deklarasyonu'nun yayınlanmasıyla sonuçlandı. Bu deklarasyon, diyabetli kişilerin psikolojik iyilik halinin, diyabet ekibi tarafından korunmasına veya iyileştirilmesine yardımcı olacak kılavuzları da içermektedir. Bu kılavuzlardan birisi de, psikolojik iyilik halidir. Hasta, diyabet kontrolünün takibine ek olarak, standart anketler kullanılarak takip edilmelidir. Psikolojik iyilik hali, diyabet yönetiminde önemli hedeflerden olmasına rağmen, diyabetin psikolojik etkilerine çok az önem

verilmektedir. Psikolojik iyilik halinin izlenmesi, psikolojik sorunların erken dönemde saptanmasını sağlayarak bunların tartışılmasını ve bu sorunların sonucunda verilecek tedaviyi kolaylaştırmaktadır (Tahmiscioğlu 2008).

Diyabetli birey, günlük yaşantısında diyabet eğitimcisi, sağlık ekibi üyeleri, ailesi ve arkadaşlarından aldığı destekle diyabet yönetimini bireysel olarak gerçekleştirir. Diyabetli hastanın günlük diyabet yönetimini başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmesi için yeterli bilgi, beceri ve olumlu tutumlara sahip olmalıdır. Hastaların kendi sağlıklarına özellikle kendi tedavisine ilişkin inanışlarıyla, tutum ve davranışlarıyla, iyilik halleri diyabet tedavisinin temelini oluşturmaktadır. Diyabetle başa çıkmak için hastanın iyilik halinin pozitif olmasına, kendi kendine bakım becerilerine, hastalık hakkında pek çok bilgiye, sağlığına ve kendine bakım konusunda pozitif tutum almasına gereksinim vardır. Öncelikle hastanın;

- Sağlığının önemli olduğuna,
- Bir hastalığı olduğuna,
- Hastalığının ciddi, yaşam boyu sürecek bir hastalık olduğuna,
- Hastalığa ilişkin yakınmaların giderilmesi, risklerin azaltılması ve yaşam kalitesinin düzeltilmesinin ve hastalığın tedavisinin mümkün olduğuna,
- Tedavinin yolunda gitmesinin hastanın bilgi ve katılımını gerektirdiğine, ancak bu işin zor olmadığı gibi zevkli bir biçime sokulabileceğine,
- Davranış ve yaşam biçimindeki ufak değişikliklerin sonuçlarının çok büyük ve ucuz olduğuna, ek olarak ekonomik katkılar gerektirmediğine, oysa yan etkiler oluştuktan sonraki ödemelerin çok pahalı olduğuna,
- Doğru bilgi ve davranış ile yaşam süresinin kısalmadığına,
- Evlenme ve çocuk sahibi olmak gibi doğal beklentilerin iyi metabolik kontrol varsa gerçekleşmesine engel bulunmadığına, belki sadece çocuk sayısının kısıtlı tutulmasının gerekli olduğuna,
- Diyabet tedavisinde; öncelikle, hastanın kontrolünün önemli olduğuna, ekip çalışması gerektiğine, her zaman danışabileceği bir ekip veya hekim karşısında olduğuna inandırılması gerekmektedir (Dinççağ 2001).

Bireyin sağlığı ve iyilik hali ile sürdürmekte olduğu yaşam tarzı birbiri ile yakından ilişkilidir. İyilik hali hareketi, sağlığı güçlendiren faktörleri saptamayı ve bireylerin yaşama biçimlerinde bu yönde değişiklikler yapmayı amaçlamaktadır.

Bireylerin sürdürdükleri yaşambişimleri onların kaderi değildir. Farkındalığı artıracak uygun eğitim programlarıyla bireylerin iyilikhalini artıran sağlıklı bir yaşam tarzını seğmeleri sağlanabilir (Doğan 2006).

2.13. Diyabet Hemşireliği

Kronik bir hastalık olan ve makro ve mikroanjiyopati komplikasyonları nedeniyle multiorgan hasarına neden olan diyabetin bakım, izlem ve tedavisinde birden fazla disiplin katkısına ve koordinasyonuna ihtiyaç duyulmaktadır. Bu açıdan diyabet multidisipliner bir ekiple yönetilmesi gereken bir hastalıktır (WEB_4).

Diyabet bakım ve tedavisini sürdüren ekip üyeleri içinde hemşireler, hekimler, diyetisyenler ve sosyal hizmet görevlileri, diğer sağlık bakım profesyonelleri, diyabetli bireyin ailesi ve arkadaşları yer alır. Ekip; destek, danışmanlık, eğitim ve uzmanlık sağlamak üzere birlikte çalışırken, seçimi diyabetli birey yapar ve son kararı yine o verir, üyelerin çeşitliliği nedeniyle rollerin esnek ve değişebilir olması için ekibin dinamik olması gerekir. Ekibin her üyesi kendine özgü uzmanlık bilgisini ortaya koyarken, işbirlikçi bir tutum sergilemelidir (WEB_3).

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) ve Amerikan diyabet eğitimcileri birliği (American Association of Diabetes Educator-AADE) diyabet hemşiresi görev tanımını yaparken “Diyabet hemşiresi; diyabetlinin diyabet bakımını ve eğitim gereksinimlerini değerlendirmek, hemşirelik tanıları geliştirmek, hemşirelik bakım ve eğitimini uygulamak ve değerlendirmek için diyabetli bireyler, aileleri, gruplar ve toplum ile çalışır” ifadesini kullanmaktadır. Avrupa Diyabet Hemşireliği Derneğinin (Federation of European Nurses İn Diabetes FEND) tanımı şöyledir: Diyabet alanında çalışan hemşire, eğitimci, danışman, yönetici, araştırmacı, iletişim ve değişim rollerine sahip olan, diyabet yönetiminde ileri düzeyde bilgi ve beceriye sahip klinisyen hemşiredir (WEB_3).

2.14 Diyabet Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Diyabetli hastaların kendi kendine bakım ve kullandıkları ilaçlar gibi çeşitli konularda eğitimi, bakımı ve izleminde hemşirelerin çok önemli bir rolü bulunmaktadır. Bu açıdan ölkemizde diyabet hemşiresi veya diyabet eğitim hemşiresi olarak çalışan çok sayıda hemşire bulunmaktadır (WEB_4).

Diyabet hizmetlerinin sunumunda hemşirenin diyabetli hastada sağlığı geliştirme ve yaşam kalitesini yükseltmede eşsiz bir yere sahip, önemli bir ekip elemanı olduğu belirtilmekte, hemşireler aile ve hasta ile bütüncül bir yaklaşımla terapötik etkileşime girerlerse, hastanın diyabeti anlaması ve diyabete uyumunu arttıracakları vurgulanmaktadır (McDonald vd 1999). Hemşirelerin diyabet bakımındaki rolleri; eğitim, destek ve danışmanlık olarak tanımlanmakta, gerek klinikte gerekse günlük yaşamı içinde diyabetli hastanın öz bakımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve desteklenmesi, ayrıca diğer sağlık çalışanları için eğitim ortamının hazırlanması hemşirenin sorumlulukları olarak ifade edilmektedir (McDonald vd 1999, Peters vd 2001). Diyabet hemşirelerinin rolü çalışma merkezinin ve bölgenin özelliklerine göre esneklik gösterir. Anahtar rolü, diyabetli bireyler için eğitimi koordine etme, planlama, uygulama ve değerlendirmedir (Peters vd 2001).

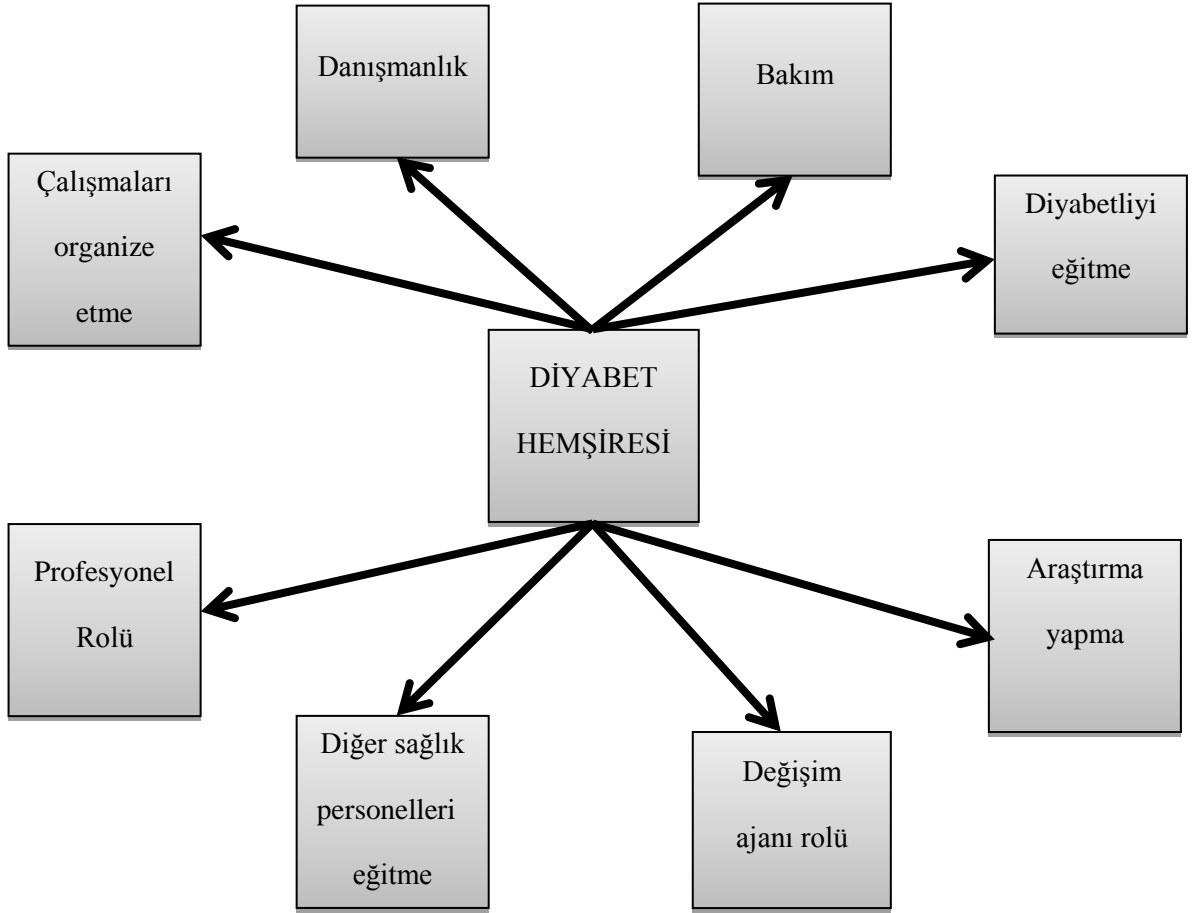
Diyabet bakım ve izleminde görev alan hemşirelerin sorumlulukları şu şekilde özetlenebilir:

- Hasta ve hasta yakınlarının eğitimi
- Hasta bakımının ve izleminin planlanması ve uygulanması
- Hasta ve hasta yakınlarına danışmanlık hizmeti vermek
- Hasta izleminin gerçekleştirilmesi
- Ekip ile diyabetli bireylerin yönetiminde görev alan diğer merkezler ve sağlık görevlileri arasında işbirliğinin sağlanması
- Hastanın ihtiyaçları ile ilgili olarak diğer ekip üyelerine bilgi verilmesi ve gerekirse hastanın yönlendirilmesi (WEB_4)

Saint Vincent Deklarasyon kararlarında diyabet hemşiresinin multidisipliner ekip içerisindeki rol ve sorumlulukları;

- Ekibin hedef ve stratejilerinin belirlenmesinde görev alma,
- Hastaları ve aileleri eğitme,
- Ekip ve diyabetli bireylerin eğitimin ve hastalık yönetimlerinde görev alan diğer merkez/kurumlar ve sağlık çalışanları arasında işbirliğini sağlamak olarak açıklanmıştır (Fadıloğlu vd 2003).

Şekil 2.2: Diyabet Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları (Grezebalski 1997)



Diyabet sağlık ekibi üyelerinin karşı karşıya kaldığı sorunlar büyük oranda ülkemizdeki genel sağlık insan gücünün yaşadığı sorunlar ile örtüşmektedir.

Genel olarak hemşirenin yaşadığı sorunlar şöyledir:

- Diyabet hemşiresi sayısının yetersizliği
- Sağlık kuruluşlarının çoğunda hasta eğitim odalarının olmaması
- Kadro ve görev tanımının olmaması
- Sosyal Güvenlik Kurumu sisteminde fiyatlandırma ve performans uygulamalarından kaynaklanan sorunlar ve bunlara bağlı motivasyon kaybıdır (WEB_4).

Profesyonel sağlık ekibi üyelerinin, özellikle hemşirelerin kronik hastalığı olan bireye eğitim, bakım, danışmanlık, çalışmaları organize etme, değişimin temsilcisi olma, kaynak kişi olma gibi sorumlulukları vardır. Hemşire umutsuzluk yaşayan

bireylerin sorunları ile baş etmeleri için profesyonel yardımda bulunabilmelidir. Özellikle yaşlı, eğitimi az, evli, dul ve gelir düzeyi düşük hastalarda kronik hastalığın umutsuzluk duygusunu artıran bir etmen olduğunu bilmesi bu kişilere bireysel bakım planlaması için hemşirenin göz önüne alacağı bir bilgidir (Bayramova ve Karadakovan 2004).

Bireylerin öz bakım güçlerinin geliştirilmesi ve desteklenmesi, hastalıklarını kendi ortamlarında kontrol edebilmeleri, hastalık sürecinin olumsuzluklarından ve belirsizliklerinden kurtulabilmeleri için sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirenin desteğine büyük gereksinim duyulmaktadır.

2.15 Diyabet Eğitimi

Diyabet yönetiminin en önemli parçası, diyabetlinin hastalığı hakkında bilgilendirilmesi ve hastalığı ile baş etmesi konusunda bilgilendirilmesidir. Bu bağlamda; diyabetlinin eğitimi tedavinin vazgeçilmez temel taşlarından biridir. Diyabet eğitiminde amaç; diyabetik hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlamak, hastalığın daha iyi kontrolü ile ulaşılabilecek yan etkilerden korumak, tedavi giderlerini azaltmak, tedavi hatalarını azaltmak ve hastanın yeni teknolojiyi kullanabilir olmasını sağlamak amacı ile bilgi ve deneyimini arttırmak için sürdürülen bilgi ve deneyim aktarımı ile ilgili tüm çalışmaları içermektedir (Fadıllıoğlu 2003).

Diyabet Eğitimi Programı İçeriği:

1. Diyabet Konusundaki Genel Bilgiler
2. Diyabette Laboratuvar İzlemi-Önemi ve Yöntemleri ile İlgili Bilgiler
3. Tıbbi Beslenme Tedavisi ile İlgili Bilgiler
4. Egzersiz ile İlgili Bilgiler
5. Oral Antidiyabetik İlaçlar İle İlgili Bilgiler
6. İnsülin İle İlgili Bilgiler
7. Tedavi Hedefleri İle İlgili Genel Bilgiler
8. Akut Komplikasyonlarla İlgili Genel Bilgiler
9. Kronik Komplikasyonlarla İlgili Genel Bilgiler
10. Diyabetik Ayak İle İlgili Bilgiler
11. Diyabet Yönetiminde Kimlik Bildirimi İle İlgili Bilgiler

2.16. Diyabette Bireysel Yönetim Eğitimi

Diyabetli bireyler için diyabette bireysel yönetim eğitimi başka bir deyişle, diyabette öz yönetim eğitimi metabolik hedeflere ulaşmayı amaçlar ve diyabetli bireyler için bakımın temel taşını oluşturur. Diyabette bireysel yönetim eğitiminin kalitesini saptamak ve sağlık bakımının çıktılarını değerlendirmek için amacı ile yenilenmesi ve düzenlenmesi ön koşulu getirilen standartlar belirlenmiştir.

Yapı Standartları

Standart 1. Diyabette bireysel yönetim eğitiminin belirlenmiş bir yapısı, misyon ve amaçları olmalıdır ve diyabet bakımının ayrılmaz bir parçasıdır.

Standart 2. Diyabette bireysel yönetim eğitiminde hedef kitle belirlenmeli, eğitim gereksinimleri değerlendirilmeli ve belirlenmeli, hedef kitlenin bireysel yönetim ihtiyaçlarını karşılayacak gerekli kaynaklar sağlanmalıdır.

Standart 3. Uzman ekip ve diğer bireylerden oluşan kurulu bir sistem veri analizleri ve sonuçların ölçümlerini içeren sürecin yıllık olarak yenilenmesi ve planlanmasında yer almalı ve toplumun endişe ve kaygıları bildirilmelidir.

Standart 4. Diyabette bireysel yönetim eğitimi program yönetiminde ve kronik hastalıklı bireylerin bakımlarında akademik veya klinik deneyimli bir koordinatör gereklidir.

Standart 5. Diyabette bireysel yönetim eğitimi diyabetli bireyin eğitim ekibi ile iletişim ve etkileşimini sağlar. diyabet ekibi, davranış bilimci, fizyoterapist, oftalmolojist, optometrist, eczacı, diyetisyen, uzman hemşire, diğer sağlık bakım uzmanlarından oluşur. Ekip en az uzman bir hemşire ve uzman bir diyetisyenden oluşmalıdır.

Standart 6. Diyabette bireysel yönetim eğitimini sağlayan ekip üyeleri, düzenli bir şekilde davranışsal müdahaleler, öğretme ve öğrenme becerileri konularında eğitilmiş olmalıdır.

Standart 7. Başarılı öğrenme sonuçlarının değerlendirilmesiyle birlikte yazılı bir eğitim programı oluşturulmalıdır.

Süreç Standartları

Standart 8. Bireye özgü değerlendirmeler ve geliştirilen eğitim planı, katılımcı ve eğitimciler arasındaki tekrarlanan değerlendirmeler bireye özgü eğitim materyalleri ve uygulamaların seçilmesini sağlayacaktır.

Standart 9. Bireylerin, eğitim planının ve uygulamalarının değerlendirmelerinin belgelendirilmesi ve sürekli eğitim kayıtlarında bulundurulması gereklidir.

Sonuç Standartları

Standart 10. Diyabette bireysel yönetim eğitimini verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek ve gelişim fırsatlarını tanımlamak için kalite gelişim sürecinin devamlılığını sağlayacaktır (Funnell vd 2008).

3. MATERYAL METOD

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Bölge/Yerin Tanıtılması

Bu araştırma Denizli Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama hastanesinde yapılmıştır. Hastane şu an 663 yatak sayısı ile hizmet vermektedir. Hastanede 560 hekim ve 487 hemşire bulunmaktadır.

Araştırma, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesinin endokrin polikliniğinde yapılmıştır. Genel endokrin polikliniği, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Poliklinikler binası 2. katında bulunmaktadır. Hafta içi her gün 100-120 arasında hasta görülmekte ve gerek görüldüğünde hastaların ihtiyaçları göz önüne alınarak bu sayı arttırılmaktadır. Poliklinik hizmetleri randevu sistemiyle yürütülmektedir. İki tane diyabet hemşiresi bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Bu araştırma da Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi endokrin polikliniğine başvuran Tip 2 diyabetli hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Şubat- Mayıs ayları arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi endokrin polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırma kriterlerine uygun 200 tip 2 diyabet hastası araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Görme, işitme, inme gibi kronik komplikasyonu gelişen hastalar, tip 1 ve gestasyonel diyabeti olan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak aşağıda belirtilen araçlar kullanılmıştır.

1. Diyabetli Hastaların Tanıtıcı Özelliklerini Belirleme Formu (EK I)
2. Kısa Yeti-yitimi Anketi (EK II).
3. Diyabet Hastalarında Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği (EK III).
4. İyilik Hali Ölçeği (İHÖ) (EK IV)

3.5.1. Diyabetli Hastaların Tanıtıcı Özelliklerini Belirleme Formu (Ek I)

Bu form da diyabetli hastaların sosyo demografik özelliklerine ilişkin bilgileri içeren (cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, aylık gelir durumu, gelir durumunu tanımlama, sosyal güvence, sigara kullanma ve alkol kullanma) 10 soru bulunmaktadır. Ayrıca hastaların diyabet ve diyabeti kontrol etme durumlarına ilişkin bilgileri içeren (diyabetin süresi, birinci derece yakınlarında diyabet varlığı, şuan ki diyabet tedavi tipi, hastanın diyabet tedavisine uyumu, düzenli kan şekeri ölçümü yaptırma durumu, ölçüm yaptırma sıklığı, beslenmeye uyum düzeyii, egzersiz yapma durumu, egzersiz yapma sıklığı, doktor kontrolüne gitme sıklığı, diyabete bağlı komplikasyon bilgisi, kendisinde komplikasyon gelişme durumu, diyabetin ciddi ve tedavi edilebilirliğine yönelik algı durumu, sosyal destek alma durumu, planlı eğitim alma durumu ve sağlıklarını tanımlama durumu) 17 soru bulunmaktadır.

3.5.2. Kısa Yeti Yitimi Anketi (Ek II)

Kısa Yeti Yitimi Anketi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen son bir aylık dönemdeki bedensel ve sosyal yeti yitimini değerlendiren 11 soruluk bir ankettir.

Ölçeğin ilk sorusu altı ayrı günlük uğraşın yerine getirilmesinin sağlık sorunları nedeniyle engellenip engellenmediğini araştırmaktadır. Bu ölçekte fiziksel fonksiyonellik boyutu ilk altı soru ile bireylerin sağlık ya da hastalık durumlarının merdiven ya da yokuş çıkma, yürüme, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, eğilmek – doğrulmak, yemek yemek, banyo yapmak gibi aktiviteleri engelleyip engellemediğini, fiziksel sınırlamaların varlığını ve düzeyini belirlemektedir.

Kişilerin sağlık sorunlarından dolayı rol sınırlamalarını değerlendirebilmek için, diğer beş soruda sağlık sorunlarının hobileri, günlük işleri, çalışma isteğini, verimini ve kişiler arası ilişkileri etkilemesi durumlarına yer verilmiştir. Bu sorular kişilerin son bir ay içerisinde iş, okul ve evdeki günlük aktiviteler için ayırdıkları ve yaptıkları aktivitelerin türlerinde sınırlamalarla karşılaşmış ve karşılaşmadıklarını ölçmektedir.

Son üç soru ise sağlık sorunları nedeniyle günlük işlerini aksatma, evde gün geçirme, yatakta gün geçirme durumlarını belirlemektedir.

Her soru için seçilebilecek üç ayrı yanıt seçeneği vardır. Katılımcılar “hayır, hiç” şıkkını seçtiklerinde 0 puan “evet, bazen ya da biraz” şıkkını seçtiklerinde 1 puan, “evet, her zaman ya da oldukça” şıkkını seçtiklerinde 2 puan alırlar. Her soru için alınan puanların toplamı ile belirlenen “toplam yeti -yitimi puanı” 0–22 arasında bir değerde olabilmektedir. Katılımcıların aldıkları toplam yeti-yitimi puanı, 0–4 ise “yeti yitimi yok”, 5–7 ise “hafif yeti yitimi”, 8–12 ise “orta ağırlıkta yeti yitimi” ve 13 ve daha fazla ise “ağır yeti yitimi” olarak tanımlanır. Anketin sonunda bulunan son üç soru ise evet hayır olarak değerlendirilir (Kaplan 1995).

3.5.3. Diyabet Hastalarında Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği (Ek III).

Tip 2 diyabet hastalarında diyabet yönetimine ilişkin “Öz-etkililik Ölçeği”, diyabet hastalarının kendi bakım aktivitelerini yerine getirme konusunda kendi gücünü algılayışını saptamak amacıyla Van Der Bijl ve arkadaşları tarafından (1999) batı kültürüne uygun olarak geliştirilmiştir. Ölçeği oluşturan maddeler şu aktiviteler üzerine temellendirilmiştir (Van Der vd 1999, Usta Yeşilbalkan 2001).

1. Diyabet tedavisi için yapılması gereken aktiviteler (ilaç kullanımı, diyet, fizik egzersiz),
2. Kendini izleme, kendini kontrol etme (kan şekeri değerini bilmek, vücut kilosu, ayak kontrolü, genel sağlık durumu),
3. Kendi aktivitelerini düzenlemek (hipoglisemi, hiperglisemi düzeltilmesi, tatil hazırlanma beslenmede değişim, fazla vücut kilosu, hastalık ve stres durumunda kendini kontrol etme).

Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 1’den 5’e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir (1=Kesinlikle hayır, 2= Nadiren, 3=Bazen, 4=Çoğu zaman, 5=Kesinlikle evet). Ölçekten alınacak en düşük puan 20, en yüksek puan

100'dür. Ölçek, Özel beslenme ve kilo (6, 13, 14, 15, 16) , Fizik egzersiz (8,11, 12) , Kan şekeri (1, 2, 3) , Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü (4, 5, 7, 9, 10, 17, 18, 19, 20) olmak üzere toplam 4 alt ölçekten oluşmaktadır (Van Der vd 1999).

Ölçeğin genel değerlendirmesinde; tüm alt ölçeklerin madde puan ortalamalarından elde edilen genel puan ortalamasına göre, puan ortalamasının altındakiler öz-etkililiği düşük, puan ortalamasından yüksek değer alanlar öz-etkililiği yüksek olarak kabul edilmektedir (Van Der vd 1999).

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında İzmir'de Usta tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda tüm ölçek için Cronbach alpha değeri 0.89, test tekrar test güvenilirliği ise 0.98'dir (Usta Yeşilbalkan 2001). Ayrıca 2006 yılında Erzurum'da Kara ve arkadaşları tarafından ölçeğin tekrar kültürlerarası uyarlama çalışması yapılmış ve Cronbach alpha değeri 0.89, test tekrar test güvenilirliği 0.91 bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda ölçeğin toplam varyansın % 55.2'sini açıkladığı belirlenmiştir (Kara 2006). Ölçüm aracının bu çalışma için güvenilirlik ölçütü olarak kullanılan Cronbach alfa katsayısı 0.90 olarak belirlenmiştir.

3.5.4. İyilik Hali Ölçeği (İHÖ) (Ek IV)

Diyabetes Mellitus'un yaşam kalitesi üzerine olan etkisini araştırmak üzere 1980'den bu yana diyabete spesifik değişik ölçekler geliştirilmiştir. Bunlardan en önemlileri ise WBQ- Well Being Questionnaire'dir. Clara Bradley tarafından 1982 yılında, hastaların tedavisinde yapılan değişikliklerin, psikolojik iyilik haline olumlu veya olumsuz etkilerini araştırmak üzere geliştirilmiştir (Bradley 1994). Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şengül tarafından 1998 yılında yapılmıştır. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon tekniği ile ölçeklerin test-tekrar-test korelasyonları incelendiğinde, 12 gün ara ile yapılan birinci ve ikinci uygulamalardan elde edilen korelasyon katsayısı 0.91'dir. Cronbach's Alpfa değeri ise 0.81'dir. Bu araştırmada ölçeğin Alfa katsayısının 0.85 olduğu tespit edilmiştir. Ölçek diğer kronik hastalıklarda da kullanılmıştır (Şengül 1998). Ölçek primer olarak diyabet tedavisindeki değişikliklerin etkisini ölçmek için kullanılmıştır ve yoğun diyabet tedavisinin yaratacağı olumsuz etkileri en hassas şekilde tespit edebilecek düzeydedir. Ölçek 22 maddeden oluşur, depresyon, anksiyete, pozitif iyilik hali ve enerjiyi ölçen dört alt skala içermektedir. Ölçekte her madde "0" (hiçbir zaman) ile "3" (her zaman)

arasında puanlanmıştır. Her madde için verilen puanlar, gerekli maddeler için ters skorlama yapıldıktan sonra toplanır. Alt skalalarda alınan yüksek puanlar, o skala için yüksek ruhsal iyilik haline işaret etmektedir. Genel iyilik hali ise depresyon ve anksiyete alt skalaları ters skorlama yapıldıktan sonra dört alt skalanın toplamı ile elde edilir. Genel iyilik halinde elde edilen puanın yüksek olması, genel iyilik halinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin skorlaması her maddeye verilen puanların toplamı ile elde edilmektedir. Puanın yüksek olması, diyabet tedavisinden memnuniyetin yüksek olduğunu göstermektedir (Şengül 1998)

İHÖ'nün 4 boyutta 22 soruya göre dağılımı ve puanlama skoru

Boyutlar	Maddeler	Puanlama Prosedürü
Depresyon	1-6	$12 - [(Madde\ 1+2-3-4+5-6)/18] \times 100$
Anksiyete	7-12	$6 + [(Madde\ 7+8+9+10-11-12)/18] \times 100$
Enerji	13-16	$6 + [(Madde\ 13-14-15+16)/12] \times 100$
Pozitif İyilik Hali	17-22	$[(Madde\ 17+18+19+20-21+22)/18] \times 100$
İyilik Hali Toplam	1-22	$[(36 - Depres. - Anksi. + Ener. + Poz. İyi. Hali)/66] \times 100$

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Veriler Şubat ve Mayıs 2012 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi endokrin polikliniğinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce araştırmaya katılan hastalara araştırma ve amacı konusunda bilgilendirme yapılmış ve kendilerinden sözlü onamlar alınmıştır. Daha sonra araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara “Tanıtıcı özellikleri belirleme formu” (EK I), “Kısa yeti yitimi anketi” (EK II), “Diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği” (EK III), ardından iyilik hallerini değerlendirmek üzere “İyilik hali ölçeği” (EK IV) uygulanarak veriler toplanmıştır. Tüm formların uygulanması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

3.7. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı Değişken

Diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algısı ve iyilik hali puan ortalaması araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.7.2. Bağımsız Değişken

Diyabetli hastalara ilişkin sosyo-demografik özellikler (cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, aylık gelir durumu, gelir durumunu tanımlama, sosyal güvence, sigara kullanma ve alkol kullanma), hastalıkla ilgili bazı özellikler (diyabetin süresi, birinci derece yakınlarında diyabet varlığı, şuan ki diyabet tedavi tipi, hastanın diyabet tedavisine uyumu, düzenli kan şekeri ölçümü yaptırma durumu, ölçüm yaptırma sıklığı, beslenmeye uyum düzeyi, egzersiz yapma durumu, egzersiz yapma sıklığı, doktor kontrolüne gitme sıklığı, diyabete bağlı komplikasyon bilgisi, kendisinde komplikasyon gelişme durumu, diyabetin ciddi ve tedavi edilebilirliğine yönelik algı durumu, sosyal destek alma durumu, planlı eğitim alma durumu ve algılanan sağlık ve yeti yitimi durumu araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin analizi SPSS 18.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirmesinde;

- Tip 2 diyabetli hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımları,
- Tip 2 diyabetli hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algısı ve iyilik halinin değerlendirilmesinde ortalama ve standart sapma,
- Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Kolmogorov Smirov analizi,
- Bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U Kruskal Wallis testi ve korelasyon analizi, ,
- Diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algısı ile iyilik hali arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2009).

3.9. Araştırmanın Etiği









Araştırmanın yürütülebilmesi için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Tıbbi Etik Kurulu'nda (Ek V) ve Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır (Ek VI).

Anket formu uygulanmadan önce bireylere araştırmanın amacı ve formların içeriği hakkında açıklamalarda bulunup, toplanacak bilgilerin gizli tutulacağı,

gerektiğinde araştırmadan çekilme hakkını kullanabilecekleri konusunda bilgi verilip, sözlü onamları alınmıştır.

3.10. Süre ve Olanaklar

Araştırma konusunun belirlenmesi amacıyla 2011 yılında hazırlık çalışmalarına ve literatür incelemelerine başlanmıştır. 2011 yılı Kasım ayında araştırma konusu belirlenmiştir. Araştırma 2012 yılı Ocak ayında tez önerisi olarak tez komitesine sunulmuştur. şubat- Mayıs ayları arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Endokrin polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden tip 2 diyabet hastalarından veriler toplanmıştır. Verilerin analizi ve araştırmanın yazımı Mayıs 2014 tarihine kadar tamamlanmıştır (şekil 1.1)

	<u>2011</u> <u>Haziran</u>	<u>Kasım</u>	<u>Aralık</u>	<u>2012</u> <u>Ocak</u>	<u>Şubat</u>	<u>Mayıs</u>	<u>Aralık</u>	<u>2013 Şubat</u>	<u>Mart 2014</u>	<u>Mayıs2014</u>
Literatür Tarama										
Araştırma konusunu belirleme (Danışman ile görüşme)										
Konu ile ilgili literatür inceleme										
Tez Önerisini hazırlama ve sunma										
Veri Toplama										
Verilerin İşlenmesi ve Analizi										
Tezin yazımı										
Tezin sunumu										

Şekil 3.1:Araştırmanın Zamanlaması

4. BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular diyabet hastalarının tanıtıcı özellikleri, diyabet hastalarında diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği ve iyilik hali ölçeği puan ortalamaları, hastaların tanıtıcı özellikleri ile öz-etkililik ölçeği ve iyilik hali ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması olmak üzere üç başlık altında toplanmıştır.

4.1. Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bilgiler

Tablo 4.1: Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişken	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	103	51.5
Erkek	97	48.5
Yaş		
30-39	69	34.5
40-49	70	35.0
50-59	32	16.0
60 yaş ve üzeri	29	14.5
Medeni durum		
Evli	140	70.0
Bekar	37	18.5
Dul- boşanmış	23	11.5
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	3	1.5
Okur yazar	14	7.0
İlkokul mezunu	50	12.5
Ortaokul mezunu	25	25.0
Lise mezunu	69	34.5
Yüksek öğrenim	39	19.5
Meslek		
İşçi	37	18.5
Memur	55	27.5
Serbest olarak kendi hesabına çalışan	23	12.0
Emekli	17	8.5
Ev hanımı	58	29.0
İşsiz- çalışmıyor	9	4.5
Toplam	200	100

Tablo 4.1'dehastaların sosyo demografik özelliklerine ilişkin bilgiler verilmiştir. Hastaların %51.5' i kadın, %48.5' i erkek, %35.0'ı 40-49 yaş grubunda, %70.0'i evli, % 34.5'i lise mezunu, %25.0' i ortaokul mezunu, %29.0'u ev hanımı, %27.5'i memurdur

Tablo 4.2: Hastaların Gelir Durumları, Sosyal Güvenceleri, Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

Değişken	Sayı	Yüzde (%)
Aylık gelir durumu		
500 TL altı	9	4.5
500 - 999 TL	50	25.0
1000 - 1500 TL	75	37.5
1500 TL üzeri	66	33.0
Sosyal güvence		
Sosyal güvence yok	10	5.0
Sosyal güvence var	190	95.0
Sigara kullanma durumu		
Evet	110	55.0
Hayır	90	45.0
Alkol kullanma durumu		
Evet	51	25.5
Hayır	149	74.5
Toplam	200	100

Araştırma kapsamına alınan hastaların %37.5'i 1000-1500 TL arasında, %33.0'ü 1500 TL ve üzeri gelir durumuna sahiptir. Sosyal güvencelerine göre dağılımları incelendiğinde ise %5.0'ininsosyal güvencesi yok, %95.0'ının her hangi bir sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır. Hastaların %55.0'inin sigara kullandığı, %45.0'inin sigara kullanmadığı, %25.5'inin alkol kullandığı, %74.5'inin alkol kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3: Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişken	Sayı	Yüzde (%)
Hastalığın süresi		
Bir yılın altında	20	10.0
1 - 4 yıl	100	50.0
5- 9 yıl	46	23.0
10 yıl ve üzeri	34	17.0
Birinci derece yakınlarında diyabet varlığı		
Evet	108	54.0
Hayır	92	46.0
Şuan ki diyabet tedavi tipi		
Sadece diyet tedavisi	32	16.0
OAD ilaç tedavisi	95	47.5
İnsülin	58	39.0
OAD ilaç tedavisi +İnsülin	15	7.5
Şuan ki diyabet tedavisine uyumu		
İyi	39	19.5
Orta	156	78.0
Kötü	5	2.5
Toplam	200	100

Hastaların hastalıkla ilgili özellikleri incelendiğinde hastalık sürelerinin %10.0'unun bir yılın altı, %50.0' sinin 1-4 yıl, %23.0'ünün 5-9 yıl, %17.0'sinin 10 yıl ve üzeri olduğu saptanmıştır. Hastaların % 54.0'ının birince derece yakınında diyabet hastalığı vardır ve %47.5'i diyabet tedavisinde oral anti diyabetik ilaç tedavisi kullanırken %39.0'ı insülin kullanmaktadır. Hastaların %78.0'ının diyabet tedavisine uyumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4: Hastaların Kan Şekeri Ölçüm Durumlarına Göre Dağılımları

Değişken	Sayı	Yüzde (%)
Düzenli kan şekeri ölçme durumu		
Evet yapıyorum/yaptırıyorum	117	88.5
Hayır yapmıyorum/yaptırmıyorum	23	11.5
Ölçüm yaptırma sıklığı		
Her gün	14	7.0
Ara sıra	111	55.5
Düzensiz	71	35.5
Toplam	200	100

Hastaların %88.5'i düzenli kan şekeri ölçümü yaptırırken %11.5'i düzenli kan şekeri ölçümü yaptırmamaktadır. Hastaların kan şekeri ölçüm sıklıkları incelendiğinde, %55.5'i kan şekerini ara sıra ölçmektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Hastaların Egzersiz Yapma Ve Beslenmeye Uyum Durumlarına Göre Dağılımı

Değişken	Sayı	Yüzde (%)
Egzersiz yapma durumu		
Evet	117	58.5
Hayır	83	41.5
Egzersiz yapma sıklığı		
Her gün düzenli olarak	7	3.5
Haftada 1-2 kez	28	14.0
Düzensiz	82	41.0
Egzersiz yapmayanlar	83	41.5
Beslenmeye Uyum Düzeyi		
İyi	40	20.0
Orta	153	76.5
Kötü	7	3.5
Toplam	200	100

Araştırma kapsamına alınan hastaların %58.5'i egzersiz yaparken, %41.5'i egzersiz yapmamaktadır. Egzersiz yapanların %41.0'i düzensiz olarak egzersiz yapmaktadır. Hastaların beslenmeye uyum durumlarına bakıldığında %20.0'si iyi, %76.5'i orta, %3.5'i kötü durumdadır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Hastaların Diyabet Kontrolü İçin Doktora Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı

Diyabet kontrolü için doktora başvurma sıklığı	Sayı	Yüzde (%)
Doktor kontrolüne gitmiyorum	3	1.5
Ayda bir kez	16	8.0
2 ayda bir kez	27	13.5
3 ayda bir kez	30	15.0
6 ayda bir kez	56	28.0
Yılda bir kez	63	31.5
Kendimi kötü hissettikçe	5	2.5
Toplam	200	100

Araştırma kapsamına alınan hastaların %1.5'i diyabet için doktor kontrolüne gitmemekte, %8.0'i ayda bir kez, %13.5'i 2 ayda bir kez, %15.0'i 3 ayda bir kez, %28.0'i 6 ayda bir kez, %31.5'i yılda bir kez, %2.5'i kendini kötü hissettiğinde diyabet kontrolüne gitmektedir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Hastaların Diyabetle İlgili Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımları

Değişken	Sayı	Yüzde (%)
Diyabetin komplikasyonları var mıdır?		
Evet, diyabetin komplikasyonları vardır	57	28.5
Hayır, diyabetin komplikasyonu yoktur	143	71.5
Komplikasyon gelişme durumu		
Evet	19	9.5
Hayır	181	90.5
Toplam	200	100

Araştırma kapsamına alınan hastaların %28.5'i diyabetin komplikasyon oluşturabileceğini, %71.5'i diyabetin herhangi bir komplikasyonu olmadığını, belirtmişlerdir. Hastaların %90.5'i kendisinde herhangi bir diyabet komplikasyonu gelişmediğini belirtmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Hastaların Diyabetin Ciddiyeti Ve Tedavi Edilebilme Algı Durumlarına Göre Dağılımları

Değişken	Sayı	Yüzde (%)
Diyabet ciddi bir hastalık mıdır?		
Ciddi bir hastalıktır	161	80.5
Ciddi bir hastalık değildir	10	5.0
Kararsızım	29	14.5
Diyabet tedavi edilebilen bir hastalık mıdır?		
Tedavi edilebilen bir hastalıktır	167	83.5
Tedavi edilemez	13	6.5
Kararsızım	20	10.0
Toplam	200	100

Hastaların diyabetin ciddiyeti ve tedavi edilebilme algı durumları incelendiğinde %80.5'i diyabeti ciddi bir hastalık olarak algılamaktadır. Yine hastaların %83.5'i diyabetin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu, %6.5'i tedavi edilemez bir hastalık olduğunu %10.0'u kararsız olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.8).

Tablo 4.9: Hastaların Sosyal Destek Planlı Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımları

Değişken	Sayı	Yüzde (%)
Sosyal destek alma durumu		
Evet	98	49.0
Hayır	102	51.0
Planlı eğitim alma durumu		
Evet	50	25.0
Hayır	150	75.0
Toplam	200	100

Hastaların sosyal destek alıp almadıkları incelendiğinde, %49.0'unun sosyal destek aldığı, %51.0'inin her hangi bir sosyal destek almadığı saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların %25.0'i diyabete ilişkin planlı bir eğitim almış, %75.0' i ise planlı bir eğitim almamıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.10: Hastaların Sağlıklarını Algılama Durumlarına Göre Dağılımları

Algılanan sağlık durumu	Sayı	Yüzde (%)
Çok iyi	15	7.5
İyi	50	25.0
Orta	127	63.5
Kötü	8	4.0
Toplam	200	100

Araştırma kapsamına alınan hastaların algılanan sağlık durumları incelendiğinde, %7.5'inin algılanan sağlığı çok iyi, %25.0'i iyi, %63.5'i orta, %4.0'ü kötü olarak saptanmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.11: Hastaların Yeti Yitimi Durumlarına Göre Dağılımları

Yeti yitimi durumu	Sayı	Yüzde (%)
Yeti yitimi yok	119	59.5
Hafif yeti yitimi	30	15.0
Orta yeti yitimi	32	16.0
Ağır yeti yitimi	19	9.5
Toplam	200	100

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalığına bağlı yeti yitimi durumu oluşup oluşmadığı incelendiğinde, %59.5’inde yeti yitimi yok, %15.0’inde hafif yeti yitimi, %16.0’ında orta yeti yitimi, %9.5’inde ağır yeti yitimi saptanmıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.12: Hastaların Son 1 Ay İçerisinde Sağlık Sorunları Nedeni İle Günlük İşlerini Aksatma, Evde Ve Yatakta Gün Geçirme Durumlarına Göre Dağılımları

Değişken	Sayı	Yüzde (%)
Günlük işleri aksatma		
Evet	28	14.0
Hayır	172	86.0
Evde gün geçirme		
Evet	23	11.5
Hayır	177	88.5
Yatakta gün geçirme		
Evet	32	16.0
Hayır	168	84.0
Toplam	200	100

Araştırma kapsamına alınan hastaların %14.0’ünde son 1 ay içerisinde sağlık sorunları nedeni ile günlük işlerinde aksatma görülürken, %86.0’ında günlük işlerinde aksama görülmemiştir. Yine hastaların %11.5’i son 1 ay içerisinde sağlık sorunları nedeni ile evde gün geçirirken, %88.5’i evde gün geçirmemiştir. Hastaların %16.0’sı son 1 ay içerisinde sağlık sorunu nedeni ile yatakta gün geçirirken, %84.0’ü yatakta gün geçirmemiştir (Tablo 4.12).

4.2. Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği Puan Ortalaması ve İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamasına İlişkin Bilgiler

Bu bölümde, diyabet hastalarının diyabet yönetimine ilişkin öz –etkililik ölçeği puan ortalaması, iyilik hali ölçeği puan ortalaması ve diyabet yönetimi ile iyilik hali arasındaki ilişkiye ait bulgular incelenmiştir.

Tablo 4.13: Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Öz-etkililik ölçeğinin alt boyutları	\bar{X}	SS
Özel beslenme ve kilo	13.83	± 3.25
Fizik egzersiz	8.70	± 2.28
Kan şekeri	9.93	± 3.18
Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü	28.14	± 5.70
Toplam Ölçek	60.61	± 11.29

Hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması incelendiğinde; “**özelbeslenme ve kilo**”alt boyutundan alınan puan ortalaması 13.83±3.25, “**fizik egzersiz**” alt boyutu puan ortalaması 8.70±2.28, “**kan şekeri**”alt boyutu puan ortalaması 9.93±3.18, “**genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü**” alt boyutu puan ortalaması 28.14±5.70’dur. Toplam ölçek puan ortalaması incelendiğinde, 60.61±11.29’dur (Tablo 4.13).

Tablo 4.14: Hastaların İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

İyilik hali ölçeğinin alt boyutları	\bar{X}	SS
Depresyon	15.83	12.49
Anksiyete	15.19	17.81
Enerji	12.08	19.85
Pozitif iyilik hali	39.27	11.18
Toplam Ölçek	69.22	11.28

Hastaların iyilik hali ölçeği puan ortalaması incelendiğinde; “**depresyon**”alt boyutundan alınan puan ortalaması 15.83±12.49,“**anksiyete**” alt boyutu puan ortalaması 15.19±17.81“**enerji**”alt boyutu puan ortalaması 12.08±19.85, “**pozitif iyilik hali**” alt boyutu puan ortalaması 39.27±11.18’dur (Tablo 4.17).Toplam ölçek puan ortalaması ise 69.22’dur (Tablo 4.14).

Tablo 4.15: Hastaların İyilik Hali Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarıİle Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

İyilik hali ölçeği toplam puan ortalaması	Öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması
	r = 0.39 p=0.000

Hastaların iyilik hali ölçeği toplampuan ortalaması ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,001$) (Tablo 4.15).

4.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik ve İyilik Hali Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümdeki bulgular, diyabet hastalarının tanıtıcı özellikleri ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması ve iyilik hali ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki olmak üzere iki bölümde incelenmiştir.

Tablo 4.16: Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Özel beslenme ve kilo		Fizik egzersiz		Kan şekeri		Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü		Öz-etkililik toplam	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Cinsiyet										
Kadın	13.92	±3.29	8.39	±2.30	9.83	± 3.80	27.89	±5.06	60.04	± 11.32
Erkek	13.74	±3.22	9.03	± 2.22	10.03	±2.39	28.40	±6.32	61.20	± 11.29
	U=4975.0	p=0.959	U=4133.0	p=0.031	U=4357.0	p=0.105	U=4861.5	p=0.741	U=4503.0	p=0.228
Yaş grupları										
30-39 yaş grubu	14.89	±3.75	9.56	±2.19	10.27	±2.47	28.95	±5.93	63.69	± 12.41
40-49 yaş grubu	13.71	±2.77	9.05	±1.75	10.10	±2.18	27.95	±3.96	60.82	± 8.55
50-59 yaş grubu	13.31	±2.76	7.34	±2.20	9.21	±2.04	28.25	±7.76	58.12	± 10.37
60 yaş grubu	12.17	± 2.73	7.31	±2.47	9.48	±6.32	26.51	±5.94	55.48	± 13.24
	KW=17.34	p=0.001	KW=40.09	p=0.000	KW=13.22	p=0.004	KW=9.09	p=0.028	KW=26.04	p=0.000
Medeni durum										
Evli	13.47	±2.80	8.62	±2.03	9.95	±2.24	28.19	±5.12	60.23	± 9.13
Bekar	15.00	±3.80	9.48	±2.28	10.24	±2.39	29.37	±6.20	64.10	± 13.04
Dul-Boşanmış	14.17	±4.38	7.95	±3.29	9.30	±7.09	25.82	±7.53	57.26	± 17.76
	KW=8.22	p=0.016	KW=8.46	p=0.015	KW=10.07	p=0.006	KW=11.93	p=0.003	KW=13.53	p=0.001
Eğitim durumu										
İlköğretim altı	11.58	±2.34	5.70	±1.99	7.11	±2.02	22.76	±5.35	47.17	±9.02
İlköğretim	13.05	±2.69	8.05	±2.02	9.50	±2.32	27.33	±5.87	57.94	±9.19
Lise Mezunu	13.86	±3.16	9.20	±1.84	10.63	±4.17	28.59	±4.39	62.30	±10.41
Yükseköğrenim	16.25	±3.40	10.38	±1.82	10.71	±2.08	31.23	±5.64	68.58	±10.47
	KW=32.64	p=0.000	KW=61.78	p=0.000	KW=28.92	p=0.000	KW=36.53	p=0.000	KW=58.61	p=0.000
Meslek										
İşçi	14.16	±3.85	9.24	±2.53	9.48	± 2.95	29.00	±8.43	61.89	±14.07
Memur	14.58	±3.30	9.20	±1.69	10.32	± 2.29	28.74	±4.34	62.85	± 9.07
Serbest çalışan	15.25	± 3.89	9.79	±2.58	10.37	± 2.49	29.95	±6.91	65.37	±14.76
Emekli	13.52	±2.57	7.94	±2.90	11.23	±7.60	27.52	±6.74	60.23	± 15.51
Ev Hanımı	12.34	±2.28	7.74	±2.03	9.18	±2.09	26.56	±3.62	55.84	± 6.77
İşsiz- Çalışmıyor	14.33	±1.32	8.22	±1.09	10.44	±1.66	27.33	±1.87	60.33	± 4.03
	KW=23.33	p=0.000	KW=26.90	p=0.000	KW=10.11	p=0.072	KW=12.46	p=0.029	KW=27.60	p=0.000

Tablo 4.16’da hastaların sosyo demografik özellikleri ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki gösterilmiştir. Yapılan analize göre hastaların cinsiyet durumları ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği alt boyutlarından sadece “**fizik egzersiz**” alt boyutu puan ortalaması ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yaş, medeni durum ve eğitim durumları ile ölçeğin tüm alt boyutları puan ortalaması ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların meslek durumları ile öz-etkililik ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında ise, ölçeğin özel beslenme ve kilo alt boyutu ve fizik egzersiz alt boyutu puan ortalaması ile genel ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Tablo 4.17’de görüldüğü gibi hastaların aylık gelir durumları ve sosyal güvence durumları ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği alt boyutları puan ortalaması ve toplam ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Aylık geliri 500 TL’nin altında olan hastaların öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 52.22 ± 5.78 iken, aylık geliri 1500TL ve üzeri olan hastaların öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 64.9 ± 9.64 ’dür. Yine sosyal güvencesi olan hastaların öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 61.28 ± 10.85 iken, sosyal güvencesi olmayan hastaların öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 47.80 ± 12.53 ’dür.

Tablo 4.17: Hastaların Gelir Durumları Ve Sosyal Güvence Durumlarına Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Özel beslenme ve kilo		Fizik egzersiz		Kan şekeri		Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü		Öz-etkililik toplam	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Aylık gelir durumu										
500 TL altı	12.44	± 3.12	5.66	±2.12	8.22	±3.11	25.88	±4.04	52.22	±5.78
500 - 999 TL	12.62	±2.82	7.24	±2.03	8.22	±2.51	25.42	±5.16	53.50	± 10.29
1000 - 1500 TL	13.96	±3.10	9.17	±2.19	10.46	±3.91	28.93	±6.26	62.53	± 11.15
1500 TL üzeri	14.80	±3.44	9.69	±1.61	10.84	±1.93	29.60	± 4.83	64.95	±9.64
	KW=14.14 p=0.000		KW=57.60 p=0.000		KW=38.28 p=0.000		KW=23.35 p=0.000		KW=45.05 p=0.000	
Sosyal güvence										
Sosyal güvence var	13.90	±3.25	8.82	±2.23	10.11	±3.11	28.44	± 5.51	61.28	±10.85
Sosyal güvence yok	12.60	±3.09	6.40	±2.01	6.50	± 2.75	22.30	±6.37	47.80	±12.53
	U=796.5 p=0.380		U=363.5 p=0.001		U=348.5 p=0.000		U=395.5 p=0.002		U=377.5 p=0.001	

Tablo 4.18: Hastaların Hastalıkla İlgili Özellik Durumlarına Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Özel beslenme ve kilo		Fizik egzersiz		Kan şekeri		Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü		Öz-etkililik toplam	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Hastalık süresi										
Bir yılın altında	16.70	± 4.19	10.55	±2.52	9.25	±2.75	30.70	±6.57	67.20	±13.17
1 – 4 yıl	13.96	±3.11	9.16	±1.95	10.34	±2.32	28.03	± 5.02	61.49	± 10.83
5- 9 yıl	13.56	±2.92	8.17	±1.85	9.69	±2.21	28.78	±6.52	60.21	±9.45
10 yıl ve üzeri	12.14	±2.21	7.00	±2.36	9.44	±5.73	26.08	± 5.32	54.67	±11.42
	KW=20.48	p=0.000	KW=41.78	p=0.000	KW=16.53	p=0.001	KW=11.47	p=0.009	KW=24.66	p=0.000
Birinci derece yakınlarında diyabet varlığı										
Evet	13.73	±2.81	8.45	±2.16	9.79	±2.34	28.28	±5.65	60.26	±9.82
Hayır	13.95	±3.72	9.00	±2.39	10.08	±3.96	27.96	±5.77	61.01	± 12.85
	U=4814.0	p=0.700	U=4256.0	p=0.074	U=4826.0	p=0.718	U=4923.5	p=0.913	U=4675.5	p=0.473
Şuan ki diyabet tedavi tipi										
Sadece diyet tedavisi	15.96	± 4.12	10.12	±2.68	9.53	± 3.02	30.50	±6.85	66.12	± 14.63
OAD ilaç tedavisi	13.93	±2.91	9.03	±1.83	10.35	±2.09	28.08	±4.37	61.41	±9.09
İnsülin	12.56	±2.72	7.58	±1.99	9.74	± 4.61	26.93	±6.77	56.82	± 11.51
OAD ilaç tedavisi + İnsülin	13.53	±2.89	7.93	±2.89	8.80	±2.24	28.13	±4.80	58.40	± 10.27
	KW=21.21	p=0.000	KW=34.67	p=0.000	KW=14.32	p=0.002	KW=14.36	p=0.002	KW=22.17	p=0.000
Diyabet tedavisine uyum										
İyi	16.02	± 3.85	9.71	±2.53	10.58	±2.56	31.51	±5.91	67.84	±13.31
Orta	13.39	± 2.72	8.48	±2.11	9.84	±3.24	27.42	±5.25	59.14	±9.68
Kötü	10.60	±5.41	7.80	±3.49	7.40	±4.82	24.00	±7.96	49.80	±17.10
	KW=17.03	p=0.000	KW=8.11	p=0.017	KW=4.32	p=0.115	KW=16.89	p=0.000	KW=16.54	p=0.000

Tablo 4.18’de görüldüğü gibi, hastalık süresi bir yılın altında olan hastaların genel öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 67.20 ± 13.17 iken, hastalık süresi 10 yıl ve üzerinde olan hastaların öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 54.67 ± 11.42 ’dir. Yine sadece diyet tedavisi alan hastaların öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 66.12 ± 14.63 iken, sadece insülin tedavisi alan hastaların öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 56.82 ± 11.51 ’dir. Görüldüğü gibi, hastalığın süresi ve tedavi tipinin hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalamasını etkilediği belirlenmiştir. Hastaların tedaviye uyum düzeyleri ile öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde ise, yalnızca ölçeğin “**kan şekeri**” alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak fark olmadığı diğer tüm alt boyutlarda ve genel ölçek puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Hastaların birince derecede akrabalarında diyabet hastası olma durumu ile öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$).

Hastaların kan şekerini ölçme durumları ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği alt boyutlarından sadece özel beslenme ve kilo alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p > 0.05$), diğer tüm alt boyutlar ve toplam ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Kan şekeri ölçümü yaptırma sıklıkları ile öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde ise, ölçeğin tüm alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Her gün düzenli olarak kan şekere baktıran hastaların öz-etkililik genel ölçek toplam puan ortalaması 72.00 ± 10.11 iken, kan şekeri ölçümü düzensiz olan hastaların öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 58.35 ± 10.63 ’dür (Tablo 4.19).

Tablo 4.19: Hastaların Kan Şekeri Ölçüm Durumlarına Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Özel beslenme ve kilo	Fizik egzersiz	Kan şekeri	Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü	Öz-etkililik toplam
	\bar{X} SS	\bar{X} SS	\bar{X} SS	\bar{X} SS	\bar{X} SS
Kan şekeri ölçme durumu					
Evet yapıyorum/yaptırıyorum	13.92 ±3.12	8.83 ±2.16	10.31 ±3.10	28.48 ±5.46	61.55 ± 10.62
Hayır yapmıyorum/yaptırmıyorum	13.13 ±4.15	7.69 ±2.88	6.95 ±2.12	25.52 ±6.87	53.30 ± 13.69
	U=1587.5 p=0.080	U=1413.0 p=0.015	U=649.0 p=0.000	U=1378.0 p=0.011	U=1120.5 p=0.000
Ölçüm yaptırma sıklığı					
Her gün	15.35 ±3.93	10.35 ±2.61	12.14 ±1.61	34.14 ±4.24	72.00 ±10.11
Ara sıra	13.90 ±3.20	8.66 ±2.14	10.07 ±3.58	28.29 ±5.96	60.94 ±11.06
Düzensiz	13.47 ±3.19	8.45 ±2.37	9.40 ±2.55	27.01 ±4.73	58.35 ±10.63
	KW=6.74 p=0.034	KW=6.58 p=0.037	KW=15.61 p=0.000	KW=21.61 p=0.00	KW=15.06 p=0.001

Tablo 4.20: Hastaların Egzersiz Yapma, Beslemeye Uyum Durumlarına Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Özel beslenme ve kilo		Fizik egzersiz		Kan şekeri		Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü		Öz-etkililik toplam	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Egzersiz yapma durumu										
Evet	14.19	±3.39	9.45	±1.72	10.48	±2.04	28.94	± 4.72	63.09	±9.93
Hayır	13.32	±2.98	7.65	±2.55	9.14	±4.20	27.01	±6.71	57.13	±12.21
	U=4235.0 p=0.116		U=2676.5 p=0.000		U=3101.0 p=0.000		U=3667.5 p=0.003		U=3256.5 p=0.000	
Egzersiz yapma sıklığı										
Her gün düzenli olarak	20.85	±4.29	12.57	±2.22	11.00	± 3.46	36.00	± 9.45	80.42	±17.55
Haftada 1-2 kez	15.83	±3.57	10.13	±2.08	10.76	±2.19	31.60	±5.78	68.33	±11.15
Düzensiz	13.05	±2.50	8.45	±1.85	9.96	±3.45	27.23	±4.63	58.70	± 8.66
	KW=31.57 p=0.000		KW=29.70 p=0.000		KW=3.91 p=0.141		KW=20.34 p=0.000		KW=24.5 p=0.000	
Beslenmeye uyum										
İyi	16.07	±3.62	10.22	± 2.40	10.82	±2.47	32.67	± 5.77	69.80	±12.65
Orta	13.31	±2.73	8.39	±2.05	9.82	±3.21	27.17	±4.87	58.70	±9.14
Kötü	12.42	±5.79	6.85	± 2.54	7.14	±4.56	23.28	±8.44	49.71	±16.62
	KW=20.73 p=0.000		KW=22.92 p=0.000		KW=9.45 p=0.000		KW=34.66 p=0.000		KW=29.94 p=0.000	

Hastaların egzersiz yapma durumları ve egzersiz yapma sıklıkları ile öz etkililik ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Egzersiz yapan hastaların öz etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları 63.09 ± 9.93 iken, egzersiz yapmayan hastaların öz etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları 57.13 ± 12.21 'dir. Yine her gün düzenli olarak egzersiz yapanların öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 80.42 ± 17.55 iken düzensiz egzersiz yapanların öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 58.7 ± 8.66 'dır (Tablo 4.20). Hastaların beslenmeye uyum durumları ile öz etkililik ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde tabloda da görüldüğü gibi beslenmeye uyumu iyi olan hastaların öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 69.80 ± 12.65 , beslenmeye uyumu kötü olanların ise öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 49.71 ± 16.62 'dir. Beslenmeye uyum düzeyi ile öz etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Tablo 4.21'de hastaların diyabetin ciddiyeti ve tedavi edilebilme algı durumları ile öz etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tabloda da görüldüğü gibi diyabet ciddi bir hastalıktır diyen hastaların öz etkililik ölçeğinin "**kan şekeri**" alt boyutu puan ortalaması 10.28 ± 3.16 iken ciddi değildir diyen hastaların ise kan şekeri alt boyutu puan ortalaması 8.60 ± 2.98 'dir. Yine hastaların diyabetin tedavi edilebilme algı durumları ile öz etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.21: Hastaların Diyabetin Ciddiyeti Ve Tedavi Edilebilme Algı Durumlarına Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Özel beslenme ve kilo	Fizik egzersiz	Kan şekeri	Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü	Öz-etkililik toplam
	\bar{X} SS	\bar{X} SS	\bar{X} SS	\bar{X} SS	\bar{X} SS
Diyabetin ciddi olma durumu					
Ciddi bir hastalıktır	13.69 ±3.09	8.80 ±2.05	10.28 ± 3.16	28.39 ±5.51	61.17 ± 10.78
Ciddi bir hastalık değildir	13.80 ±4.26	8.50 ±2.67	8.60 ±2.98	25.90 ±7.89	56.80 ±16.82
Kararsızım	14.62 ±3.74	8.24 ±3.21	8.41 ±2.90	27.51 ±5.88	58.79 ± 11.85
	KW=1.36 p=0.505	KW=0.43 p=0.807	KW=13.01 p=0.001	KW=2.81 p=0.245	KW=2.44 p=0.295
Diyabetin tedavi edilebilme durumu					
Tedavi edilebilir	13.86 ±3.29	8.74 ±2.30	9.92 ± 2.38	28.20 ±5.94	60.73 ±11.64
Tedavi edilemez	12.61 ±3.17	7.76 ±2.00	11.69 ±8.69	28.00 ±4.37	60.07 ±12.53
Kararsızım	14.40 ±2.85	8.95 ±2.18	8.85 ±2.36	27.70 ±4.39	59.90 ±7.24
	KW=2.61 p=0.271	KW=4.10 p=0.128	KW=4.03 p=0.133	KW=0.15 p=0.923	KW=0.29 p=0.863

Tablo 4.22: Hastaların Sosyal Destek, Planlı Eğitim Alma Durumlarına Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Özel beslenme ve kilo	Fizik egzersiz	Kan şekeri	Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü	Öz-etkililik toplam
	\bar{X} SS	\bar{X} SS	\bar{X} SS	\bar{X} SS	\bar{X} SS
Destek alma durumu					
Evet	13.60 ±2.80	8.59 ±2.17	9.97 ±2.31	28.26 ±5.55	60.49 ± 9.59
Hayır	14.05 ±3.63	8.81 ±2.38	9.88 ±3.85	28.01 ±5.86	60.77 ±12.76
	U=4811.5 p=0.642	U=4709.5 p=0.471	U=4460.0 p=0.172	U=4918.0 p=0.844	U=4955.5 p=0.917
Planlı eğitim alma durumu					
Evet	14.14 ± 3.16	8.92 ±2.22	10.58 ±1.97	28.56 ±4.48	62.20 ± 9.25
Hayır	13.73 ± 3.28	8.63 ±2.30	9.71 ±3.48	28.00 ±6.05	60.08 ± 11.88
	U=3285.5 p=0.181	U=3605.5 p=0.677	U=2865.0 p=0.01	U=3521.0 p=0.515	U=3362.0 p=0.273

Tablo 4.23: Hastaların Sağlıklarını Algılama Durumlarına Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Özel beslenme ve kilo	Fizik egzersiz	Kan şekeri	Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü	Öz-etkililik toplam
	\bar{X} SS	\bar{X} SS	\bar{X} SS	\bar{X} SS	\bar{X} SS
Algılanan sağlık durumu					
Çok iyi	17.13 ±4.80	11.33 ±2.09	11.33 ±2.49	34.00 ±7.23	73.80 ± 15.70
İyi	15.12 ±3.51	9.18 ± 2.31	9.94 ±2.55	30.12 ±5.22	64.36 ± 10.90
Orta	13.14 ±2.43	8.39 ±1.97	9.94 ± 3.40	27.03 ±4.96	58.51 ± 8.96
Kötü	10.62 ±2.44	5.75 ±1.83	7.00 ±2.92	22.37 ±4.71	45.75 ±7.16
	KW=29.20 p=0.000	KW=33.08 p=0.000	KW=13.20 p=0.004	KW=34.72 p=0.000	KW=36.52 p=0.000

Hastaların sosyal destek alma durumları ile öz etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Hastaların planlı eğitim alma durumları ile öz-etkililik ölçeğinin alt boyutlarından sadece “**kan şekeri**” alt boyutu ile anlamlı bir fark saptanırken ($p<0.05$), diğer ölçek alt boyutları ve öz-etkililik toplam ölçek alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.22).

Tablo 4.23’de görüldüğü gibi hastaların algılanan sağlık durumları ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeğinin alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0.001$). Algılan sağlık durumu çok iyi olan hastaların öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 73.80 ± 15.70 iken, algılanan sağlık durumları kötü olanların toplam puan ortalaması 45.75 ± 7.16 ’dır.

Tablo 4.24: Hastaların Yeti Yitimi Durumları İle Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Toplam Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

Yeti- yitimi puan ortalaması	Öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması

Tablo 4.24’de kısa yeti yitimi puan ortalaması ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak negatif yönde zayıf bir ilişki vardır ($p<0,001$). Hastaların yeti-yitimi puan ortalamaları arttıkça diyabet yönetimine ilişkin öz etkililik ölçeği puan ortalaması düşmektedir.

Tablo 4.25: Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Depresyon		Anksiyete		Enerji		Pozitif iyilik hali		Genel iyilik hali	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Cinsiyet										
Kadın	13.24	±12.85	17.81	±19.41	8.75	±21.24	38.34	±12.41	78.85	± 58.65
Erkek	18.58	±11.54	12.41	±15.57	15.62	±17.69	40.26	±9.69	92.24	± 48.00
	U=3604.0	p=0.001	U=4064.5	p=0.22	U=3986.0	p=0.013	U=4339.5	p=0.098	t=-1.76	p=0.08
Yaş grupları										
30-39 yaş grubu	19.00	±11.49	8.25	±17.88	21.82	±18.85	42.99	±11.81	111.45	± 55.53
40-49 yaş grubu	18.19	±9.53	13.22	±12.87	13.73	± 16.25	40.71	±8.12	89.45	± 41.52
50-59 yaş grubu	9.39	±11.46	22.84	±12.09	2.35	±17.44	36.28	±12.30	64.24	± 45.33
60 yaş grubu	9.70	±17.15	28.03	±23.31	-4.34	±17.90	30.26	±9.34	36.65	± 45.28
	W=27.90	p=0.000	KW=37.20	p=0.000	KW=46.57	p=0.000	KW=29.46	p=0.000	KW=47.9	p=0.000
Medeni durum										
Evli	16.00	±12.45	14.73	±16.43	11.47	±18.28	39.00	±10.54	84.46	± 48.41
Bekar	18.15	±12.19	9.45	±18.53	22.21	±18.83	42.79	±11.33	111.21	± 57.58
Dul-Boşanmış	11.03	±12.49	27.25	±19.86	-0.52	±23.02	35.26	±13.46	49.17	± 60.62
	KW=6.05	p=0.048	KW=15.69	p=0.000	KW=19.37	p=0.000	KW=7.78	p=0.020	KW=19.8	p=0.000
Eğitim durumu										
İlköğretim altı	6.77	±16.83	31.81	±18.62	-5.76	±19.99	33.33	±11.78	37.84	±38.45
İlköğretim	11.55	±12.00	21.03	±15.60	4.77	±16.53	35.77	±10.34	66.61	±44.79
Lise Mezunu	19.56	±9.99	10.34	±14.87	16.74	±16.91	41.46	±9.88	97.42	±48.63
Yükseköğrenim	21.40	±10.44	5.28	±17.66	25.65	±19.35	44.72	±11.60	120.75	±57.21
	KW=34.86	p=0.000	KW=46.36	p=0.000	KW=47.95	p=0.000	KW=25.25	p=0.000	KW=47.01	p=0.000
Meslek										
İşçi	18.30	±10.73	13.50	±16.72	12.08	±20.47	38.43	±12.37	82.88	±59.33
Memur	21.59	±8.44	7.11	±13.87	19.93	±16.59	44.34	±9.53	108.44	± 45.74
Serbest çalışan	17.09	±14.27	11.09	±19.30	24.05	± 18.49	43.28	±10.98	113.87	±54.62
Emekli	14.28	±17.01	24.62	±19.63	-1.84	±20.72	31.69	±8.95	40.82	± 42.49
Ev Hanımı	8.36	±11.98	24.00	±17.20	1.97	±16.53	35.24	±10.69	61.90	±45.18
İşsiz- Çalışmıyor	18.17	±4.34	7.85	±7.85	23.59	±10.57	41.35	±4.03	113.52	± 26.45
	KW=41.39	p=0.000	KW=39.28	p=0.000	KW=45.90	p=0.000	KW=35.23	p=0.000	KW=45.21	p=0.000

Tablo 4.25’da görüldüğü gibi hastaların cinsiyet durumları ile iyilik hali ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ölçeğin sadece “**depresyon**” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş, diğer alt boyutlarda ve genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Tabloda da görüldüğü gibi, hastaların yaş grupları, medeni durumları, eğitim ve meslek durumları ile genel iyilik hali ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Çalışmamızda 30-39 yaş grubunda olan hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 111.4 ± 55.53 iken, 60 yaş ve üzeri olanların genel iyilik hali puan ortalaması 36.65 ± 45.28 ’dir. Yine medeni durumu bekar olanların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 111.21 ± 57.58 , dul-boşanmış olanların 49.17 ± 60.62 ’dir. Eğitim durumları ile karşılaştırıldığında ise, yüksek öğrenim mezunu olan hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 120.75 ± 57.21 iken, okur yazar olanların puan ortalaması 33.05 ± 40.97 ’dir.

Hastaların gelir durumları ve sosyal güvence durumları ile genel iyilik hali ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gelir durumu ile iyilik hali ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p<0.05$), sosyal güvence durumları ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Tabloda da görüldüğü gibi, gelir durumu 500 TL’nin altında olan hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 13.91 ± 30.34 iken, aylık geliri 1500 TL ve üzeri olan hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 13.26 ± 41.41 ’dir (Tablo 4.26).

Tablo 4.26: Hastaların Gelir Ve Sosyal Güvence Durumlarına Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Depresyon		Anksiyete		Enerji		Pozitif iyilik hali		Genel iyilik hali	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Aylık gelir durumu										
500 TL altı	7.67	±10.31	39.95	±18.72	-6.96	±16.19	27.77	±5.55	13.91	± 30.34
500 - 999 TL	9.11	±14.90	24.44	±18.82	-0.83	±18.57	33.00	±11.68	52.44	± 50.71
1000 - 1500 TL	17.77	±11.42	12.96	±15.17	13.66	±18.67	41.33	±10.13	91.30	± 49.58
1500 TL üzeri	19.82	±9.19	7.34	±13.43	22.66	±14.90	43.26	±9.47	113.26	± 41.41
	KW=29.96 p=0.000		KW=48.13 p=0.000		KW=55.58 p=0.000		KW=36.61 p=0.000		KW=57.84 p=0.000	
Sosyal güvence										
Sosyal güvence var	16.18	±12.01	14.62	±17.35	12.27	±19.54	39.56	± 10.86	67.81	±53.22
Sosyal güvence yok	9.22	±19.28	26.00	± 23.59	8.50	±26.07	33.38	±16.02	65.40	±67.81
	U=702.0 p=0.160		U=568.0 p=0.31		U=819.5 p=0.460		U=751.5 p=0.251		U=700.0 p=0.161	

Tablo 4.27: Hastaların Hastalıkla İlgili Özellik Durumlarına Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Depresyon		Anksiyete		Enerji		Pozitif iyilik hali		Genel iyilik hali	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Hastalığın süresi										
Bir yılın altında	19.22	±12.37	11.27	±22.32	16.83	±21.30	40.55	±15.72	95.28	±67.82
1 – 4 yıl	19.27	±11.24	9.61	±15.15	18.33	±17.94	41.94	±9.68	102.10	±48.28
5- 9 yıl	14.17	±10.17	17.59	±11.99	9.44	±16.99	39.13	±9.06	80.00	±43.16
10 yıl ve üzeri	5.95	±13.63	30.67	±19.59	-5.51	±17.16	30.88	±11.12	37.47	±45.97
	KW=37.45 p=0.000		KW=39.61 p=0.000		KW=39.13 p=0.000		p=0.000 KW=25.08		KW=36.62 p=0.000	
Birinci derece yakınlarda diyabet varlığı										
Evet	16.16	±12.41	14.69	±16.11	12.25	±18.30	39.91	±9.81	86.82	±47.54
Hayır	15.44	±12.64	15.78	±19.70	11.88	±21.62	38.52	±12.62	83.62	± 61.00
	U=4893.5 p =0.854		U=4847.5 p=0.766		U=4933.0 p=0.931		p=0.420 U=4649.0		U=4729.5 p=0.559	
Şuan ki diyabet tedavi tipi										
Sadece diyet tedavisi	21.72	±12.05	11.03	±19.72	18.23	±22.59	43.22	±15.18	98.04	± 63.22
OAD ilaç tedavisi	18.25	±10.16	9.85	±14.26	17.49	±17.15	41.46	±8.98	101.26	±47.46
İnsülin	9.70	±13.32	23.24	±16.04	1.68	±18.15	34.00	±10.03	58.71	± 45.62
OAD ilaç tedavisi + İnsülin	11.62	±13.68	26.74	±24.34	4.88	±19.12	37.40	±11.39	60.49	± 57.98
	KW=29.91 p=0.000		KW=32.46 p=0.000		KW=28.61p=0.000		KW=21.26 p=0.000		KW=28.93 p=0.000	
Şuan ki diyabet tedavisine uyum										
İyi	21.97	±14.14	8.27	±21.00	22.45	±17.67	44.87	±13.02	110.71	± 53.77
Orta	14.81	± 11.17	16.07	±1584	9.95	±19.47	38.17	±9.95	80.66	± 51.76
Kötü	-0.22	±17.30	41.55	±22.42	-2.33	±21.24	30.00	±17.82	33.83	± 59.26
	KW=11.61 p=0.003		KW=10.78 p=0.005		p=0.003 U=11.81		KW=12.31 p=0.002		KW=11.60 p=0.00	

Tablo 4.27’de hastaların hastalıkla ilgili bazı özellikleri ile iyilik hali ölçeği alt ölçek puan ortalamaları ve genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki gösterilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi hastalığın süresi, tedavi tipi ve şu anki tedavisine uyum düzeyi ile genel iyilik hali ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0.05$), ancak birinci dereceden yakınlarda diyabet hastalığının varlığı ile iyilik hali ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$)

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalık süresi bir yıl ve altında olanların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 95.28 ± 67.82 , hastalık süresi 1-4 yıl olanların puan ortalaması 102.10 ± 48.28 , hastalık süresi 5-9 olanların puan ortalaması 80.00 ± 43.16 ve 10 yıl üzeri diyabet hastası olan hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 37.4 ± 45.97 ’dir. Sadece diyet tedavisi alan hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 98.04 ± 63.22 ve diyabet tedavisine uyum düzeyi iyi olan hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 110.71 ± 53.77 ’dir.

Hastaların kan şekerini ölçme durumları ile genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken ($p<0.05$), kan şekeri ölçüm yaptırma sıklığı ile genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 4.28). Kan şekeri ölçümü yaptıran hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 90.24 ± 52.67 iken kan şekeri ölçümü yaptırmayan hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 47.70 ± 50.36 ’dır.

Tablo 4.28: Hastaların Kan Şekeri Ölçüm Durumlarına Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Depresyon		Anksiyete		Enerji		Pozitif iyilik hali		Genel iyilik hali	
	\bar{X} SS		\bar{X} SS		\bar{X} SS		\bar{X} SS		\bar{X} SS	
Kan şekeri ölçme durumu										
Evet yapıyorum/yaptırıyorum	16.20	±11.95	13.90	±16.95	13.72	±19.32	39.95	±10.91	90.24	±52.67
Hayır yapmıyorum/yaptırmıyorum	12.96	±16.12	25.08	±21.37	-0.52	±19.77	34.05	±12.11	47.70	±50.36
	U=1159.0 p=0.045		KW=1280.0 p=0.004		U=1228.5p=0.002		U=1462.0 p=0.02		t=3.66 p=0.000	
Ölçüm yaptırma sıklığı										
Her gün	19.93	±15.20	17.50	±24.21	16.71	±24.98	42.85	±8.27	88.07	± 63.88
Ara sıra	15.05	±13.03	15.75	±17.95	10.95	±19.11	38.18	±12.62	82.31	± 53.70
Düzensiz	16.53	±11.00	13.35	±16.47	13.15	±19.93	40.45	±8.86	90.48	± 3.19
	KW=3.91 p=0.141		KW=1.32 p=0.516		KW=2.31p=0.314		KW=5.25p=0.072		F=0.50 p=0.604	

Tablo 4.29: Hastaların Egzersiz Yapma Durumlarına Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Depresyon		Anksiyete		Enerji		Pozitif iyilik hali		Genel iyilik hali	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Egzersiz yapma durumu										
Evet	18.83	±10.14	9.41	±14.00	19.24	±15.67	42.30	±9.22	104.99	± 42.89
Hayır	11.59	±14.22	23.33	±19.44	1.98	±20.79	35.00	±12.32	57.66	± 56.18
	U=3054.0 p=0.000		U=2439.5 p=0.000		U=2271.0 p=0.000		U=3199.0 p=0.000		U=2224.5 p=0.000	
Egzersiz yapma sıklığı										
Her gün düzenli olarak	27.87	±9.31	0.44	±9.62	26.23	±20.33	56.34	±8.13	136.77	± 37.20
Haftada 1-2 kez	19.03	±14.21	12.66	±20.39	16.27	±21.40	41.85	±13.42	94.58	± 62.89
Düzensiz	15.35	±10.65	14.13	±15.43	13.29	±17.43	38.71	±9.69	88.66	± 46.21
	KW=8.38 p=0.015		KW=5.45 p=0.065		KW=4.42 p=0.110		KW=15.58 p=0.000		KW=6.91 p=0.031	
Beslenmeye uyum										
İyi	21.02	±15.39	6.41	±20.53	23.29	±12.63	43.88	±13.71	114.75	± 61.51
Orta	14.61	±10.53	17.14	±15.48	9.37	±18.19	38.23	±10.03	78.56	± 48.81
Kötü	12.79	±24.51	22.66	±32.23	7.19	±24.26	35.71	±13.92	65.82	± 66.98
	KW=6.38 p=0.041		KW=10.40 p=0.006		KW=15.83p=0.000		KW=11.57 p=0.003		KW=14.80p=0.001	

Hastaların egzersiz yapma durumları ile genel iyilik hali ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.01$). Egzersiz yapan hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalamaları (104.99 ± 42.89) egzersiz yapmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (57.66 ± 56.18).

Egzersiz yapma sıklığı incelendiğinde ise; “**depresyon ve pozitif iyilik hali**” alt boyutlarında ve genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p < 0.05$), “**anksiyete ve enerji**” alt boyutu puan ortalamalarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.29).

Hastaların beslenmeye uyum durumları ile iyilik hali ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0.01$). Beslenmeye uyum durumu iyi olan hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 114.75 ± 61.51 iken, beslenmeye uyumu kötü olan hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 65.82 ± 66.98 ’dir (Tablo 4.29).

Tablo 4.30’da hastaların diyabetin ciddiyeti ve tedavi edilebilme algı durumları ile iyilik hali alt boyutları puan ortalaması ile genel iyilik hali ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 4.30: Hastaların Diyabetin Ciddiyeti Ve Tedavi Edilebilme Algı Durumlarına Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Depresyon		Anksiyete		Enerji		Pozitif iyilik hali		Genel iyilik hali	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Diyabetin ciddi olma durumu										
Evet ciddidir	15.76	±12.52	14.76	±17.08	12.36	±19.46	39.02	±10.44	86.16	± 51.55
Ciddi bir hastalık değildir	10.88	±14.53	19.88	±17.22	18.50	±13.17	37.77	±11.65	93.18	± 38.33
Kararsızım	17.93	±11.49	15.96	±21.99	8.29	±23.45	41.18	±14.73	78.16	± 70.80
	KW=1.36 p=0.506		KW=0.57 p=0.749		KW=2.21 p=0.330		KW=1.48 p=0.476		KW=0.87 p=0.645	
Diyabetin tedavi edilebilme durumu										
Tedavi edilebilir	15.92	±11.76	14.35	±15.80	13.33	±18.44	39.65	±10.48	88.96	± 48.29
Tedavi edilemez	16.70	±20.76	22.23	±27.82	-2.33	±27.00	39.31	±13.69	51.57	±71.76
Kararsızım	14.50	±12.28	17.66	±24.64	11.00	±23.16	36.11	±14.80	77.18	±77.36
	KW=0.75 p=0.687		KW=2.97 p=0.227		KW=6.65 p=0.036		KW=0.90 p=0.635		KW=5.96 p=0.051	

Tablo 4.31: Hastaların Sosyal Destek Alma Durumlarına Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Depresyon		Anksiyete		Enerji		Pozitif iyilik hali		Genel iyilik hali	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Destek alma durumu										
Evet	15.06	±11.34	16.20	±17.10	12.03	±19.61	37.81	±9.75	82.70	± 52.00
Hayır	16.57	±13.52	14.22	±18.51	12.12	±20.12	40.68	±12.29	87.90	±56.05
	U=4757.0 p=0.552		U=4773.5 p=0.581		U=4879.0 p=0.769		U=4255.0 p=0.061		U=4948.0 p=0.903	
Planlı eğitim alma durumu										
Evet	15.55	±12.98	14.00	±17.42	12.66	±16.06	40.88	±7.83	90.90	± 39.09
Hayır	15.92	±12.37	15.59	±17.98	11.88	±21.00	38.74	±12.07	83.50	± 58.16
	U=3621.0 p=0.713		U=3561.0 p=0.592		U=3700.5 p=0.888		U=3343.0 p=0.236		U=3535.5 p=0.545	

Tablo 4.32: Hastaların Sağlıklarını Algılama Durumlarına Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Depresyon		Anksiyete		Enerji		Pozitif iyilik hali		Genel iyilik hali	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Algılanan sağlık durumu										
Çok iyi	24.96	±10.84	-1.40	±15.23	32.66	±16.72	48.14	±15.09	141.30	± 53.62
İyi	17.00	±13.24	13.77	±20.01	12.33	±19.52	40.44	±11.88	87.87	± 56.32
Orta	15.19	±11.57	16.14	±15.30	11.44	±17.82	38.58	±9.60	82.85	± 47.05
Kötü	1.58	±11.66	40.02	±14.67	-17.95	±17.50	26.38	±8.78	4.27	±28.45
	KW=16.99 p=0.001		KW=26.02 p=0.000		KW=26.83 p=0.000		KW=18.59 p=0.000		KW=28.58 p=0.000	

Tablo 4.31’de hastaların sosyal destek alma durumları, planlı eğitim alma durumları ile genel iyilik hali ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tabloda da görüldüğü gibi sosyal destek alma durumu ve planlı eğitim alma durumu ile genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Hastaların algılanan sağlık durumları ile iyilik hali ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında algılanan sağlık durumu çok iyi olan hastaların genel iyilik ölçeği puan ortalaması 141.30 ± 53.62 iken algılanan sağlık durumu kötü olan hastaların ise genel iyilik hali ölçeği puan ortalamaları 4.27 ± 28.45 ’dir. Yapılan analize göre algılanan sağlık durumunun hastaların genel iyilik halini etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4.32).

Tablo 4.33: Hastaların Yeti Yitimi Durumları İle İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yeti yitimi puan ortalaması	İyilik hali ölçeği toplam puan ortalaması

Hastaların yeti yitimi puan ortalamaları ile genel iyilik hali ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Yapılan analiz sonucuna göre hastaların yeti yitimi puan ortalamaları arttıkça genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması düşmektedir (Tablo 4.33).

5.TARTIŞMA

Bu araştırmada tip 2 diyabetli hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algısı ve iyilik halinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda araştırmadan elde edilen bulgular tip 2 diyabetli hastalara ilişkin tanıtıcı özellikler,hastaların tanıtıcı özellikleri ile öz-etkililik ve iyilik halleri arasındaki ilişki literatür bilgisi doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bilgilerin İncelenmesi

Araştırmamızda tip 2 diyabetli hastaların yaklaşık yarısından fazlasını (%51.5) kadınlar oluşturmuştur (Bkz. Tablo 4.1). Bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında; diyabetli kadın oranı Turhan'ın (2007) çalışmasında %65.0, Kartal'ın (2006) çalışmasında %52.0, Kavak'ın (2006) çalışmasında %62.9 ve Coşansu Kuzu'nun (2009) çalışmasında %59.7 olarak görölmektedir. Satman ve ark (2011)çalışmasında diyabet sıklığı erkeklerde kadınlara göre hafifçe daha düşük bulunmuş olup kadın ve erkekler arasında çok anlamlı bir fark görölmemiştir. Araştırmamızın bulgusu diğer araştırmalarla ve literatür bilgisi le benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların %35.5'i 40-49 yaş grubunda olan hastalardır (Bkz. Tablo 4.1). Bu durum tip 2 diyabetin görölme yaşının 40 yaş ve üzerinde olduğunudoğrular niteliktedir (Heile 2004). Gelişmiş ve gelişmekte olan ölkeler için her yaş grubunda diyabet görölme sıklığında artış olması beklenmektedir. Bu artışın özellikle gelişmekte olan ölkelerde 45-64 yaş grubunda büyük oranda olacağı belirtilmektedir (Türker ve Süzmeçelik 2010).

Araştırmaya katılan hastaların %70.0'inin evli, %29.0'u ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Hastaların %37.5'inin 1000-1500 TL gelire sahip olduğu, %79.0'unun ortaokul ve üzerinde bir eğitime sahip olduğu belirlenmiştir.Şaran ve arkadaşları araştırmalarında eğitim düzeyi düşük ve yoksul olan diyabet hastalarında ölüm riskinin

daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Sharon vd 2013). Bu yüzden araştırmamıza katılan hastaların çoğunluğunun ortaokul ve üzerinde bir eğitime sahip olmaları olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %95.0' inin sosyal güvencesi bulunmaktadır (Tablo 4.2). Diyabetin maliyeti göz önüne alındığında hastaların sosyal güvenceye sahip olmaları onların diyabet tedavisine devam edebilmelerine ve eğer bir komplikasyon gelişmiş ise ona yönelik tedavi alabilmelerine sağladığı kolaylık açısından önemli bir durumdur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların diyabet süresi incelendiğinde, %50.0'sinin 1-4 yıl arasında olduğu görülmektedir (Tablo 4.4). Literatürde diyabetle ilgili yapılan çalışmalarda diyabetin süresi incelendiğinde, Kartal ve İnci'nin araştırmasında (2011) %33.6'sının, Kitiş'in (2002) araştırmasında %76.46'sının, Palabıyık Yılmaz'ın (2011) araştırmasında %62.2'sinin diyabet süresinin 10 yıldan fazla olduğu saptanmıştır. Yine Chan ve arkadaşlarının (2006) Tip 2 diyabetli hastalarda glisemi kontrolünü sağlamada hemşirenin sorumlulukları ile ilgili yaptığı araştırmasında ise, diyabet süresi yaklaşık 15.1 ± 8.0 'dir. Görüldüğü gibi yapılan çalışmalarda hastaların diyabet süresi farklılık göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarıdan fazlasının (%54.0) ailesinde diyabet hastalığı olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.4). Kartal ve ark.'larının (2008) tip 2 diyabetli bireylerin bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında hastaların %69,1'inin birinci derecede akrabalarında diyabet bulunduğu belirlenmiştir. Diyabetli hastaların akrabalarının diyabet olma riski genel popülasyona oranla tek yumurta ikizlerinde 10 misli, birinci derece akrabalarında 3.5 misli ve ikinci derece akrabalarında 1.5 misli daha fazla sıklıkta görülmektedir (Arslan vd 2001).Çalışmamızda hastaların birinci derecede akrabalarında diyabet hastası olma oranı oldukça yüksektir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğu (%47.5) diyabet tedavisi olarak OAD ilaç kullanmaktadır ve diyabet tedavisine gösterdikleri uyum orta derecelidir (Bkz. Tablo 4.4). Kartal ve İnci'nin (2011) araştırmasında hastaların %50.0'sinin tedaviye uyum düzeylerinin kötü olduğu saptanmıştır. Diyabetli kişi yaşantısı boyunca sağlıklı kalmak istiyorsa bazı kurallara uymak ve alışkanlıklarında

değişiklik yapmak zorundadır. Bu nedenle diyabetli hastaların hastalıkları ve gereksinimleri doğrultusunda eğitilmeleri gerekmektedir.

Kan şekeri düzeyi doğrudan beyni ve ruhsal işlevleri etkilediği gibi duygusal ve ruhsal değişimler de kan şekeri düzeyini etkilemektedir. Tıbbi tedaviye rağmen kan şekeri düzenlenemeyen olgularda stres ve kaygıönemli bir etkidir (Altunoğlu vd 2012). Hastaların kan şekeri ölçüm durumu incelendiğinde; %88.5'inin kan şekeri ölçümü yaptığı belirlenmiştir (Bkz Tablo 4.5). Kan şekeri ölçümü yaptıran hastaların sadece %7.0'si her gün düzenli olarak ölçüm yaptırmaktadır (Bkz. Tablo 4.5). Yani hastaların büyük çoğunluğu kan şekeri ölçümü yapmakta ve ölçümlerini düzenli olarak yapmamaktadır. Kartal'ın yapmış olduğu çalışmada hem deney hem de kontrol grubundaki hastaların sadece %2.2'sinin her gün düzenli olarak kan şekeri ölçümü yaptığı saptanmıştır (Kartal 2006).

Sağlıklı yaşamın temel taşlarından biri olan düzenli egzersiz yapma, hem bireyin sağlığına verdiği önemin hem de diyabet bakım ve tedavisi ile uyum içinde olduğunun bir göstergesidir (Tekin Yanık, 2011). Araştırmamızda hastaların %58.5'i egzersiz yaptığını ifade etmiştir. Ancak bunlardan sadece 7 hasta (%3.5) her gün düzenli olarak egzersiz yapmaktadır. Diyabetli hastalarda fiziksel aktivite klinik komplikasyon gelişimini ve mortalite riskini azaltır (Lamonte vd 2005). Yapılan çalışmalarda diyabetin tedavisinde ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinde, metabolik kontrolün sağlanmasında düzenli olarak yapılan fiziksel egzersizin oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır (ADA 2004, Kim vd 2004). Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde egzersiz yapıyorum diyenlerin büyük çoğunluğunun düzenli bir egzersiz yapmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun (%76.5) beslenmeye uyum durumları orta düzeydedir (Bkz Tablo 4.7). Diyabette beslenme tedavisinde amaç diyabetin ileri dönemde ortaya çıkabilecek kronik komplikasyonlarını önlemek ve tedavi etmek, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığını kazandırmak, yaşam süresini ve kalitesini yükseltmektir. Literatürde diyabetli bireylerin diyet tedavisine uyumunun genellikle yetersiz olduğu bilinmektedir (Surit 2001, Vincent 2006). Araştırmamızın bulgusu literatür bilgisi ile benzer bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların %71.5'i diyabetin komplikasyon oluşturmayan bir hastalık olduğunu inanmaktadır. Yine hastaların çoğunluğu (%90.5) kendisinde komplikasyon gelişmediğini belirtmiştir. Sivrikaya'nın (2006) yapmış olduğu çalışmada hastaların çoğunluğunun (%50.8) diyabete yönelik uzun dönemde gelişen komplikasyonları bilmediği belirtilmiştir. Çalışmamızın bulgusu, Sivrikaya'nın araştırmasında olduğu gibi hastaların çoğunluğunun diyabetin komplikasyonlarını bilmediğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %80.5'i diyabetin ciddi bir hastalık olduğunu, yine hastaların %83.5'i diyabeti tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu ifade etmiştir (Bkz Tablo 4.10). Hastaların diyabeti ciddi bir hastalık olarak algılamaları yapılan önerileri yararlı bulup bulmamasına ilişkin inanç ve tutumları ve hastalığına ilişkin durumlara aktif olarak katılımını etkiler.

Hastaların %51.0'i sosyal destek, %75.0'i ise planlı bir eğitim almamıştır. Sivrikaya'nın (2006) çalışmasında hastalarının %75.4'ünün diyabete yönelik planlı bir eğitim almadığını belirtmiştir. Oysaki diyabetli birey kendi başına bilinçli bakım kararları verebilmek ve bunları sürdürebilmek, hastalığını etkin biçimde kontrol altına alabilmek için gereksinim duyduğu entelektüel, davranışla ilgili, duygusal, psikososyal ve somut kaynakları sağlamalıdır. Bunu ancak sağlık çalışanlarından alacağı kendi kendine bakım desteği ile diğer bir ifade ile diyabet eğitimi ile sağlayabilir. Kendi kendine bakım desteği, tüm sağlık çalışanlarınca verilecek uygun bakımla birleştirildiği ve güçlendirildiği zaman en etkili olur (WEB_6). Diyabet eğitim programlarının hastaneye yatış süresini ve diyabete bağlı komplikasyonları azalttığı, bununla birlikte bireylerin yaşam tarzını değiştirmede etkili olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (Ghazanfari vd 2007, Miwa vd 2006).

Araştırmaya katılan hastaların; çoğunluğunun algılanan sağlık durumları orta (%63.5) olarak belirlenmiştir. Hiltunen ve arkadaşlarının (1996) araştırmasında diyabet tanısı alan hastaların tanı almayan hastalara göre algılanan sağlık durumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir. Gökdoğan ve Akıncı'nın (2001) çalışmasında ise diyabet hastalarının diyabetin tipi ve cinsiyete bağlı olmadan genelde mevcut sağlıklarını orta düzeyde yorumladıkları belirtilmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yeti yitimi durumlarına bakıldığında %59.5’inde yeti yitimi yok, %15.0’inde hafif yeti yitimi, %16.0’sında orta yeti yitimi, %9.5’inde ağır yeti yitimi bulunmuştur (Bkz Tablo 4.14). Özen’in (2007) hemodiyaliz tedavisi gören diyabetli ve diyabetli olmayan hastalar ile yapmış olduğu çalışmada diyabetli hastalarda ağır yetimi yüksek oranda bulunmuştur. Aynı çalışmada diyabet hastalığı süresi 10 yıldan fazla olan hastaların yeti yitimleri daha yüksek bulunmuştur. Hastalığın süresi, artan komplikasyonlar, tedavi şekillerinin sık değişmesi veya ilaç miktarlarının artması, ek hastalıkların bulunması ve beraberindeki yaşlanmanın diyete ve tedaviye uyumu zorlaştırması muhtemelen anksiyete, depresyon ve yeti yitimi oranının artmasına neden olmaktadır (Altunoğlu vd 2012).

5.2. Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği Puan Ortalaması, İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalaması ve Öz-etkililik Ölçeği ile İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Öz etkililik bireyin gelecekte karşılaşılabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derecede başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki yargısı ve inancıdır (Bandura 1982). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, diyabet gibi kronik hastalıklarda sağlığı geliştirme davranışlarının önemli bileşenlerinden biri olan öz-etkililik algısı, olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyicidir. Bireyin öz-etkililik algısının artması onun olumlu sağlık davranışları göstermesine neden olur (Stuifbergen vd 2000). Örneğin diyabetin tedavisi için düzenli yürüyüş yapabileceğini inanan bir kişi aynı zamanda bu davranışı eyleme geçirir ve sürdürür. Yapılan çalışmalarda yüksek öz etkililik algısına sahip olan bireylerin olumlu sağlık davranışları yapabildiği ve sürdürebildiği vurgulanmıştır (Kara 2006, Kartal 2006). Bu yüzden bu çalışmada hastaların diyabetin tedavisine yönelik davranışlarını kontrol edebilmeleri açısından, kendi güçlerini algılayışlarını değerlendirmek amacıyla uygulanan diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik puan ortalamaları incelenmiştir. Hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında, **“özelbeslenme ve kilo”** alt boyutundan alınan puan ortalaması 13.83 ± 3.25 , **“fizik egzersiz”** alt boyutu puan ortalaması 8.70 ± 2.28 , **“kan şekeri”** alt boyutu puan ortalaması 9.93 ± 3.18 , **“genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü”** alt boyutu puan ortalaması 28.14 ± 5.70 ’dir. Ölçekten alınan toplam puan ortalaması ise 60.61 ± 11.29 olarak bulunmuştur (Bkz Tablo 4.16). Usta’nın (2001) diyabetlilerde yaptığı araştırmasında da hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 63.90 ± 14.71 olarak bulunmuştur. Araştırmamızın bulgusu Usta’nın

bulgusu ile benzerlik göstermekle birlikte, bu ortalamalar hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algılarının çok yüksek düzeyde olmadığını göstermektedir.

Psikolojik iyilik hali, diyabet yönetiminde önemli hedeflerden olmasına rağmen, diyabetin psikolojik etkilerine çok az önem verilmektedir. Psikolojik iyilik halinin izlenmesi, psikolojik sorunların erken dönemde saptanmasını sağlayarak bunların tartışılmasını ve bu sorunların sonucunda verilecek tedaviyi kolaylaştırmaktadır. (Tahmişcioğlu 2008). Bu amaçla araştırmamızda tip 2 diyabetli hastaların iyilik hali incelenmiştir. Hastaların iyilik hali ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında ise iyilik hali ölçeği alt boyutlarından, “depresyon” alt boyutu puan ortalaması 15.83 ± 12.49 , “anksiyete” alt boyutu puan ortalaması 15.19 ± 17.81 “enerji” alt boyutu puan ortalaması 12.08 ± 19.85 , “pozitif iyilik hali” alt boyutu puan ortalaması 39.27 ± 11.18 olarak bulunmuştur (Bkz.Tablo 4.17).Toplam ölçek puan ortalaması ise 34.06 ± 4.79 ’dur (Bkz Tablo 4.17).Araştırmamızın sonucu tip 2 diyabetli hastaların iyilik halinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Literatürdeki diğer araştırmalar incelemiş ve şu sonuçlara ulaşılmıştır. Saatçi ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu araştırmada depresyon alt boyutu puan ortalaması 12.65 ± 3.80 , anksiyete alt boyutu puan ortalaması 10.57 ± 4.47 , enerji alt boyutu puan ortalaması 9.16 ± 2.47 , pozitif iyilik hali alt boyutu puan ortalaması 12.00 ± 4.01 , genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması ise 44.40 ± 13.23 olarak bulunmuştur.Tip 2 diyabetli hastalarla yapılmış olan bir başka çalışmada ise depresyon alt boyutu puan ortalaması 6.70 ± 2.3 , anksiyete alt boyutu puan ortalaması 10.42 ± 2.4 , enerji alt boyutu puan ortalaması 5.60 ± 1.6 , pozitif iyilik hali alt boyutu puan ortalaması 13.17 ± 3.7 , genel iyilik hali puan ortalaması 57.04 ± 10.3 olarak bulunmuştur (Sargın vd 2001). Araştırmamızın genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması bu araştırmalara göre düşük bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların iyilik hali ölçeği toplam puan ortalamaları ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; yapılan korelasyon analizi sonucunda iyilik hali ölçeği toplam puan ortalamaları ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Bkz Tablo 4.18). Bu sonuç, hastaların öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arttıkça iyilik hallerinin de arttığını göstermektedir.Öz-etkililik; bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliğidir. Öz-etkililik düzeyi, harekete geçmek için bireyin

motivasyonunu arttırabilir ya da harekete geçmeyi engelleyebilir (Oliver 2005). Güçlü bir bireysel etkililik hissi daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı elde etme, daha iyi sosyal bütünleşme sağlamaktadır (Erol 2009). Bu bilgiler doğrultusunda bizim araştırmamızın sonucuda beklenen bir sonuçtur.

5.3. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Bu bölümde hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri ile öz etkililik ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tip 2 diyabetli hastaların cinsiyetleri ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde, cinsiyet durumu ile öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde, cinsiyet durumu ile ilgili farklı sonuçların olduğu gözlenmiştir. Usta (2001), Erol (2009), Kartal (2006) ve Tekin Yanık (2011) araştırmalarında cinsiyet durumu ile öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir. Van Der ve ark.'nın (2003) çalışmasında Amerikalı erkeklerin diyabet öz bakımına yönelik öz-etkililik düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş grubu ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. ($p < 0.01$). 30-39 yaş grubundaki diyabetli bireylerin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. Araştırmamızda yaş grubu arttıkça öz-etkililik ölçeği puan ortalaması azalmıştır. Bu sonuç, bize genç bireylerin geleceğe yönelik daha sağlam plan yapabildikleri için öz etkililik puan ortalamasının daha yüksek çıktığını düşündürmüştür. Mollaoğlu'nun (2009) hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz-etkililik düzeyini değerlendirdiği çalışmasında, yaş arttıkça öz-etkililik algısının azaldığı saptanmış ve bu durumun kronik bir hastalığın kişilerde zamanla yarattığı biyopsikososyal sorunlar ve tükenmişlik ile yakından ilişkili olabileceği bildirilmiştir.

Hastaların medeni durumları ile diyabet yönetimine ilişkin öz etkililik durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$). Araştırmamızda dul ve boşanmış hastaların öz-etkililik ölçeği puan ortalaması (57.26 ± 17.76) bekar hastalara (64.10 ± 13.04) göre daha düşük bulunmuştur. Erol'un (2009) araştırmasında da genç hastaların öz-etkililik ölçeği puan ortalaması daha yüksek

bulunmuştur. Erol'a (2009) göre bu durumun sebebi genç ve bekar diyabetli hastaların önlerinde diyabetle birlikte yaşanacak uzun yıllar olduğunun bilincinde olması, diyabet öz bakımının önemini fark etmeleri ve gerekli aktiviteleri yapma konusunda kendilerini yeterli görmeleridir.

Literatürde diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililiği etkileyen önemli etmenlerden birinin de eğitim durumu olduğu belirtilmektedir (Usta 2001, Qiao 2004, Kartal 2006, Mollaoğlu 2009, Tekin Yanık 2011, Bohanny vd 2013). Çalışmamızda da eğitim seviyesi arttıkça öz-etkililik ölçeği puan ortalamasının arttığı görülmektedir (Bkz Tablo 4.19). Bu durum beklenen bir sonuçtur. Çünkü eğitim seviyesi arttıkça bireyler bilgilere daha kolay ulaşabilmektedir. Sağlığı konusunda daha duyarlı olup, edinilen bilgileri daha etkili bir şekilde hayata geçirebilmektedirler.

Araştırmamızda ev hanımı olan diyabetli hastaların diğer meslek grubundaki diyabet hastalarına göre öz-etkililik ölçeği puan ortalaması daha düşük bulunmuştur (Bkz Tablo 4.19). Bohanny ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da öz-etkililik ölçeği puan ortalaması çalışan bireylerde işsizlere göre daha yüksek bulunmuştur. Ev hanımlarının diyabet yönetimi için koşulları kendilerine uygun hale getirme şansları daha yüksek olduğundan, çalışanlara göre diyabet bakım ve tedavisine yönelik aktiviteleri daha rahat yapabilecekleri düşünülse de, öz-etkililik düzeylerinin düşük çıkması kendilerine olan güvenlerinin yetersiz olması ile ilişkilendirilebilir. Ekonomik özgürlüklerinin olmayışı, her gün aynı işlerle uğraşarak monoton bir yaşam sürdürmeleri ve yeterince takdir edilmemeleri özgüvenlerini olumsuz yönde etkiliyor olabilir (Erol 2009).

Yine tip 2 diyabetli hastaların aylık gelir durumu ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde, aylık geliri 500 TL'nin altında olan hastaların öz-etkililik puan ortalamaları (52.22 ± 5.78) aylık geliri 1500 TL'nin üzerinde olan hastalara (64.9 ± 9.64) göre daha düşük bulunmuştur. Aylık gelir durumu arttıkça hastaların öz-etkililik ölçeği puan ortalaması artmaktadır. Mollaoğlu'nun (2009) çalışmasında da gelir düzeyi yüksek olan olguların öz-etkililik düzeylerinin de yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmamızın bulgusu Mollaoğlu'nun araştırma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Yine hastaların sosyal güvence durumları ile öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, sosyal güvencesi olan hastaların sosyal güvencesi olmayanlara göre diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Sosyal güvencesi olan bireyler sağlık hizmetlerinden daha kolay ve rahat faydalanabilmektedirler. Bu durum hastaların öz-etkililik algılarını etkilemiş olabilir.

Araştırmamızda hastaların hastalık süresi uzadıkça diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalamasının düştüğü belirlenmiştir. Hastalık süresi bir yılın altında olan hastaların genel öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 67.20 ± 13.17 iken, hastalık süresi 10 yıl ve üzerinde olan hastaların öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 54.67 ± 11.42 'dir. Literatürde de hastalık süresi uzadıkça bireylerin bir kronik hastalığa sahip olmanın getirdiği sınırlılıkları daha uzun süre yaşadığı, daha çok invaziv girişimlere maruz kaldığı ve hastalık semptomlarının arttığı ve bu durumun yaşam kalitesinde de bozulmaya neden olduğu belirtilmektedir (Mollaoğlu 2005).

Hastaların tedavi tipi ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sadece diyet tedavisi alan hastaların öz-etkililik puan ortalaması hem insülin hem OAD ilaç alan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Kartal'ın (2006) çalışmasında da OAD ve diyet tedavisi alan hastaların öz-etkililik puan ortalaması daha yüksek çıkmıştır.

Öz-etkililik düzeyi, tedaviye uyumu ve dolayısıyla klinik değerleri etkileyen önemli bir faktördür (Mishali 2011). Bu araştırmada da tedaviye uyum düzeyleri ile öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasında ilişki olup olmadığına bakılmış, yapılan analiz sonucu hastaların tedaviye uyum düzeyleri ile öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Tedaviye uyumu iyi olan hastaların öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları tedaviye uyumu kötü olan hastalardan daha yüksektir.

Tip 2 diyabetli hastaların kan şekeri ölçme durumu ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde, kan şekeri ölçümü yapan hastaların öz-etkililik ölçeği puan ortalaması (61.55 ± 10.62), kan şekeri ölçümü yapmayan hastaların öz-etkililik ölçeği puan ortalamasından (53.3 ± 13.69) daha yüksek bulunmuştur. Düzenli olarak kan şekeri takibi yapmak diyabet tedavisinin önemli bir parçasıdır. Hastanın bu bilincin farkında olarak kan şekerini takip etmesi onun öz-

etkililik algısını yükseltmektedir. Literatürde de öz-etkililik düzeyi düşük olan bireylerin diyabete yönelik öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu ve diyabet yönetiminde başarısız oldukları bildirilmektedir (Glasgow vd. 2001, Van Der vd 2003).

Düzenli egzersiz yapmak diyabet hastaları için önemli bir faktördür. Egzersiz tip 2 diyabetli hastalarda kardiyovasküler hastalık, inme, aterosklerozdan ölüm riskini azaltır. Kilo kaybı yapıp yağ kütleini azaltarak glukoz toleransı ve insülin duyarlılığını artırır (Kasımay ve Metin 2009). Bizim çalışmamızda da egzersiz yapmanın öz-etkililik algısını etkilediği belirlenmiştir. Her gün düzenli olarak egzersiz yapan hastaların öz-etkililik ölçeği puan ortalaması düzensiz egzersiz yapan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Kartal (2006) ve Tekin Yanık (2011) çalışmalarında da egzersizin öz-etkililik algısını etkilediği görülmektedir. Yine Gleeson-Kreig'in (2006) çalışmasında da egzersiz yapan deney grubu hastaların öz-etkililik ölçeği puan ortalaması egzersiz yapmayan kontrol grubundaki hastaların öz-etkililik ölçeği puan ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur.

Yine hastaların beslenmeye uyum durumları ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış, beslenmeye uyum durumu iyi olan hastaların öz-etkililik ölçeği puan ortalaması beslenmeye uyumu kötü olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastalar kendilerine düşen rollerin bilincinde olduğu zaman hastalık ile daha olumlu bir şekilde yaşayabilmektedirler. Diyabette beslenmenin öneminin farkında olmak, kendi diyetine uyum sağlamak yaşam kalitesini arttıran faktörlerdendir.

Araştırmamızda diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algısını etkileyen bir diğer önemli faktörde hastaların algılanan sağlık durumudur. Araştırmamızda hastaların algılanan sağlık durumları ile öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde, algılanan sağlık durumunun diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik puan ortalamasını etkilediği belirlenmiştir. Algılanan sağlık durumu iyi olan hastaların öz-etkililik ölçeği puan ortalaması algılanan sağlık durumu kötü olan hastalara göre daha yüksektir. Erol'un (2009) çalışmasında da algılanan sağlığın öz-etkililik algısını etkilediği belirlenmiş, hastaların algılanan sağlık düzeyi düştükçe diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalamasının da düştüğü belirlenmiştir. Özcan'ın (1999) diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörleri değerlendirdiği çalışmasında

da algılanan sağlığı kötü olan diyabetlilerin, diyabet bakımlarının yetersiz ve bakıma yönelik engellerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu veriler araştırma bulgumuzu desteklemektedir.

Yine hastaların yeti yitimi durumları ile öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.27). Hastaların yeti yitimi puan ortalaması arttıkça öz-etkililik ölçeği puan ortalaması düşmektedir. Bu sonuç beklenen bir durumdur. Çünkü günlük yaşam aktivitelerinde yaşanan kısıtlamalar hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Literatürde bu konu ile ilgili yapılmış çalışmalar bulunamamıştır.

Tip 2 diyabetli hastaların birinci derece yakınlarında diyabet varlığı, diyabeti ciddi bir hastalık olarak algılanma durumu, sosyal destek alma ve planlı eğitim alma durumları ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

5.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Diyabetle başa çıkmak için hastanın iyilik halinin pozitif olmasına, kendi kendine bakım becerilerine, hastalık hakkında pek çok bilgiye, sağlığına ve kendine bakım konusunda pozitif tutum almasına gereksinim vardır (Dinççağ 2001). Bu yüzden bu bölümde de hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri ile iyilik hali ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelenmiştir.

Araştırmamızda cinsiyet durumu ile iyilik hali arasındaki ilişki incelendiğinde, cinsiyet durumunun iyilik hali ölçeğinin alt boyutlarından olan “**depresyon**” ve “**enerji**” alt boyutunu etkilediği, bunun dışındaki “**anksiyete**” ve “**pozitif iyilik hali**” alt boyutlarını etkilemediği belirlenmiştir. Çalışmamızda kadınların iyilik hali ölçeğinin depresyon alt boyutu puan ortalaması ile enerji alt boyutu puan ortalaması erkeklere göre daha düşüktür. Ancak çalışmamızda cinsiyet durumu ile genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Saatçi ve arkadaşları (2010) da araştırmamızda olduğu gibi cinsiyet durumunun genel iyilik halini etkilemediğini bulmuşlardır.

Hastaların yaş grupları ile iyilik hali ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında ise, yaşın iyilik halini etkilediği belirlenmiş, yaş ortalaması 30-39 yaş grubunda olan

hastaların genel iyilik hali puan ortalamasının 111.4 ± 55.53 olduğu, yaş ortalaması 60 yaş ve üzeri olan hastaların ise puan ortalamasının 36.65 ± 45.28 olduğu saptanmıştır. Görüldüğü gibi yaş arttıkça hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması düşmektedir.

Yine hastaların medeni durumları, eğitim durumları, meslek durumları ve aylık gelir durumları ile hastaların iyilik hali ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Dul ve boşanmış hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması evli hastaların puan ortalamasına göre daha düşük bulunmuştur. Yani evli hastaların iyilik halleri dul ve boşanmış hastalara göre daha iyi bulunmuştur.

Genel iyilik halini etkileyen bir başka faktörde hastaların eğitim durumudur. Araştırmamızda yükseköğrenim mezunu olan hastaların iyilik hali ölçeği puan ortalaması öğrenimi olmayan hastalara göre oldukça yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların genel iyilik hali puan ortalaması da artmıştır. Tahmişçioğlu'nun (2008) araştırmasında eğitim düzeyi yüksek olan hastaların hastalığın yönetimini daha iyi yapabildikleri belirlenmiştir (Tahmişçioğlu 2008).

Araştırmamızda hastaların meslek durumu ve aylık gelir durumlarının da genel iyilik halini etkilediği belirlenmiştir. Kronik hastalıklar yapılan sağlık harcamaları bakımından son derece pahalıdır. Üstelik bu maliyet çoğu zaman beraberinde iyileşmeyi getirmemekte, psiko-sosyal olumsuzlukların eşlik ettiği zorlu bir yaşam süreci hastanın duygusal boyutunu da aynı şekilde etkilemektedir (Alan 2008). Araştırmamızda aylık geliri 500TL ve altında olan hastaların genel iyilik hali puan ortalaması aylık geliri 1500 TL ve üzerinde olan hastaların iyilik hali puan ortalamasına göre oldukça düşük bulunmuştur (Tablo 4.29). Hastaların aylık gelirleri arttıkça genel iyilik hali puan ortalaması da artmaktadır.

Tip 2 diyabetli hastaların iyilik hallerini etkileyen diğer değişkenler, hastalığın süresi, tedavi tipi ve hastaların tedaviye gösterdikleri uyum düzeyleri olmuştur. Araştırmamızda hastalığın süresi arttıkça iyilik hali ölçeği puan ortalamasının düştüğü belirlenmiştir. Hastalık süresi uzadıkça hastaların psikolojik hallerinde bozulmalar görülmektedir. Hastalığın süresindeki uzama ve zorlu tedavi tipi hastaların uyumu olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle insülin kullanan hastalar insülin yapma

zorunluluğuna bağlı olarak yaşam kalitesinde azalma görülmektedir. Bizim araştırmamızda da insülin kullanan hastaların iyilik hali ölçeği puan ortalaması diğer tedavi tiplerine göre daha düşük bulunmuştur. Yine tedaviye uyumu iyi olan hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması tedaviye uyumu kötü olan hastalara göre oldukça yüksek bulunmuştur. Hastalığın süresi, artan komplikasyonlar, tedavi şekillerinin sık değişmesi veya ilaç miktarlarının artması, ek hastalıkların bulunması ve beraberindeki yaşlanmanın diyet ve tedaviye uyumu zorlaştırması anksiyete ve depresyonun artmasına sebep olmaktadır (Altunoğlu vd 2012).

Ayrıca hastaların kan şekeri ölçme durumları, egzersiz yapma durumları ve beslenmeye uyum düzeyleri ile hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kan şekeri ölçümü yaptıran hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 90.24 ± 52.67 iken kan şekeri ölçümü yaptırmayan hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 47.70 ± 50.36 'dır. Yine egzersiz yapan hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalamaları 104.99 ± 42.89 iken, egzersiz yapmayan hastaların puan ortalaması 57.66 ± 56.18 'dir. Beslenmeye uyum durumu iyi olan hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 114.75 ± 61.51 iken, beslenmeye uyumu kötü olan hastaların genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması 65.82 ± 66.98 'dir. Görüldüğü gibi, kan şekeri ölçme durumu, egzersiz yapma durumu ve beslenmeye uyum düzeyi hastaların iyilik halini etkilemektedir.

Bireyin sağlığı ve iyilik hali ile sürdürmekte olduğu yaşam tarzı birbiri ile yakından ilişkilidir. İyilik hali hareketi sağlığı güçlendiren, faktörleri saptamayı ve bireylerin yaşam biçimlerinde bu yönde değişiklik yapmayı amaçlamaktadır (Doğan 2006). Kendileri için risk faktörleri olan durumların bilincinde olmaları da bireylerin yaşamlarında değişikliğe sebep olur. Tip 2 diyabetli bir hastanın düzenli kan şekeri ölçümü yapması, uygun beslenme programına uyması ve düzenli egzersiz yapması onların hayatında var olan değişikliklerdir. Bizim çalışmamızda da görülüyor ki kan şekeri ölçümü yaptıran, egzersiz yapan ve beslenmeye uyumu iyi olan hastaların genel iyilik ölçeği puan ortalaması daha yüksektir Tahmişçioğlu'nun (2008) ve Saatçi'nin (2010) çalışmalarında da diyabetli hastalarda diyetin genel iyilik halini etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca diyabetli hastalarda düzenli egzersiz yapmanın faydaları araştırmalar ile desteklenmiştir (Krousel vd 2008). Bizim araştırmamızda da olduğu gibi Saatçi'nin (2010) araştırmasında da egzersizin iyilik halini etkilediği belirtilmektedir.

Bu durum hastalık için daha iyi uyum ya da kronik bir durumda daha iyi bir öz yönetici olmakla ilişkili olabilir. Önerilen yaşam tarzı değişiklikleri diyabetli hastaların iyilik hallerine katkıda bulunabilir (Saatçi 2010).

Algılanan sağlık subjektif ve birey düzeyinde ölçülebilen bir sağlık ölçütüdür. Bu araştırmada tip diyabetli hastaların algılanan sağlık durumu ile iyilik hali arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmış ve algılanan sağlığı çok iyi olanların iyilik hali puan ortalamalarının (141.30 ± 53.62) algılanan sağlığı kötü olanlara göre (4.27 ± 28.45) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kim'in (2008) çalışmasında algılanan sağlık durumunun hastaların iyilik halini etkilediği saptanırken, Jensen vd'nin (2004) çalışmasında ise algılanan sağlık durumunun iyilik halini etkilemediği belirlenmiştir. Araştırmamızın bulgusu Kim'in çalışmasına benzerlik gösterirken, Jensen vd'nin araştırmasına göre farklılık göstermektedir.

Ayrıca araştırmamızda hastaların yeti yitimi durumları ile genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelenmiştir. Tablo 4.38'de de görüldüğü gibi, yeti yitimi ile genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların yeti yitimi puan ortalaması arttıkça iyilik hali ölçeği puan ortalaması düşmektedir. Bu durum hastaların kendilerini yorgun hissetmeleri ve bunun sonucunda günlük işlerinde aksamalar yaşamalarından dolayı kendilerine olan öz güvenlerinin sarsılması ile ilişkili olabilir. Kendilerini yetersiz görmeleri psikososyal yönden olumsuz düşüncelere sahip olmalarına sebep olabilir.

Diyabetik hastalarda yaşam kalitesi hastanın iyilik hali olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle son yıllarda diyabetik hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önem kazanmıştır. Ayrıca diyabete bağlı komplikasyon gelişen hastalarda depresyon sıklığı artmaktadır. Komplikasyon geliştikçe hastanın yaşam kalitesi düşmekte, yaşamdaki engellemeler artmakta bu da yeti yitimine ve depresyon şiddetinin artmasına neden olmaktadır (Altunoğlu 2012).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tip 2 diyabetli hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algısı ve iyilik halini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmada hastaların öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arttıkça genel iyilik hallerinin de arttığı belirlenmiştir. Çalışma ile ilgili diğer sonuçlar aşağıda yer almaktadır;

1- Tip 2 diyabetli hastalarda diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği alt boyut puan ortalamaları “**özel beslenme ve kilo**” alt boyutunda puan ortalaması 13.83 ± 3.25 , “**fizikegzersiz**” alt boyutu puan ortalaması 8.70 ± 2.28 , “**kan şekeri**” alt boyutu puan ortalaması 9.93 ± 3.18 , “**genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü**” alt boyutu puan ortalaması 28.14 ± 5.70 ’ve genel öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması 60.61 ± 11.29 olarak saptanmıştır. Bu sonuç hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algılarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

2- Tip 2 diyabetli hastaların yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, aylık gelir durumu, sosyal güvence durumu, hastalığın süresi, diyabetin tedavi tipi, diyabet tedavisine uyumu, kan şekeri ölçme durumu, egzersiz yapma durumu, beslenmeye uyumu ve algılanan sağlık durumları ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken, cinsiyeti, birinci derece yakınlarında diyabet varlığı, diyabeti ciddi bir hastalık olarak algılanma durumu, sosyal destek alma ve planlı eğitim alma durumları ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

3- Tip 2 diyabetli hastaların iyilik hali ölçeği alt boyutlarından, “**depresyon**” alt boyutu puan ortalaması 15.83 ± 12.49 , “**anksiyete**” alt boyutu puan ortalaması 15.19 ± 17.81 , “**enerji**” alt boyutu puan ortalaması 12.08 ± 19.85 , “**pozitif iyilik hali**” alt

boyutu puan ortalaması 39.27 ± 11.18 , ve genel iyilik hali toplam ölçek puan ortalaması 34.06 ± 4.79 olarak saptanmıştır. Bu sonuç hastaların iyilik halinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

4- Tip 2 diyabetli hastaların yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, aylık gelir durumu, hastalığın süresi, diyabet tedavi tipi, diyabet tedavisine uyum, kan şekeri ölçme durumu, egzersiz yapma durumu, beslenmeye uyum ve algılanan sağlık durumları ile genel iyilik hali ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken, cinsiyet, sosyal güvence durumu, birinci derece yakınlarında diyabet varlığı, diyabetin ciddi olma durumu, diyabetin tedavi edilebilme durumu, sosyal destek alma ve planlı eğitim alma durumları ile genel iyilik hali ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

5- Hastaların yeti yitimi durumları ile diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması ve iyilik hali ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Araştırma elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde bireylerin öz-etkililik algıları son derece önemlidir. Bu yüzden özellikle tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin hastalığın yönetimine ilişkin öz-etkililik düzeyleri belirlenmeli, öz-etkililik düzeyini etkileyen faktörler değerlendirilmeli, hastaların öz-etkililik düzeyleri geliştirilmelidir.

Olumlu sağlık davranışları kazanabilmesi, yaşam kalitesinin artması ve güçlüklerle başa çıkabilmesi için diyabetli hastalar belirli aralıklarla eğitim almalı, öz güvenlerinin gelişmesine yönelik psikoeğitim programları olmalıdır. Diyabet hemşireleri bu doğrultuda eğitim almalı ve buna yönelik hastalara eğitim vermelidir. .

Tip 2 diyabetli hastalar tedavi süreçleri boyunca sadece biyolojik açıdan değil psikolojik açıdan da değerlendirilmeli, psikolojik iyilik hali göz ardı edilmemelidir.

Ülkemizde diyabetli hastaların öz-etkililik ve iyilik hallerini belirlemek için yapılan çalışmaların sınırlı olması nedeniyle daha fazla araştırma yapılarak literatürün zenginleştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akıncı, F. ve Gökdoğan, F. (2001) Bolu’da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarının Algılamaları ile Uygulamaları, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (1).
- Alan, H. (2008) Diyabetes mellitusta gözlenen duygusal ve kendini düzenleme stratejileri ile bu faktörlerin genel iyilik hali ve fiziksel sağlıkla ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, **Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Muğla, 182s.
- Alberti, K. G., Zimmet, P.ve Shaw, J.(2007) International Diabetes Federation: A consensus on Type 2 Diabetes Prevention. *Diabetic Medicine*. 24(5):451–63.
- Alkan, S. (2009) Tip 2 diabetes mellitusta birinci derece akrabalarda diyabet öyküsünün diyabet başlangıç yaşına etkisi, Uzmanlık Tezi, **Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi**, İstanbul, 45s.
- Altunoğlu Güldal, E., Sarı, Z., Erdenen, F., Müderrisoğlu, C., Ülgen, E. ve Sarı, M. (2012) Tip 2 Diabetes Mellitus’lu Hastalarda Diyabet Süresi ve HbA1c Düzeyleri ile Depresyon, Anksiyete ve Yeti Yitimi Arasındaki İlişki. *İstanbul Tıp Dergisi*, 13(3): 115-119.
- Altuntaş, Y. (2001) Diyabetes Mellitus’un tanımı tanısı ve sınıflaması”, Her Yönüyle Diyabetes Mellitus, (Yenigün, M., Ed.), **Nobel Tıp Kitabevleri**, İstanbul, s. 51-62.
- American Diabetes Association (2003) Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2002, *Diabetes Care*, 26:(3).
- American Diabetes Association (2004) Physical Activity/Exercise and Diabetes. *Diabetes Care*, 27(1): 58-62.
- American Diabetes Association, (2004) Nutrition Principles And Recommendations in Diabetes. *Diabetes Care*, 27(1): 36-46.
- American Diabetes Association (2006) Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, *Diabetes Care*, 29(1): 43-48.
- American Diabetes Association. (2008) Clinical Practice Recommendations Standarts of Medical Care 2008. Position Statement. *Diabetes Care*, 31(1):12-13
- American Diabetes Association, (2011) Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 34 (1): 62-69.
- American Diabetes Association (2012) Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 35 (1): 64 71.

- Arslan, A., Taştekin, G. Ve Bulun, M. (2001) Diyabetes Mellitus ve Genetik , Her Yönüyle Diyabets Mellitus, (Yenigün, M. Ed.), **İstanbul Nobel Tıp Kitap Evleri**, s1003-1007.
- Arslan, M. (2012) Diyabetes Mellitusta Tanı ve Sınıflandırma, İç Hastalıkları, 2, (İliçin, G., Biberöğlü, K., Süleymanlar, G. ve Ünal, S. Eds.), **Güneş Tıp Kitapevleri**, Ankara, s 2078-2091
- Arslan, M. (2012) Diyabetes Mellitusun Epidemiyolojisi, İç Hastalıkları, 2, (İliçin, G., Biberöğlü, K., Süleymanlar, G. ve Ünal, S. Eds.), **Güneş Tıp Kitapevleri**, Ankara, s 2092-2097.
- Bandura, A. (1977) Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 34(2): 191-215
- Bandura, A. (1989) Social Cognitive Theory. Vol:6, In R. Vasta (Ed.), *Annals of Child Development*, Greenwich, s1-60.
- Bandura,, A. (1982) Self-Efficiency Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37(2): 122-47.
- Bandura, A. (1991)Social Cognitive Theory of Self-Regulation. *Organizational Behaviour and Human Decision Process*, 50: 248-28.
- Bandura, A. (2000) Exercise of Human Agency Through Collective Efficacy. *American Psychological Society*, 9(3): 75-78.
- Bandura, A. (2004) Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education and Behaviour*,31(2): 143-164.
- Bayramova, N. ve Karadakovan, A.(2004) Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2):39-47.
- Bilge, S. (2013) Tip 2 diyabetes mellitus olgularında serum soluble syndecan-1 ve nötrofil syndcan-1 düzeyleri ile serum YKL-40 düzeyinin mikrovasküler komplikasyonlar ile ilişkisi, Uzmanlık Tezi, **Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi**, Manisa, 97s.
- Bottomley, A. (2002) The Cancer Patient and Quality of Life. *The Oncologist*, 7: 120-125.
- Boyle, P.J. and Zrebiec, J.(2007) Management of Diabetes-Related Hypoglycemia. *Southern Medical Journal*, 100 (2):183-194.
- Bozkurt, N. Ve Yıldız, E. (2008) Diabetes Mellitus ve Beslenme Tedavisi, Diyet El Kitabı, **Hatipoğlu Yayınevi**, Ankara, s.257-288.
- Bradley, C. (1994) The Well-eing Questionnaire, Handbook of Psychology and Diabetes (Bradley, C. Ed.), **Harwood Academic Publishers**, s89-109.

- Bradley, C. and Lewis, K.S. (1990) Measures of Psychological Well-Being and Treatment Satisfaction Developed from the Responses of People With Tablet-Treated Diabetes. *Diabetic Medicine*, 7: 445-51.
- Durna, Z. (2002) Diyabetin Sınıflandırılması ve Tanı Kriterleri, Diyabet Hemşireliği Temel bilgiler (Erdoğan, S.Ed.), **İstanbul Yüce Reklam Dağıtım A.Ş.**, s11-19.
- Büyüköztürk, K. (2007) İç Hastalıkları, **Nobel Tıp Kitabevleri**, İstanbul.
- Carrol, M.F., Burge, M.R. and Schade, D.S. (2003) Severe Hypoglycemia in Adults. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 4: 149-157.
- Cebeci, Z. ve Akarçay, K. (2012) Diyabetik Retinopati. *Klinik Gelişim*, 25: 16-19
- Chan, M. F., Wah Yee, A. S., Yee Leung, E.L. and Christine, M. (2006) The Effectiveness of a Diabetes Nurse Clinic in Treating Older Patients With Type 2 Diabetes for Their Glycaemic Control. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (6): 770-781.
- Christensen, N.K., Steiner, J., Whalen, J. and Pfister, R. (2000) Contribution of Medical Nutrition Therapy and Diabetes Self Management Education to Diabetes Control as Assessed by Hemoglobin A1c. *Diabetes Spectrum*, 13(2): 72-79.
- Collazo-Clavell M. (2004) Diyabet Tedavisi, (Gürlek, A .çev.), Mayo Clinic, **Güneş Kitabevi**, Ankara, 194s.
- Corapcıoğlu, D. (2003) Diyabetik Nefropati Önlenebilir Mi? *Turkish Journal Of Endocrinology And Metabolism*, 7(1): 31-32.
- Coşansu Kuzu, G. (2009) Tip 2 diyabetlilerde özbakım aktiviteleri ve diyabete ilişkin bilişsel-sosyal faktörler, **Doktora Tezi**, İstanbul, 132s.
- Çapoğlu, İ. ve Ünüvar, N., (2001) Diabetes mellitusun yeni tanı kriterleri ve sınıflandırılması, **Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı**, http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2001-EK1/html/2001-8-Ek1-003-008.html (20.03.213).
- Çetinalp, Ş. ve Yılmaz, C. (2002) Diabetes Mellitus İçin Güncel Bilgiler. In: Yılmaz C. (eds), Diyabet Hemşiresi El Kitabı. **Asya Tıp Yayıncılık**, İzmir, 13-43.
- Delibaşı, T. (2006) Endokrin Hastalıklar, Endokrinoloji 3. Baskı (Kadayıfçı, A. ed.), **Atlas Kitapçılık**, Ankara, s421-434.
- Demirel, M. (2008) İnsülin tedavisi başlanan diyabet hastalarında kilo değişimi ve bunu etkileyen parametrelerin irdelenmesi, Uzmanlık Tezi, **Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi**, İstanbul, 79s.
- Dewa, C.S. and Lin, E. (2000) Chronic Physical İllness, Psychiatric Disorder and Disability in the Workplace, *Social Science and Medicine*, 51:41-50.

- Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (DCCT) (1993) The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on The Development and Progression of Long-Term Complications In Insulin- Dependent Diabetes Mellitus. *New England Journal of Medicine*, 329: 977- 986
- Dinççağ, N. (2001) Diyabetes Mellituslu Hastanın Eğitimi, Her Yönüyle Diyabetes Mellitus, (Yenigün, M. ve Altuntaş, Y.,Eds.). **Nobel Tıp Kitabevi, Ltd.Şti.**, İstanbul, s 997-1002.
- Doğan, T. (2006) Üniversite Öğrencilerinin İyilik Halinin "Maneviyat" ve "Serbest Zaman" Boyutlarının İncelenmesi. *Türk Psikolojik Rehberlik ve Danışma Dergisi*, 3(26).
- Doğan, T. (2006) Üniversite Öğrencilerinin İyilik Halinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*,30: 120-129
- Druss, B.G., Marcus, S.C., Rosenheck, R. A., Olfson, M. and Tanielian, T. (2000) Understanding Disability in Mental and General Health Conditions. *Am J Psychiatry*,157:1485-1491.
- Erol, Ç.(2011) Endokrinoloji. **MN Medikal & Nobel Tıp Kitap Sarayı.** İstanbul
- Erol, Ö. (2009) İnsülin kullanan diyabetlilerde hipoglisemi korkusu ve öz-etkililik, Doktora Tezi, **İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 145s.
- Franz, M. J., Bantle, J. P. , Beebe, C. A. , Brunzell, J. D., Chiasson, J. L. and Garg. A. (2002) Evidence-Based Nutrition Principles and Recommendation for The Treatment and Prevention of Diabetes and Related Complications. *Diabetes Care*,25:148-98.
- Funnell, M. M. andAnderson, R. M. (2004) Empowerment and Self Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 22: 123-127.
- Gallant M. P. (2003) The Influence of Social Support on Chronic İllness Self-Management: A Review and Directions for Research. *Health Education & Behavior*, 30 (2): 170-195.
- Gedik, O. (2012) Diyabetes Mellitus Tedavisi, İç Hastalıkları, 2, (İliçin, G., Biberoglu, K., Süleymanlar, G. ve Ünal, S. Eds.), **Güneş Tıp Kitapevleri**, Ankara, s2105-2118.
- Ghazanfari, Z., Ghofranipour, F., Tavafian, S. S., Ahmadi, F. and Rajab, A.(2007) Lifestyle Education and Diabetes Mellitus Type 2: A Non Randomized Control Trial, *Iranian Journal of Public Health*,36(2): 68-72.
- Stuifbergen, A. K., Seraphine, A. and Roberts, G. (2000) An Explanatory Model of Health Promotion and Quality of Life in Chronic Disabling Conditions. *Nursing Research*, 49:122-129.

- Glanz, K., Rimer, B. K., Viswanath, K. (Eds.). (2008). Health behavior and Health Education Theory, Research, and Practice (4th Ed.), **CA: Jossey Bass**, San Francisco, s23-38.
- Glasgow, R.E., Tooberth, D.J. and Gilette, C.D. (2001) Psychosocial Barriers to Diabetes Self management and Quality of Life. *Diabetes Spectrum*, 14(1): 33-41.
- Gleeson Kreig, J. M. (2006) Effects on Self Efficacy and Behavior in People With Type 2 Diabetes: Self Monitoring of Physical Activity. *The Diabetes Educator*, 32(1): 66-77.
- Gözüm, S. (1999) Öz-Etkililik Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Formunun Yapı Geçerliliği: Öz-Etkililik Yeterlilik ile Stresle Başa Çıkma Algısı Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1):35-43.
- Gözüm, S. ve Aksayan, S.(1999) Öz-Etkililik Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1): 21-32.
- Gözüm, S. ve Bağ, B. (1998) Etkin Sağlık Eğitiminde Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının Kullanımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1(2): 33-42.
- Grezebalski, D. K. (1997) The Emergence of Diabetes Specialist Nurses in the UK, (Piskkup, J.C.,Williams, G. Eds), Text book of Diabetes. 2nd edition, **Blackwell Science Ltd**, Oxford.
- Gülseren, L., Hekimsoy, Z., Gülseren, Ş., Savaş, K. ve Bodur, Z. (2001) Diyabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ev Yeti Yitimi, *Türk Psikiyatri Dergisi* , 12(2):89-98.
- Heile, M. (2004) 28 Days to Diabetes Control. *Diabetes Positive Magazine*, s2-43.
- Hiltunen, L., Kiukaanniemi, J. K., Laara, E. and Kivala, S. L. (1996) Self- Perceived Health and Symptoms of Elderly Persons With Diabetes and Impaired Glucose Tolerance. *Age Ageing*, 25:59-66
- Jacobson, A. M., De Groot, M. and Samson, J. A. (1997) The Effects of Psychiatric Disorders and Symptoms on Quality of Life in Patients With Type I and Type II Diabetes Mellitus. *Quality Life Reserch*, 6: 11–20.
- Jensen, C.J., Ferrari, M. and Cavanaugh, J.C. (2004) Building on the Benefits: Assessing Satisfaction and Well-Being in Elder Care. *Ageing International*, 29(1): 88-110.
- Jonsson, P.M., Nyström, L., Sterky, G. and Wall, S. (2001) Sociodemographic Predictors of Self.Rated Health in Patient With Diabetes of Short Duration. *Scand J Public Health*,29: 263.270.

- Kara, M., Van Der Bijlb, J. J., Shortridge-Baggett, L. M., Astıd, T. and Erguney, S. (2006) Cross- Cultural Adaptation of The Diabetes Management Self Efficacy Scale For Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: Scale Development. *International Journal of Nursing Studies*, 43: 611–621
- Karaca Sivrikaya, S. (2006) Tip 2 diyabetes mellitus hastalarına verilen planlı eğitimin hastaların tutumlarına, iyilik hallerine ve metabolik kontrol değişkenlerine etkisi, Doktora Tezi, **Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Erzurum, 84s.
- Kartal, A., Çağırğan, M. G., Tıgılı, H., Güngör, Y., Karakuş, N. Ve Gelen, M. (2008) Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutumları ve Tutumu Etkileyen Faktörler. *Taf Prev Med Bull*, 7(3):223-230.
- Kartal, A.(2006) Diyabetli hastalarda planlı eğitim programının sağlık inancına ve diyabet yönetimine etkisinin incelenmesi, Doktora Tezi, **Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 163s.
- Kartal, A. Ve İnci, F. H. (2011) A Cross Survey of Self- Perceived Health Status and Metabolic Control Values in Patients with Type 2 Diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 48: 227-234
- Kasımay, Ö. ve Metin, G. (2009) Kronik hastalıklarda egzersiz, Marmara Üniversitesi TıpFakültesi, http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/klinik_2009_22_1/7.pdf(01.22.2014).
- Kavak, H. (2006) Tip 2 diyabetes mellitus ile beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişkiler, **Yüksek Lisans Tezi**, Erzurum, 44s.
- Kavaklı, B., Sargın, M. ve Gümüş, M. (1998) Diyabetes Mellitusun Akut Metabolik Komplikasyonları: Laktik Asidoz. *Kartal Eğitim ve Araştırma Klinikleri*, IX: 1-4.
- Kim, J. C., Hwong, R. A. and Yoo, S.J. (2007) The Impact of a Stage Matched Intervention to Promote Exercise Behavior in Participants With Type 2 Diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 41: 833-841
- Kim, S. (2008) Interdependence of spirituality and well-being among korean elders and family caregivers., Doktora Tezi, *The University Of Arizona College of Nursing*, Tucson,Arizona, 240s.
- Kitiş, Y. (2002) Diyabetlilerin evde izlenmesinin diyabet kontrolüne etkisi, Doktora Tezi, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 120s.
- Koski, R. R. (2006) Practical Review of Oral Antihyperglycemic Agents for Type 2 Diabetes Mellitus. *The Diabetes Educator*, 32(6): 869-876.
- Kralik, D., Koch, T., Price, K. and Howard, N. (2004) Chronic İllness Self-Management: Taking Action to Create Order. *Journal of Clinical Nursing*, 13: 259-267.

- Kurt, M., Atmaca, A. ve Gurlek, A. (2004) Diyabetik Nefropat. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 3(1): 12-17.
- Küçük, A. (2013) Tip 2 diyabetli bireylerde farklı öğünlerde tüketilen protein kaynaklı besin ve sebze tüketiminin kan şekeri üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, **Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 93s
- Lamonte, M.J., Blair, S.N. And Church, T. S. (2005) Physical Activity and Diabetes Prevention.. *Journal of Applied Physiology*, 99: 1205-1213.
- Lee, W.S. (2005) Encyclopedia of School Psychology. **Sage Publication**, 688s.
- Mcdonald, P.E., Tilley, B.C. and Havstad, S.L., (1999) Nursing Perception: Issues that Arise in Caring for Patients with Diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2): 425-430.
- Mensing, C., Boucher, J., Cypress, M., Weigger, K. and Mulcahy, K., Barta, P. (2003) National Standarts For Diabetes Self Management Education. *Diabetes Care*25 (1): 140-147.
- Mishali, M., Ömer, H., Heymann ve A. D. (2011) The İmportance of Measuring Self-Efficacy inPatients With Diabetes. *Family Practice*, 28:82-87.
- Miwa, S. ve Kawamori, R.(2006) The Treatment Policy of Elderly Diabetic Patients in Preparation for the Super Aged Societ. *Japanese Journal of Clinical Medicine*, 64(1): 7-11.
- Mollağlu, M. (2005) Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Depresyon. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, (Temmuz-Ekim): 55-60.
- Mollaoğlu, M. ve Bağ, E. (2009) Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Yeterlilik Ve Etkileyen Faktörler. *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 72(2):37-42.
- Myers, J.E., Sweeney, T.J. and Witmer, J.M. (2000) The Wheel of Wellness Counseling For Wellness: A Holistic Model for Treatment Planning. *Journal of Counseling and Development*,78: 251-266.
- Nathan, D. M., Buse, J.B., Davidson, M.B., Heine, R.J., Holman, R.R., Sherwin, R., and Zinman, B. (2006) Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: a Consensus Algorithm for the İnitiation and Adjustment of Therapy: a Consensus Statement From The American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*, 29:1963–1972.
- Olgun, N. (2002) Kendi Kendini İzleme, Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler, (Erdoğan, S. Ed.), **İstanbul Yüce Reklam Dağıtım A.Ş.** s67- 79.
- Olgun, N. (2002) Hipoglisemi ve Hiperglisemi, Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler, (Erdoğan,S.Ed), **İstanbul Yüce Reklam Dağıtım**, s.105-116.

- Onat, A. (2009) Türk Erişkinlerinde Diyabet ve Prediyabet: Patogeneze Önemli Katkı. **TEKHARF Çalışması**, s140-148.
- Öz, F. (2004) Sağlık Alanında Temel Kavramlar. **İmaj iç ve dış tic. As.** Ankara
- Özkan, S. (1993) Psikiyatrik Tıp: Konsultasyon-Liyazon Psikiyatrisi. 1. baskı, **Nobel Tıp Kitabevi**, İstanbul, s.94-99.
- Özata, M. (2011) Endokrinoloji, Metabolizma ve Diabet, **İstanbul Tıp Kitapevi** 529-675.
- Özcan, Ş. (1999) Diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, Doktora Tezi, **İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü** İstanbul, 1974s.
- Özcan, Ş.(2001) Diyabetes Mellituslu Hastaların Yönetimi ve Hemşirelik, Her Yönüyle Diyabetes Mellitus, (Yenigün, M. ve Altuntaş, Y.,Eds.). **Nobel Tıp Kitabevi, Ltd.Şti.**, İstanbul, s969-996,
- Özen, E. (2007) Hemodiyalzi tedavisi gören diyabetli ve diyabetli olmayan hastaların bakım gereksinimleri ve uygulamalarının karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, **Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Bolu, 93s.
- Özkan, S. ve Durna, Z. (2006) İnsüline Bağımlı Diyabetli Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Belirlenmesi. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 22 (2) : 121-135.
- Özmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A. ve Boratav, C.. (2002) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 13(1):23-32.
- Palabıyık Yılmaz, D. (2011) Diyabetik hastaların diyabetik ayak ile ilgili bilgi ve tutumlarının diyabetik ayak lezyonlarının gelişimi üzerine etkileri, Yüksek Lisans Tezi, **Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Afyon, 114s.i
- Pearson, T. (2008) Glucagon As Treatment of Severe Hypoglycemia. **The Diabetes Educator**,34(1): 128-134.
- Peters, J., Hutchinson, A., Mackinnon, M., McIntosh, A. and Cooke, J. , (2001) What Role do Nurses Play in Type 2 Diabetes Care in The Community: a Delphi Study, **Journal of Advanced Nursing**, 34 (2): 179-188.
- Petterson, T., Lee P, Hollis S., Young, B., Newtton, P. and Dornan, T. (1998). Well-Being and Treatment Satisfaction in Older People With Diabetes. **Diabetes Care**, 21: 930-5.
- Porsuk, A. Ö. (2012). Kırklareli ilinde çalışan hekimlerin tip 2 diyabet ve tip 2 diyabetin risk faktörlerinin saptanması ve azaltılmasına yönelik hizmet verdikleri toplumda farkındalık ve davranış değişikliği yaratma açısından durumları ve sorunların değerlendirilmesi, Doktora Tezi, **Kırkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Edirne, 159s

- Pouwer, F., Van Der Ploeg, H. M. , Ader, H. J., Heine, R. J and Snoek, F.J. (1999) The 12-item Well-Being Questionnaire. An Evaluation of its Validity and Reliability in Dutch People With Diabetes. *Diabetes Care*, 22: 2004-10.
- Qiao, J. and Shiu, A. (2004) Diabetes Self-Efficacy and Self-Care Behaviour of Chinese Patients Living in Shanghai. *Journal of Clinical Nursing*, 13:771-772.
- Oliver, M. (2005) Reaching positive outcomes by assessing and teaching patients self-efficacy. *Home Healthcare Nurse*, 23(9): 559-562.
- Redding. C. A., Rossi, J.S., Rossi, S. R., Velicer, W. F. and Prochaska, J. O., (2000) Health Behavior Models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3: 180-193
- Riccardi, G., Giacco, R. and Parillo, M. (2003) Lifestyle Modification to Prevent Type 2 Diabetes. *Congress Series*, 1253:231-236.
- Rubin, R.R. and Peyrot, M.(1999) Quality of Life and Diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 15(3): 205-218.
- Saatçi, E., Tahmişçiöğlü, G.,Bozdemir, N., Akpınar, E., Özcan, S. ve Kurdak, H. (2010) The Well-Being and Treatment Satisfaction of Diabetic Patients in Primary Care. *Healty and Quality of Life Outcomes*, 8:67.
- Sargın, M., Sargın, H., Şengül, A.M., Hezer, Ö., Aydın, A. ve Yayla, A. (2001) Tip2 Diyabetli ve/veya Hipertansif Vakalarda Ruhsal İyilik Halini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, XII : 1-2-3
- Satman, I., Yılmaz, T., Şengül, A. ve ark. (2002) Populationbased Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey. Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care.*; 25(9): 1551-6.
- Satman, İ. (2002) Epidemiology Study. Population-based study of diabetes and related risk characteristics of Turkey. *Results of the Turkish Diabetes Care*, 25: 1551–1556.
- Satman, İ. (2013) Epidemiology Study. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*, 28: 169-180.
- Satman, İ. ve TURDEP-II Çalışma Grubu (2011) Türkiye diyabet prevalans çalışmaları: TURDEP-I ve TURDEP-II, 47. Ulusal Diyabet Kongresi, http://diyabet.gov.tr/content/files/bilimsel_arastirmalar/turdep_1_turdep_2.pdf (11.15.2013).
- Schwarzer, R., and Fuchs, R.(1995) Self-efficacy and Health Behavior. To appear in: Conner M, Norman P. Predicting Health Behavior: Research and Practice with Social Cognition Models, Buckingham: **Open University Press**.
- Sermen, Y. (2001) Obezite ve Diyabetes Mellitus, Her Yönüyle Diyabets Mellitus, (Yenigün, M. Ed.), **İstanbul Nobel Tıp Kitap Evleri**, s255

- Sharon, H. S., Imperatore, G. and Beckles, G.L. (2013) Socioeconomic Status and Mortality Contribution of Health Care Access and Psychological Distress Among U.S. Adults with Diagnosed Diabetes. *Diabetes Care*, 36(1): 49-55.
- Shaw J.E., Sicree, R. A. and Zimmet, P. Z. (2010) Global Estimates of The Prevalence of Diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87(1): 4-14.
- Sicree R., Shaw, J. and Zimmet, P. (2009) The Global Burden Diabetes and Impaired Glucose Tolerance. *Diabetes Atlas*, 4th Edition,
- Sözen, T. (2012) Diyabetes Mellitusun Akut Komplikasyonları, İç Hastalıkları, 2, (İliçin, G., Biberöglü, K., Süleymanlar, G. ve Ünal, S. Eds.), **Güneş Tıp Kitapevleri**, Ankara, s 2131-2143.
- Sözen, T. (2012) Diyabetes Mellitusun Kronik Komplikasyonları, İç Hastalıkları, 2, (İliçin, G., Biberöglü, K., Süleymanlar, G. ve Ünal, S. Eds.), **Güneş Tıp Kitapevleri**, Ankara, s 2119-2130.
- Standl, E. and Fuchtenbusch, M. (2003) The Role of Oral Antidiabetic Agents: Why and When to Use an Early-Phase İnsulin Secretion Agent in Type II diabetes Mellitus. *Diabetologia*, 46(1): M30-6.
- Surit, P. (2001) Health Beliefs, Social Support and Self Care Behaviors of Older, Thai Persons With Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus, A Dissertation Submitted to The Faculty of the School Nursing, **Catholic University of America**.
- Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V. (2009) Biyoistatistik, 13. Baskı, **Hatiboğlu Basım ve Yayım San.Tic.Ltd.Şti.**, Ankara, 299s.
- Tahmircioğlu, G. (2008) Birinci basamak sağlık kuruluşunda takip edilen tip 2 diabetes mellituslu hastaların glisemik kontrollerinin, lipid profillerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi., Uzmanlık Tezi, **Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilidalı**, Adana, 128s.
- Tekin Yanık, Y. (2011) Tip 2 diyabetlilerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi, Yüksek lisans Tezi, **Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Edirne, 68s .
- Tuğrul, A. (2002) Diyabetik Nefropati. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(2): 113-121.
- Tunçel E., ve İmamoğlu, Ş. (2001) İnsülin Tedavi Prensipleri, Her Yönüyle Diabetes Mellitus, (Yenigün, M., Altuntaş, M. Eds), **Nobel Tıp Kitabevi**, İstanbul, s951-962.
- Türker, M. ve Süzmeçelik, E. (2010) Türkiye’de ve Dünyada Rakamlarla Diyabet. *Mised*, 23-24: 62-66.
- Türkmen, E. (2008) Diyabet ve obezite. **Fevzi Çakmak Diyabet Merkezi Tabibi** <http://www.bsm.gov.tr/diyabet/> (11.18.2013).

- UKPDS Group. (1998). Intensive Blood Glucose Control With Sulphonylureas or Insulin Compared with Conventional Treatment and Risk of Complications in Patients With Type 2 Diabetes (UKPDS 33). *The Lancet*,352: 837- 853.
- Usta Yeşilbalkan, Ö. (2001) Tip 2 diyabetli hastaların kendi kendilerine bakımlarındaki özyeterlilik ve özyeterliliklerini etkileyen faktörlerin incelenmesi., Yüksek Lisans Tezi, **Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 216s.
- Van Der Bilj, J.J., Poelgeest Eeltink, A.V. and Shortridge Baggett, L. (1999) The Psychometric Properties of Diabetes Management Self –Efficacy Scale for Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 30: 352-359.
- Van der Ven, N.C.W., Weinger, K., Yi, J., Pouwer, F., Ader, H., Van der Ploeg, H.M. and Snoek, H. M. (2003) The confidence in diabetes self-care scale: Psychometric properties of a new measure of diabetes-specific self-efficacy in Dutch and U.S. patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*,26(3), 713-718
- Van Der Ven, N.C.W., Weinger, K., Yi, J., Pouwer, F., Ader, H., Van der Ploeg, H.M. (2003). The Confidence in Diabetes Self-Care Scale. *Diabetes Care*,26(3): 713-718.
- Vincent, D., Clark, L., Zimmer, L.M. and Sanchez, J. (2006) Using Focus Groups to Develop a Culturaly Compenent Diabetes Self Managenet Program for Mexican. *The Diabetes Educator*, 32(1): 89-97
- Visser, A, and Snoek, F. (2004) Perspectives on Education and Counselling for Diabetes Patients. *Patient Education and Counselling*, 53(3): 251-255.
- Walton Bohanny, W., Vivienne Wu, S. H., Liu, C. Y., Yeh, S.H., Tsay, S.L. and Wang, T.J. (2013)Health Literacy, SelfEfficacy, and Self-Care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(9): 495-502
- WEB_1. (2010). TURDEP-II Sonuçlarının Özeti, <http://www.itf.istanbul.edu.tr/> (03.03.2014)
- WEB_2. (2013) Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). Diabetes Mellitus Çalışma Grubu. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem klavuzu. http://www.turkendokrin.org/files/pdf/diabetes_klvz2011_web.pdf (01.02.2014).
- WEB_3.(2013)Dünyada diyabet hemşireliği. http://www.tdhd.org/pdf/diyabet_hemsireligi_nedir.pdf (14.02.2014).
- WEB_4. (2009)Türkiyede diyabet Profili, diyabet bakım izlem ve tedavisinde mevcut durum değerlendirmesi çalıştay raporu 2009 diyabet 2020 vizyon ve hedefler. http://www.tsn.org.tr/folders/file/Turkiyede_Diyabet_Profil.pdf#page=92 (20.01.2014).

- WEB_5.(2011) Türkiye diyabet önleme ve kontrol programı, [http://www.saglik.gov.tr/\(12.24.2013\)](http://www.saglik.gov.tr/(12.24.2013)).
- WEB_6. (2013). Diyabet eğitiminin önemi, <http://www.turkdiab.org/sayfa.aspx?m> (24.11.2013).
- WEB_7. (2013). International Diabetes Federation, Diabetes Atlas,Sixtyh Edition. <http://www.idf.org> (15.02.2014).
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., King H. (2004) Global Prevalance of Diabetes.Estimates For The Year 2000 and Projections for 2030, **Diabetes Care**,27: 1047-1053.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicre, R. and King, R. (2004) Global Prevalence of Diabetes. **Diabetes Care**, 27 (5): 1047-1053.
- Yale, J.F., Begg, I., Gerstein, H., Houldan, R., Jones, H., Maheux, P., and ark. (2001). CanadianDiabetes Association Clinical Practice Guidelines for the prevention and management of hypoglycemia in diabetes. **Canadian Journal of Diabetes**,26(1): 22-35.
- Yazıcı, H., Hamuryudan, V., Sonsuz, A.(2007) Cerrahpaşa İç Hastalıkları.1. Baskı. **İstanbul Medikal Yayıncılık; Bilimsel Eserler Serisi Ltd. Şti.**, İstanbul.
- Yıldırım, F. ve İlhan, Ö. İ. (2010) Özyeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 21(4):301-8.
- Yılmaz, C., Fadıoğlu, Ç., Şetinkalp, Ş. ve Değirmenci, C. Diyabet Hemşiresinin El Kitabı, 2. Baskı, **Asya Tıp Kitabevi**, İzmir
- Yumuk, N. (2008) Tip 2 diyabetli hastaların diyetlerinin içerdiği glisemik indeks ve glisemik yükün değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 142s.

EKLER

EK-1. DİYABETLİ HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİ BELİRLEME FORMU

Elinizdeki anket formu “Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik algısı ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi” amacıyla hazırlanmıştır. Araştırma için kullanılacak bilgilerden, sizin kimliğinizi açığa çıkartacak ya da size zarar verecek herhangi bir bilgi sunulmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırmanın doğruluğu ve geçerliliği açısından cevaplarınızın doğru ve eksiksiz olması gerekmektedir. Anketin doldurulması konusunda vereceğiniz **SAMİMİ VE GERÇEĞE UYGUN** cevaplara ve gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederiz.

Bölüm 1: Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine İlişkin Veri Formu

1.Cinsiyetiniz

1. Kadın
2. Erkek

2. Kaç yaşındasınız.....(yaş olarak)

- 1.30-39
2. 40-49
3. 50-59
4. 60 yaş ve üzeri

3. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli
2. Bekar
3. Dul- boşanmış

4. Eğitim durumunuz nedir?

1. Okur yazar değil
2. Okur yazar
3. İlkokul mezunu

4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu
6. Yüksek öğretim mezunu

5. Mesleğiniz nedir?

1. İşçi
2. Memur
3. Serbest olarak kendi hesabına çalışıyor
4. Emekli
5. Ev hanımı
6. İşsiz- çalışmıyor
7. Diğer.....

6. Aylık gelir durumunuz aşağıdaki sınıflandırmalardan hangisine girmektedir?

- 1) 500 YTL'nin altı
- 2) 500-999YTL
- 3) 1000- 1500
- 4) 1500 YTL'nin üzeri

7. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1. Gelir giderden az
2. Gelir gidere eşit
3. Gelir giderden fazla

8. Sosyal güvenceniz nedir?

1. Sosyal güvencesi yok
- 2.Emekli sandığı
3. SSK
4. Bağ-kur
5. Özel sigorta
6. Yeşil kart
7. Diğer.....

9. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

10. Alkol kullanıyor musunuz ?

1. Evet
2. Hayır

Bölüm 2: Hastalık ile İlgili Özelliklere İlişkin Veri Formu

11. Kaç yıldır diyabet hastasıdır?

1. Bir yılın altında
2. 1-4 yıl
3. 5-9 yıl
4. 10 yıl ve üzeri

12. Birinci derecede yakınlarınızda diyabet hastası olan var mı?

1. Evet.....
2. Hayır.

13. Şu anki diyabet tedavinizin tipi aşağıdakilerden hangisidir?

1. Sadece diyet tedavisi
2. Ağızdan alınan şeker düşürücü hap (OAD) (tatlandırıcı hariç)
3. İnsülin
4. Ağızdan alınan şeker düşürücü hap (OAD) + insülin
5. Diğer.....

14. Şu anki diyabet tedavinize uyumunuz sizce nasıl?

1. İyi
2. Orta
3. Kötü

15. Kan şekeri ölçümü yapıyor / yaptırıyor musunuz?

1. Evet yapıyorum/yaptırıyorum
2. Hayır yapmıyorum/yaptırmıyorum

16. Kan şekeri ölçümünü ne sıklıkta yapıyor veya yaptırıyorsunuz?

1. Her gün
2. Ara sıra
3. Düzensiz
4. Diğer.....

17. Egzersiz yapıyor musunuz?(cevabınız hayır ise 22. soruya geçiniz)

1. Evet
2. Hayır

18. Ne sıklıkta egzersiz yapıyorsunuz?

1. Her gün düzenli olarak
2. Haftada 1-2 kez
3. Düzensiz

19. Şu anki beslenmenize uyumunuzu nasıl tanımlarsınız

1. İyi
2. Orta
3. Kötü

20. Diyabetinizin kontrolü için ne sıklıkla doktora başvuruyorsunuz?

1. Doktor kontrolüne gitmiyorum
2. ayda bir kez
3. 2 ayda bir kez
4. 3 ayda bir kez
5. 6 ayda bir kez
6. yılda bir kez
7. Diğer.....

21. Sizce diyabetin komplikasyonları (başka organlara verdiği hasar) var mıdır?

1. Evet (.....)
2. Hayır

22. Eğer varsa sizde diyabete bağlı kronik bir komplikasyon gelişti mi?

1. Hayır

2. Evet (ne olduğunu açıkça belirtiniz)

23. Sizce diyabet ciddi bir hastalık mıdır?

- 1) Evet ciddidir
- 2) Ciddi bir hastalık değildir
- 3) Kararsızım
- 4) Diğer

24. Sizce diyabet tedavi edilebilir bir hastalık mıdır?

- 1) Tedavi edilebilir
- 2) Tedavi edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Diğer.....

25. Diyabet bakımınızı sürdürmede sosyal destek olarak size yardım eden bireyler var mı?

1. Evet
2. Hayır

26. Diyabete ilişkin bu güne kadar planlı bir eğitim aldınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

27. Şu an genel olarak sağlığını nasıl tanımlarsınız?

- 1) Çok iyi
- 2) İyi
- 3) Orta
- 4)Kötü
- 5) Çok kötü

EK-2. KISA YETİYİTİMİ ANKETİ (BRIEF DISABILITY QUESTIONNAIRE)

Aşağıdaki sorular sağlık sorunlarınızın günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilediğini öğrenmek

için sorulmuştur. Lütfen soruları aşağıdaki şekilde yanıtlayınız.

0= Hayır, hiç

1= Evet, bazen ya da biraz

2= Evet, her zaman ya da oldukça

Lütfen her soru için yalnızca birini işaretleyiniz

0 1 2

1. Sağlık sorunlarınız aşağıdaki uğraşlarınızdan herhangi birine engel oldu mu? () () ()
 - a) Ağır işler kaldırmak, koşmak ya da spor yapmak gibi ağır işler () () ()
 - b) Bir masayı çekmek, file, çanta taşımak gibi orta güçlükte işler () () ()
 - c) Merdiven ya da yokuş çıkmak () () ()
 - d) Eğilmek, doğrulmak () () ()
 - e) Uzun mesafe yürümek (1-2 km) () () ()
 - f) Yemek yemek, giyinmek, banyo yapmak ya da tuvalete gitmek () () ()
2. Bir hastalık ya da yaralanma nedeni ile daha önce yaptığınız hobileriniz azaltmak ya da bırakmak zorunda kaldınız mı? () () ()
3. Evin üzerine düşen günlük işlerden yapamadığınız oldu mu? () () ()
4. Kişisel sorunlarınız nedeni ile çalışma isteğinizde azalma oldu mu? () () ()
5. Kişisel sorunlarınız evde, okulda ya da işte veriminizi azalttı mı? () () ()
6. Arkadaşlarınız, birlikte çalıştığınız kişiler ya da başkaları ile ilişkileriniz bozuldu mu? () () ()
7. Son bir ay içinde sağlık sorunlarınız nedeniyle günlük işlerinizi aksattınız mı?
 - 1) Evet (.....gün)
 - 2) Hayır
8. Hastalık ya da yaralanma nedeni ile son bir ay içinde evde gün geçirmek zorunda kaldınız mı?
 - 1) Evet (.....gün)
 - 2) Hayır
9. Son bir ay içinde sağlık sorununuz nedeni ile yatakta gün geçirdiniz mi?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır

EK-3 TİP 2 DİYABET HASTALARINDA DİYABET YÖNETİMİNE İLİŞKİN ÖZETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

	Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Gerektiğinde kan şekerimi kontrol edebilirim					
2. Kan şekerim çok yüksek olduğunda düzeltebilirim					
3. Kan şekerim çok düşük olduğunda düzeltebilirim					
4. Doğru yiyecekleri seçebilirim					
5. Diyabet diyetine uyan farklı yiyecekleri seçebilirim					
6. Kilomu kontrol edebilirim					
7. Ayaklarımı yaralanma açısından kontrol edebilirim					
8. Yürüme ve bisiklete binme gibi fiziksel aktiviteler yapabilirim					
9. Hasta olduğumda beslenmemi ayarlayabilirim					
10. Beslenme programıma çoğu zaman uyabilirim					
11. Doktor tavsiye ederse fazladan fiziksel aktivite yapabilirim					
12. Fazla fiziksel aktivite yaptığımda beslenmemi ayarlayabilirim					
13. Evde olmadığımında beslenme programıma bağlı kalabilirim					
14. Evde olmadığımında beslenme programımı ayarlayabilirim					
15. Tatilde olduğumda beslenmeme uyabilirim					
16. Bir davete gittiğimde beslenme programıma bağlı kalabilirim					
17. Stresli durumlarda beslenme programımı ayarlayabilirim					
18. Diyabet kontrolü için yılda bir kez doktora gidebilirim					
Eğer diyabet için ilaç alıyorsanız aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Diyabet için ilaç almıyorsanız bu soruları yanıtlamayabilirsiniz					
19. Reçete edilen ilaçları alabilirim					
20. Hasta olduğumda ilaçlarımı ayarlayabilirim					

EK-4 İYİLİK HALİ ÖLÇEĞİ (İHÖ)**WHO – 22 SORULUK İYİLİK HALİ ANKETİ**

Son iki hafta içinde, aşağıdaki ölçekte yer alan cümlelerin sizin duygu ve düşüncelerinizi ne sıklıkta yansıttığını; her bir cümle için sadece bir rakamı işaretleyerek cevap veriniz.

		Her Zaman		Hiçbir Zaman	
1	Kendimi işe yarar ve ihtiyaç duyulan biri olarak hissediyorum	3	2	1	0
2	Bazen ağlayasım geliyor veya benzer duygulara kapılıyorum	3	2	1	0
3	Oldukça yerinde ve doğru düşünebildiğim kanısındayım.	3	2	1	0
4	Hayatım genellikle hoş şeylerle dolu	3	2	1	0
5	Kendimi üzgün ve keyifsiz hissediyorum	3	2	1	0
6	Yaptığım işlerden zevk alıyorum	3	2	1	0
7	Kendimi sinirli ve kaygılı hissediyorum.	3	2	1	0
8	Hiç nedensiz yere korkuya kapılıyorum	3	2	1	0
9	Kolaylıkla moralim bozuluyor yada paniğe kapılıyorum.	3	2	1	0
10	Kendimi bölünüyor ve parçalara ayrılıyormuş gibi hissediyorum	3	2	1	0
11	Kendimi sakin ve huzurlu hissediyorum	3	2	1	0
12	Kolaylıkla uykuya dalabiliyor ve gece dinlenebiliyorum		2	1	0
13	Kendimi enerjik aktif ve güçlü hissediyorum	3	2	1	0
14	Kendimi durgun ve bıkkın hissediyorum.	3	2	1	0
15	Kendimi yorgun, yıpranmış, bitkin veya tükenmiş hissediyorum	3	2	1	0
16	Tazelenmiş ve dinlenmiş olarak uyanıyorum	3	2	1	0
17	Özel hayatımdan mutluyum, hoşnudum ve zevk alıyorum.	3	2	1	0
18	Yaşadığım koşullara ayak uydurabildiğimi hissediyorum	3	2	1	0
19	İstediğim biçimde yaşıyorum	3	2	1	0
20	Günlük işlerimle uğraşmak ve yeni kararlar alma konusunda kendimi istekli hissediyorum.	3	2	1	0
21	Hayatımdaki her türlü ciddi problemle veya büyük değişikliklerle kolaylıkla baş edebileceğimi ve üstesinden gelebileceğimi hissediyorum	3	2	1	0
22	Günlük yaşantım beni ilgilendiren şeylerle dolu.	3	2	1	0

EK-5 Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Tıbbi Etik Kurulu İzin Yazısı

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KOMİSYONU

Sayı : B.30.2.PAÜ.0.20.05.09/12
Konu :

19.01.2012

Sayın;

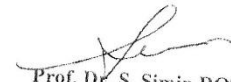
Yrd.Doç. Dr.Asiye KARTAL
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

İlgi: 23.12.2011 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Özetlilik Algısı ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmanız 17.01.2012 tarih ve 02 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,


Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIGINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Komisyona bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. S. Simin ROTA
Başkan


ASLI SABİDİR
Naife ASLAK
Fakülte Sekreteri V.

**EK-6 Pamukkale Üniversitesi Sağlık ve Uygulama Merkezi Merkez Müdürlüğü
Anket İzin Yazısı**

	T.C. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ YAZIŞMA FORMU				
	Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Sayfa No:
	FR Yİ 01	06.05.2009	17.08.2009	1	1/1

SAYI: B.30.2.PAÜ.0.AD.00.00-6637
KONU: Tez Çalışma İzni

09/12/2011

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi: 31/10/2011 tarih ve 1191 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazı ile bildirilen Dilek ÇALLI'nın " Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Özetlilik Algısı ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasına yönelik anketi hastanemiz Endokrin Polikliniğinde yapma talebi Merkez Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. Uğur KOLTUKSUZ
Merkez Müdürü

ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Afyon ili Dinar ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Denizli’de tamamladı. 2007 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu. 2007 yılında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde hemşire olarak göreve başladı ve halen orada hemşire olarak çalışmaktadır. 2010 yılında Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalında, Halk Sağlığı Hemşireliği bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı. Evli olup bir çocuğu bulunmaktadır.