



T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
(İç Hastalıkları Hemşireliği)

TIP II DİYABETLİ HASTALARIN HASTALIK YÖNETİMİNE
KATILIM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

AHMET BÖLEK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2018

GAZİANTEP

T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
(İç Hastalıkları Hemşireliği)

**TİP II DİYABETLİ HASTALARIN HASTALIK YÖNETİMİNE
KATILIM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AHMET BÖLEK

DANIŞMAN

Doç. Dr. Medet KORKMAZ

2018

GAZİANTEP

KABUL VE ONAY SAYFASI

| | | | |
|------------------------------|--|---------------------------|------------|
| Öğrencinin Adı Soyadı | Ahmet BÖLEK | Tez Savunma Tarihi | 11.07.2018 |
| Tez Adı | Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalık Yönetimine Katılım Düzeylerinin Belirlenmesi | | |

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

| Sınav Jürisi | Unvanı, Adı Soyadı | Üniversitesi / Anabilim Dalı | İmzası |
|--------------------------|-------------------------|---|--------|
| Tez Danışmanı Üye | Doç. Dr. Medet KORKMAZ | SANKO Üniversitesi / SBF, Hemşirelik, A.D. İç Hast. Hem. Öğ. Üy. | |
| Üye | Dr. Öğr. Müyesser ERDEM | SANKO Üniversitesi / SBF, Hemşirelik, A.D. Halk Sağ. Hem. Öğ. Üy. | |
| Üye | Doç. Dr. Özlem OVAYOLU | Gaziantep Ü. / SBF, Hemşirelik, A.D. Halk Sağ. Hem. Öğ. Üy. | |

ONAY

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih :/...../.....

Karar No :/...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşen BAYRAM
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

11.07.2018

Ahmet BÖLEK

TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında yoğun çalışma temposuna aldırış etmeden bilgi, tecrübe, görüş ve önerileri ile araştırmama ve lisansüstü eğitimime yön veren değerli hocam Doç. Dr. Medet KORKMAZ' a,

Bana hemşireliği ve dâhiliyeyi sevdiren lisans hayatımdaki kıymetli hocalarım Doç. Dr. Semra KOCAÖZ, Yrd. Doç. Dr. Figen ARI İNCİ ve Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK' e,

Yüksek lisansım boyunca desteklerini esirgemeyen SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinin değerli hocaları ve Enstitü Sekreterimiz Duygu ALANGİL' e,

Daha iyi bir hemşire olabilmem için her türlü tecrübesini ve bilgisini bana aktarmaktan geri durmayan Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Sorumlusu kıymetli meslektaşım Songül ALBAYRAM' a,

Çalışmamın veri toplama aşamasında benden desteklerini esirgemeyen Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mücahitler Ek Hizmet Binası Acil Servis çalışanlarına,

Araştırmamın birçok aşamasında bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen Uzm. Dr. Bekir Barış KURT' a,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli hastalarım,

Hayatımın her döneminde sınırsız özverilerle maddi, manevi desteklerini esirgemeyen annem, babam ve halama,

Çalışmam sırasında bana moral veren, yoğun çalışma tempomda bana gösterdiği sevgisiyle destek olan canım oğlum Mert' e,

Kendimi şanslı hissetmemi sağlayan ve 7 yıldır hayatımdaki önceliğini koruyan, mükemmel olmasıyla bana ilham veren, sosyal ve akademik anlamdaki başarılarımın mimarı, yaşam tarzı ve anlayışıyla bana örnek olup yol gösteren, bu başarıya ulaşmama vesile olan ve kolaylaştıran, çalışmamın her aşamasındaki verdiği çok değerli katkılarından dolayı eşim, hayat arkadaşım Ebe Sevinç BÖLEK' e teşekkür ederim.

ÖZET

Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalık Yönetimine Katılım Düzeylerinin Belirlenmesi. SANKO Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Hemşirelik Anabilim Dalı), İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi Gaziantep, 2018.

Bu çalışma, Tip 2 diyabetli hastaların hastalık yönetimine katılım düzeylerinin belirlenmesi ve katılım düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmamızın evrenini Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dâhiliye, Endokrin, Diyabet polikliniklerinde Ekim 2017-Mart 2018 tarihleri arasında tedavi, kontrol veya yatış yapan hastalar, örneklemini ise araştırma kriterlerine uygun olan 375 hasta birey oluşturmuştur. Çalışma verilerinin elde edilmesinde hasta tanıtım formu, Tip 2 Diyabete İlişkin Öz-etkililik Ölçeği kullanılmıştır. Toplanan verilerin istatistiksel analizinde, ki kare testi, ANOVA testi, t testi ve Pearson korelasyon analizleri uygulanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %60,53'ünün kadın ve yaş ortalamasının $54,76 \pm 13,35$ olduğu saptanmıştır. Diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği özel beslenme ve kilo alt boyutu puanlarının bakım için yardım alma ve gelir durumuna, fizik egzersiz skorlarının yaş, öğrenim durumu ve egzersiz yapma durumuna, kan şekeri puanlarının hastalığa uyum, tedavi şekline göre dağılımları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diyabetli bireylerin hastalıklarını daha iyi algılamalarını ve hastalıklarının yönetimlerinde etkin bir rol oynamalarını sağlayacak olan hemşirelik uygulamalarının planlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Tip 2 diyabet; Diyabet yönetimi; Öz etkililik.

ABSTRACT

Determining the Level of Participation in Disease Management of Patients with Type 2 Diabetes, SANKO University Institute of Health Sciences, Department of Nursing (Medical Nursing) Post Graduate Thesis Gaziantep, 2018.

This study has been carried out to analyse the detection of type-two diabetic patients' participation level to illness management and the factors affecting the participation level. This research has been consisted of the patients who were examined, checked up, or hospitalized between October 2017 and March 2018, besides, the sample of the study was carried out with 375 patients who were eligible for research criteria. Type-two diabetic related self-effectiveness test was used to obtain the research data. Chi Square test, Anova Test, T test and Pearson correlation analysis were applied for the statistical analysis of the data collected. It was detected that %60,53 of the participants were women and the average age of the patients was $54,76 \pm 13,35$. It was cleared out that according to the scale test of self-effectiveness which is related to diabetes management showed statistically meaningful outcomes among differences of the divisions such as self-nourishment and score of gaining weight is related to getting help and income state, scores of physical exercises are related to doing exercise and education background, and blood sugar values' agreement to illness is related to treatment ways. Thus, Planning Nursing which is playing an effective role for the diabetic patients to understand and realise their illness better is highly recommended.

Key words: Type II diabetes; Diabetes management; Self efficacy.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa No

| | |
|---|------|
| KABUL VE ONAY SAYFASI | i |
| ETİK BEYAN | ii |
| SEMBOLLER VE KISALTMALAR DİZİNİ | viii |
| TABLolar DİZİNİ | ix |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi..... | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı..... | 3 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Diabetes Mellitus | 4 |
| 2.1.1. Diyabetin tarihçesi | 4 |
| 2.1.2. Diyabetin epidemiyolojisi..... | 5 |
| 2.1.2.1. Mortalite..... | 5 |
| 2.1.2.2. Ekonomik yük..... | 6 |
| 2.1.3. Diyabetin tanı ve sınıflaması | 6 |
| 2.1.4. Diyabetin etiyolojik sınıflaması..... | 7 |
| 2.1.5. Pre-diyabet | 8 |
| 2.1.6. Tip 1 diyabet | 9 |
| 2.1.7. Tip 2 diyabet | 9 |
| 2.1.7.1. Tip 2 diyabetin belirtileri;..... | 10 |
| 2.1.8. Diğer spesifik tipler | 11 |
| 2.1.9. Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM)..... | 11 |
| 2.1.10. Diyabetin komplikasyonları..... | 11 |
| 2.1.10.1. Diyabetin akut komplikasyonları | 12 |
| 2.1.10.1.1. Hipoglisemi..... | 12 |
| 2.1.10.1.2. Diyabetik ketoasidoz..... | 12 |
| 2.1.10.1.3. Hiperglisemik hiperozmolar non-ketotik sendrom (HHNKS)..... | 12 |
| 2.1.10.2. Diyabetin kronik komplikasyonları | 13 |
| 2.1.10.2.1. Diyabetik retinopati | 13 |
| 2.1.10.2.2. Diyabetik nefropati | 13 |
| 2.1.10.2.3. Diyabetik nöropati | 14 |
| 2.1.10.2.4. Makrovasküler hastalıklar..... | 15 |
| 2.1.11. Diyabet ve enfeksiyon | 15 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 2.1.11.1. | Diyabetik ayak | 15 |
| 2.2. | Diyabet Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı..... | 16 |
| 2.2.1. | Tıbbi beslenme tedavisi | 17 |
| 2.2.2. | Egzersiz tedavisi | 18 |
| 2.2.3. | Diyabet yönetimi..... | 19 |
| 2.3. | Öz-Etkililik | 19 |
| 2.3.1. | Diyabette öz-etkililik | 20 |
| 3. | GEREÇ VE YÖNTEM..... | 21 |
| 3.1. | Araştırmanın Türü..... | 21 |
| 3.2. | Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı | 21 |
| 3.3. | Araştırmanın Evren ve Örnekleme | 21 |
| 3.4. | Verilerin Toplanması | 21 |
| 3.4.1. | Veri toplama araçları | 21 |
| 3.5. | Araştırmanın Değişkenleri..... | 23 |
| 3.6. | Verilerin Değerlendirilmesi | 23 |
| 3.7. | Araştırmanın Sınırlılıkları, Genellenebilirliği ve Dâhil Olma Kriterleri | 23 |
| 3.8. | Araştırmada Etik Kurallar | 24 |
| 4. | BULGULAR..... | 25 |
| 4.1. | Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeğine İlişkin Bulgular | 29 |
| 5. | TARTIŞMA..... | 38 |
| 5.1. | Tip 2 Diyabet Yönetimine İlişkin Puanların Bazı Sosyo-Demografik Ve Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Dağılımlarının İncelenmesi..... | 38 |
| 6. | SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 42 |
| 6.1. | Sonuçlar | 42 |
| 6.1.1. | Tip 2 diyabete ilişkin öz-etkililik ölçeği alt boyutlarının hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre sonuçları | 42 |
| 6.2. | Öneriler | 45 |
| 7. | KAYNAKLAR | 46 |
| 8. | EKLER | |
| 8.1. | EK-1 Tip 2 Diyabetli Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri | |
| 8.2. | Ek-2 Tip 2 Diyabet Hastalarında Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği | |
| 8.3. | EK-3 Etik Kurul İzni | |
| 8.4. | EK-4 Kurum Olur Beyanı | |
| 8.5. | EK-5 Tez İntihal Raporu | |
| 8.6. | EK-6 Özgeçmiş | |

SEMBOLLER VE KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|---------------|---|
| ABD | : Amerika Birleşik Devletleri |
| TURDEP | : Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması |
| BGT | : Bozulmuş Glikoz Toleransı |
| BKİ | : Beden Kütle İndeksi |
| DM | : Diabetes Mellitus |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| ADA | : Amerikan Diyabet Birliği |
| OGTT | : Oral Glikoz Tolerans Testi |
| GDM | : Gestasyonel Diabetes Mellitus |
| BAG | : Bozulmuş Açlık Glikozu |
| LH | : Laktojen Hormonu |
| DKA | : Diyabetik Ketoasidoz |
| HHNKS | : Hiperglisemik Hiperozmolar Nonketotik Sendrom |
| KAH | : Koroner Arter Hastalığı |
| TBT | : Tıbbi Beslenme Tedavisi |
| LSD | : Least Significicane Difference |

| | |
|--|----|
| Tablo 2.1. Diyabetin Tanı Kriterleri. | 7 |
| Tablo 2.2. Diabetes Mellitusun etiyolojik sınıflaması. | 8 |
| Tablo 4.1. Diyabetli bireylerin Sosyo-Demografik, Madde Bağımlılığı, Egzersiz Yapma Durumu ve Kan Şekeri Ölçme Özelliklerine Göre Dağılımı. | 25 |
| Tablo 4.2. Hastaların Diyabete İlişkin Özelliklerinin Dağılımı. | 27 |
| Tablo 4.3. Hastaların Ayak Bakımına İlişkin Eğitim Alma Durumu, Eğitimi Kimden Aldıkları, Hastalıkları İle İlgili Dernek, Dergi Üyelik Durumları ve Ayak Bakımının Hastalıkları İçin Öneminin Bilinmesine Göre Dağılımı. | 28 |
| Tablo 4.4. Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımları. | 29 |
| Tablo 4.5. Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutlarının Hastaların Cinsiyet, Medeni Durum, Sağlık Güvencesi Ve Diyabet Tedavisine Göre Dağılımları. | 31 |
| Tablo 4.6. Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutlarının hastaların bakım alma ve bakım aldıkları kişilere göre dağılımı. | 32 |
| Tablo 4.7. Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutlarının Hastaların Kan Şekeri Kontrol Durumlarına Göre Dağılımı. | 33 |
| Tablo 4.8. Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutlarının Hastaların Birinci Derece Yakınlarında Diyabet Ve Son Bir Yıl İçinde Diyabet Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Dağılımı. | 34 |
| Tablo 4.9. Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutlarının Hastaların Diyabet İle İlgili Eğitim Alma, Egzersiz Yapma Ve Diyabette Ayak Bakımının Önemi Anlama Durumlarına Göre Dağılımı. | 35 |
| Tablo 4.10. Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutlarının Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı. | 36 |

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ülkemizde ve dünyada diyabet görülme sıklığı, teknolojinin gelişmesine bağlı hareketsiz yaşam ve beslenmedeki değişiklik sebebiyle giderek artmaktadır (Sürücü, 2014). Diyabet insülin hormonunun yetersizliği, yokluğu veya etkisizliği neticesinde oluşan glikozüri ve bunları takip eden bir takım klinik ve biyokimyasal bulgular ile seyreden, meydana getirdiği komplikasyonlar sonucunda ciddi organ kayıplarına neden olan ve yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkileyen kronik bir hastalıktır (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010). Günümüzde epidemi boyutlarına varan diyabet gelecek yüzyılda da önemli bir halk sağlığı sorunu olarak önemini korumaya devam edecektir (Çolpan, 2010).

Türkiye’de, 1997-1998 yıllarında yapılan ‘Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması gücü kayıpları ile sosyal ve ekonomik yükünün ağır olması sebebiyle çok önemli bir sağlık problemidir (Ükinç, Gürlek ve Usman, 2007). Dünyada hastalık yükü sıralamasına baktığımızda ilk 20 hastalık içerisinde yer alan diyabet dünyanın taşımak zorunda kaldığı küresel bir yüküdür ve bu sebeple ‘pandemi’ olarak nitelendirilmektedir (WHO1, 2017). 2014 yılı verilerine göre Tüm dünyada yaklaşık 347 milyon insan diyabetlidir. Diyabetli hastaların ölümlerinin %80’den fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (WHO2, 2017). Diyabetli hasta sayısının 2030 yılında 438 milyona ulaşması beklenmektedir (IDF, 2009).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde yapılan çalışmalarda 20-74 yaş gurubu toplumda diyabet prevalansı %6,6 olarak bulunmuş ve bilinmeyen diyabet (TURDEP-I)’ e göre 20-80 yaş gurubu diyabet sıklığı %7,2, Bozulmuş Glikoz Toleransı (BGT) %6,7 olarak saptanmış, diyabetten ölüm hızını etkileyen en önemli nedenlerin komplikasyonlar olduğu ve birinci sırada ise iskemik kalp hastalıklarının olduğu bildirilmiştir (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

TURDEP-I çalışmasından sonra geçen 12 senelik zamanda yetişkin nüfusumuzun yaş ortalaması 4 yıl artmıştır. TURDEP-II’ ye göre Türk yetişkin toplumunda diyabet sıklığının %13,7’ ye ulaştığı görülmüştür. Sonuç olarak 1998’ de yapılan TURDEP-I’ e göre, yeni yapılan TURDEP-II çalışmasında Türkiye’de 12 yılda diyabet sıklığı %90 oranında artmıştır (TURDEP2, 2017).

Prevalansındaki artışın yanında diyabetle ilgili bir diğer önemli problem; diyabetli hastalarda tedavi hedeflerine ulaşmadaki olumsuz sonuçlardır. Tanı, tedavi ve takip yöntemlerindeki

kayda değer gelişmelere rağmen tedavide ulaşılması beklenen hedefleri yakalamadaki başarısızlık, diyabetli hastalarda farklı faktörlerin araştırılmasına ilişkin çalışmaların artmasına yol açmıştır. Diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon seviyesinin hastalığın takip ve tedavisini etkileyen önemli sebeplerden olduğu düşünülmektedir (Uysal ve Akpınar, 2013).

Hastalık deneyimi kişiden kişiye farklılık gösterir ve bu farklılıkları yaratan birçok faktör kişinin vereceği tepkide belirleyici özelliكتedir. Hastalık algısı yaklaşımı daha geniş faktörler çerçevesinde değerlendirilir ise daha net anlaşılabilir. Hastalar kişisel deneyimi, değerleri, bilgileri, gereksinimleri ve inançları doğrultusunda hastalıklarını tanımlamaya çalışırlar (Kocaman, Özkan, Armay ve Özkan, 2007). Hastalık algısı, bireylerin bir hastalık veya belirti ile ilgili inanç ve beklentilerinin yansımasıdır (Uysal ve Akpınar, 2013).

Diyabet psikolojik, biyolojik ve sosyal etkileri ile hastanın bütün hayatını etkilemektedir. Bu hastalar hayatları boyunca kendileri için planlanmış bir bakımı sürdürmek ve zaman zaman sağlık profesyonellerinden uzman yardımı almak zorunda kalmaktadırlar. Bu zorunluluklarının yanı sıra meydana gelebilecek olan akut ve kronik komplikasyonlar bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir (Acemoğlu, Ertem, Bahçeci ve Tuzcu, 2006). Son yıllarda yapılmış önemli iki çalışma (Diabetes Control and Complications Trial-DCCT ve United Kingdom Prospective Diyabetes Study-UKPDS) planlaması iyi bir tedavi ve bakım sürecinden sonra diyabet kontrolünde iyileşmeler olduğu, komplikasyonlarda azalmalar meydana geldiği ve hastaların yaşam kalitesinde artışlar olduğunu göstermektedir (Acemoğlu ve ark., 2006). Elde edilen bu sonuçlar bireyin, öz yönetimini (self-management) başarıma seviyesi ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir (Acemoğlu ve ark., 2006).

Hastalar kendi hastalıklarının yönetimine etkin bir şekilde katılabilmesi ve yönetmesi için belirli düzeyde bilgi birikimine ihtiyaç duyar. Bireyin aynı zamanda öz-bakım becerilerini de kazanması gereklidir. Hasta bireylerin uzun süre kan şekerini normal sınırlar içinde tutmak ve komplikasyonları engellemek için bireysel yönetim becerilerini yaşam tarzına dönüştürmeleri gerekmektedir. Bu bireysel yönetim başarısının göstergeleri ise metabolik kontrolün sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır (Kartal, 2006).

Bu araştırmanın önemi, hastaların diyabete ilişkin hastalık yönetimine katılımlarını inceleyerek, hastalık yönetimini olumsuz etkileyebilecek olan (hastalıkla ilgili algılanan hassasiyet, ciddiyet, hastalık süreci, yapılan önerileri önemseme, verilen tedaviye uyum, engeller, korku, endişe, kısıtlamalar gibi) faktörlerin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Diyabet yönetimini ve katılım düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile hastaların kendi kendilerine diyabet yönetimini etkili bir şekilde yapabilmelerine yönelik uygulamaların planlanmasında yararlı olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda bu araştırma

bulguları, diyabetlilerde yapılacak olan diyabet yönetimi ve katılım düzeyine yönelik sonraki araştırmalar için bir veri kaynağı oluşturacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Tip 2 diyabetli hastaların hastalık yönetimine katılım düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus (DM), insülin salgısının yokluğu veya dokuların insüline duyarlılığının azalmasına bağlı karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasının bozulmasını kapsayan bir sendromdur (Association, 2013; Guyton ve ark., 2007). Hiperglisemi, kontrolü olmayan diyabetin en yaygın belirtisidir (WHO3, 2017). Kronik hiperglisemi uzun dönemde, özellikle gözler, böbrekler, sinir, kalp ve kan damarları başta olmak üzere çeşitli organların fonksiyon bozukluğuna ya da yetmezliğine yol açar (Association, 2013).

2.1.1. Diyabetin tarihçesi

Yaklaşık iki bin yıl önceki bazı yazıtlarda diyabetten söz edilmektedir. Mısır'da Ebers papirüslerinde çok idrara çıkma, poliüri olarak tanımlanmaktadır. Milattan sonra 2. Yüzyılda Kapadokyalı Arateus bu hastalığın etin, kolların ve bacakların eriyerek kana geçmesine sebep olduğunu belirterek akıp boşalma anlamına gelen 'diabetes' sözcüğünü kullanmıştır (THSK, 2017). Diabetes (Yunanca) Mellitus (Latince) ballı sıvının bol akıntısı manasına gelmektedir (Özata ve Yöner, 2006).

İbni Siba (980-1037) ilk kez ayaklarda görülen 'diyabetik gangreni' tanımlayarak şeker hastalığının sinirleri bozabileceğini açıklamıştır. Paracellus (1493-1541) diyabetli hastalara açlık kürleri uygulamış, daha sonraki yıllarda da şeker hastalığı ve tedavisi üzerine çeşitli araştırmalar yapmıştır (Nabipour, 2003).

Claude Bernard 1813-1878 yılları arasında üzerinde çalıştığı hastalardaki şeker yapımında artış ve merkezi sinir sisteminde bozulmalar olduğunu göstermiştir (THSK, 2017). V. Mering ve Minkowski 1889 yılında, pankreatektomi ile köpeğin diyabet hastası olduğunu gösterdiler (THSK, 2017). Frederick Banting ve Charles Best'in bulmuş olduğu insülin 1921 yılından itibaren diyabet tedavisinde kullanılmaya başlandı. Daha sonra ise oral yoldan hastaların şeker düzeyini düzenleyen ilaçlar keşfedilmiş ve ilerleyen yıllarda da çok daha yararlı ve yeni katkılar sağlanmıştır. DM' un oluşumunu ve hastalık ilerlerken meydana getirdiği yan etkilerini gün yüzüne çıkarmaya yönelik araştırmalar ve diyabetin tedavisi ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. Bu süreçte en önemli buluş insülinin insanlık yararına sunulması olmuştur. İnsülinin kullanılmaya başlanmasına kadar Tip I diyabetlilerin tamamı ketoasidoz komasından kaybedilirken, bugün bu oran %1'lere kadar gerilemiştir (THSK, 2017).

2.1.2. Diyabetin epidemiyolojisi

Diyabetin epidemiyolojisi denilince; toplumdaki diyabet sıklığının belirlenmesi, diyabet sıklığına neden olan faktörlerin meydana çıkarılması ve mortalitenin belirlenmesi anlaşılır. Ayrıca, diyabet epidemiyolojisinde riskli gurupların, etnik toplulukların, göçmenlerin ve çeşitli yaşlardaki gurupların ele alınması gereklidir (Altun, 2011).

Diyabetin prevalansı dünya çapında gün geçtikçe artmaktadır. Dünyada 2003 yılı verilerine göre 194 milyon diyabetli hasta saptanmıştır (Altun, 2011; Ökmen, 2008). Hastalığın ilk yıllarında çok belirti vermemesi nedeniyle gerçek prevalans sağlık kayıtları çok ileri aşamada olan ülkelerde bile mümkün olamamaktadır. Hastalığın bu özelliğinden dolayı gelişmiş ülkelerde bile bilinen diyabetlilerin bilinmeyen diyabetlilere oranı 2/1' dir (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre 2015 yılı itibari ile dünyada 415 milyon diyabetli yaşadığı ve eğer bu hastalık için belirli önlemler alınmazsa 2040 yılında bu sayının 642 milyona çıkacağı belirtilmiştir (WHO4, 2018).

DSÖ Türkiye'de 2000 yılında yaklaşık 3 milyon olan diyabetli hasta sayısının 2030 yılında 6,5 milyona varacağını ileri sürmüş, ancak 2030 için tahmin edilen bu sayının 2014 yılında üzerine çıkılmış ve ülkemizdeki diyabetli sayısı 7 milyonun üstüne çıkmıştır (WHO4, 2018). Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi çalışmasında 20 yaş ve üzeri 24788 kişi ile yapılan çalışmaya göre Türkiye' de Tip 2 Diyabet prevalansı %7,2 ve BGT prevalansı ise %6,7 olarak belirlenmiştir (İliçin, Biberoğlu, Süleymanlar ve Ünal, 2005). TURDEP II' ye göre Türk yetişkin toplumuna diyabet sıklığının %13,7' ye ulaştığı görülmüştür. TURDEP II çalışmasına göre 40-44 yaşından itibaren nüfusun en az %10'u diyabetlidir. Buna dayanarak Türkiye'de diyabetin 1998 yılına göre yaklaşık olarak 5 yaş daha erken başladığı söylenebilir (TURDEP, 2011).

2.1.2.1. Mortalite

Diyabet ve komplikasyonları, çoğu ülkede erken ölümlerin en önemli nedenleri arasındadır. Yaklaşık 20-79 yaşları arasında 5,1 milyon insan diyabet nedeniyle hayatını kaybetmiştir ve günümüzde her altı saniyede bir kişi diyabetten ölmektedir. Diyabetten hayatını kaybeden kişilerin %48'i 60 yaş altında olan kişilerdir (IDF, 2013; TDHD, 2018). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde başlıca ölüm nedenleri arasında diyabet yer almaktadır (Gökdoğan ve Akıncı, 2001).

IDF Diyabet Atlası'nda 2010 yılında yetişkin yaş gurubundan 4 milyona yakın bireyin diyabete bağlı sebeplerden yaşamını yitireceği öngörülmüştür (IDF, 2006). Bu ölümlerin %54 kadarı da kadınlar olacaktır. DSÖ, diyabete bağlı ölümlerin %80'inin düşük ve orta

gelirli ülkelerde gerçekleştiğini duyurmuştur. Burada yaşayan insanlar sağlıksız beslenme, sigara ve alkol kullanımı gibi ortak risk faktörlerine uzun süreli maruz kaldıklarında genç yaşta kaybedilmektedirler. DSÖ tahminlerine göre gelecek on yıl içerisinde diyabet ve diğer kronik hastalıklar nedeniyle ölümlerdeki artışın %7 oranında olacağı beklenmektedir (TURDEP, 2011).

2.1.2.2. Ekonomik yük

Bütün dünyadaki diyabet salgınının büyük etkilerinden birisi de hasta bireyler için tahrip edici sağlık sonuçlarının yanı sıra ekonomik etkisidir. Diyabet, bu sağlık problemi ile yaşayanlar, onların aileleri, yakın çevreleri ve tüm ülkeler için ekonomik anlamda gelişmeyi tehdit edici bir ekonomik hasara yol açmaktadır. Yaşam kalitesindeki düşüş göz önüne alındığında maddi olmayan maliyetleri ile birlikte diyabetin yükü toplum için daha da yükselmektedir (IDF, 2013).

Diyabetin ortalama tüm maliyeti hesaplandığında 2012’de 245 milyar dolar olduğu hesaplanmış ve bunun 176 milyar dolarının (%72) sağlık bakımı için yapılan harcamalar ve 69 milyar dolarlık (%28) kısmının ise işte ve evde iş gücü kaybı, kronik hastalıktan dolayı işsizlik ve erken mortaliteden kaynaklandığı bildirilmiştir (Association, 2013).

Diyabetli bir kişinin yıllık maliyeti ortalama 1100-1200 dolar civarındadır. Bu maliyetin ortalama yarısı tedavi için yapılan harcamaları kapsamaktadır. Türkiye’ de bu hastalık için yapılan toplam harcama yıllık 1,1-2,5 milyar dolar arasında değişmektedir. Komplikasyonlar meydana çıktığında toplam maliyet direkt olarak üç kat artmaktadır. Hastanın herhangi bir sağlık problemi nedeni ile hastaneye yatışı gerçekleştiğinde ise maliyet 6,5 kat artmaktadır (Oktay ve ark. , 2011).

2.1.3. Diyabetin tanı ve sınıflaması

Diyabet glikoz metabolizmasının diğer bozukluklarının tanı ve sınıflamasında son 15 yılda önemli değişiklikler yapılmıştır. ADA tanı kriterleri Tablo 2.1’ de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Diyabetin Tanı Kriterleri.

Diyabet belirtileri ile birlikte rastgele bakılmış plazma glikoz düzeyinin ≥ 200 mg/dl olması. Günün en son yenilen yemeği göz önünde bulundurulmadan gün içerisinde herhangi bir zamanda ölçülen kan şekeri. Diyabetin klasik semptomları poliüri, polidipsi, açıklanamayan kilo kaybı olarak değerlendirilmelidir.

Veya Açlık plazma glikozu ≥ 126 mg/dl. En az 8 saat boyunca kalori alınmamış dönemi olmalıdır.

Veya OGTT sırasında ikinci saatteki plazma glikozunun ≥ 200 mg/dl olması (Test DSÖ'nün belirttiği gibi 3 günlük yeterli karbonhidrat yani 150g/gün olarak alımından sonra açlık durumunda 300 ml su içinde eritilmiş 75 gr glikoz kullanılarak yapılmalıdır. Test sırasında dolaşılmamalı, sigara içilmemeli tam bir inaktivite sağlanmalıdır).

HbA1c $\geq 6,5$ (Test modu güvenilir ve standartlara uygun olmalıdır).

Kaynak: (Association, 2017).

İnsülin; kan glikoz seviyesi yükseldiği zaman düşmesini ve düşük seviyelerde seyretmesini sağlar. İnsülinin yetersizliği ise hiperglisemi veya yüksek kan glikozu ile sonuçlanır (White, Duncan ve Baumle, 2011). Bireyin diyabetli olup olmadığı Açlık Kan Şekeri (AKŞ) ölçümü veya Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) yapılarak belirlenir. AKŞ ölçüm sonucunun 100-125 mg/dl olması gizli şeker (pre-diyabet)in belirtisidir. AKŞ ölçümlerine göre 126 mg/dl veya daha yüksek olması ise diyabetin varlığı anlamına gelir.

OGTT' de, glikoz seviyesi yüksek sıvı alındıktan 2 saat sonraki kan şekeri düzeyi önem arz etmektedir. İkinci saat ölçümünde 140-199 mg/dl olması pre-diyabet, 200 mg/dl ya da daha yüksek bir değer çıkması ise aşikâr diyabet tanısı koydurur (TURKDİAB, 2017).

Glikozile hemoglobin testi (HbA1c), ortalama 2-3 aylık zaman dilimi içindeki kan glikoz düzeyi hakkında bilgi verir. Kan glikoz düzeyi yükseldiği zaman, glikoz molekülleri eritrosit içindeki hemoglobine bağlanır. Eritrositlerin ömrü 120 gün olduğundan bu zaman zarfı içinde gerçekleşen kan şekeri seviyelerine bağlı olarak değişiklikler gösterir. HbA1c düzeyinin %7'nin altında tutulması, diyabet komplikasyonlarının gelişmesini engellemektedir (Bırol, Akdemir ve Bedük, 2005; Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

2.1.4. Diyabetin etiyolojik sınıflaması

Diyabet sınıflandırmasında dört farklı klinik tip diyabet yer almaktadır. Bunların üç tanesi (Tip I diyabet, Tip 2 diyabet ve gestasyonel diyabet (GDM) primer, diğeri (spesifik diyabet tipleri) ise sekonder diyabet olarak bilinmektedir (TEMD, 2013) (Tablo 2.2).

Tablo 2.2. Diabetes Mellitusun etiyolojik sınıflaması.

| | |
|-------------------------------------|---|
| Tip I Diyabet | İnsülinin yetersiz olması |
| İmmün sistem aracılı idiyopatik tip | |
| Tip 2 diyabet | Vücutta bulunan insülinin kısmi olarak yetersiz olması ve bununla birlikte insülin direnci ile bu direncin de yanında görüldüğü baskın olan salgılanım defektine ulaşabilen geniş bir marjı olabilir. |
| Gestasyonel Diabetes Mellitus | Hamilelik sürecinde meydana gelen ve doğum olduktan sonra düzelen diyabet |
| Diğer spesifik diyabet tipleri | β-hücre fonksiyonlarının genetik defekti İnsülin etkisindeki genetik defektlar Pankreasın ekzokrin doku hastalıkları Endokrinopatiler İlaç veya kimyasal ajanlar İmmun aracılıklı nadir diyabet formları Diyabetle ilişkili genetik sendromlar İnfeksiyonlar |

Bu klinik çeşitliliklere ek olarak, normal glikoz homeostazisi ile kesin diyabet arasındaki metabolik olayları tanımlayabilmek için pre-diyabetin iki şekli, BGT ve bozulmuş açlık glikozu (BAG) tanımlanmıştır. Bu iki tanımın da olduğu bir bireyde ileride DM gelişme ihtimali azımsanmayacak düzeyde artmıştır ve bu iki durum genellikle diyabetin genel bir parçası olarak kabul edilir. Hastalığın herhangi bir çeşidine sahip hastalara insülin tedavisi gerekebilir; bu sebepten daha önceleri insüline bağımlı diyabet (tip I) ve insüline bağımlı olmayan diyabet (tip II) ifadeleri kullanımdan kaldırılmıştır (Tütüncü ve Aydın, 2011).

2.1.5. Pre-diyabet

Pre-diyabet olarak isimlendirilen BAG ve BGT sınıflandırmasına giren bireylerde Tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların görülme riski artmıştır. BGT' si olan bir hastanın kesin olarak diyabet tanısı konulmamıştır ancak BGT olan bireylerde kardiyovasküler komplikasyonların görülme olasılığı (diyabetik olmayan nüfusa göre %40 yükselmiş) ve sonraki 10 sene içerisinde diyabet tanısı alma riski %30 civarındadır. Bu BGT döneminin Tip 2 diyabet tanısı almadan önce ortalama 2-12 sene önce ortaya çıktığı varsayılmaktadır (Altun, 2010).

2.1.6. Tip 1 diyabet

Tip 1 diyabet, pankreastaki beta hücrelerinin hasarı ya da hepsinin kaybına bağlı gelişen mutlak insülin eksikliği ile ortaya çıkan insüline bağımlı diyabet tipidir (Başkal, 2003; Bijl, Poelgeest-Eeltink ve Shortridge-Baggett, 1999). Bu tip diyabet genç yaşta görülür, insidansının zirve yaptığı yaş ise 14 civarındır. Tip I diyabet etiyolojik faktöre göre otoimmün (Tip I-A) ve idiyopatik (Tip I-B) olmak üzere iki alt guruba ayrılmaktadır.

Tip I-A diyabet; genetik yatkınlığa sahip kişilerde çevresel tetikleyici etkenlerin etkisiyle otoimmünite ile tetiklenir ve ilerleyici β - hücre hasarı başlar. B- hücre rezervinin %80-90 oranında azalmasıyla klinik olarak diyabet semptomları meydana gelir. Tip 1A diyabette başlangıçta kanda adacık otoantikörleri pozitif bulunur.

Tip I-B diyabet; otoimmünite dışındaki bazı nedenlere bağlı mutlak insülin eksikliği sonucu gelişir. Kanda adacık otoantikörleri bulunmaz (Tütüncü ve Aydın, 2011).

2.1.7. Tip 2 diyabet

Tip 2 DM, diyabetin baskın tipi olup dünya çapındaki tüm diyabetli bireylerin %90' ını oluşturan tipidir (Woodrow, 2006). Epidemiyolojik çalışmalar çocukluk dönemi de dâhil olmak üzere her yaşta sayısının arttığını belirtmekle birlikte genel olarak 40 yaş ve üzerinde ilk şikâyetler başlar ve görülme oranı yaştaki artışla beraber artış gösterir (Buse, Polonsky ve Burant, 2008). Bu yüzden bu hastalığa yetişkin tipi diyabet adı da verilir. Bununla birlikte son yıllarda Tip 2 diyabetli 20 yaşın altındaki, daha genç bireylerde artış olmuştur. Bu eğilimin, yetişkinlerde olduğu kadar çocuklarda da Tip 2 diyabet için en önemli risk faktörlerinden biri olan obezitenin görülme sıklığındaki artışla ilişkili gözükmektedir ve obezite insülin direncinin en önemli sebebidir (Guyton ve ark., 2007). Bu hastalığa sahip bireylerin çoğu obezdir (Association, 2014; Birol ve ark., 2005; Eti Aslan ve Karadakovan, 2010; Judith ve Schilling, 2006; White ve ark., 2011).

Tip 2 diyabetin diğer risk faktörleri ise;

- Hareketsizlik
- GDM öyküsü
- Hipertansiyon
- Etnik köken
- Ailede diyabet öyküsü
- 45 yaş üstü olma
- Polikistik over sendromu

- High-density lipoprotein (HDL) kolesterol düzeyinin 35 ml/dl' den daha düşük ya da trigliserid düzeyinin 250 ml/dl' den daha yüksek olması
- Bozulmuş açlık glikoz toleransı (Pre-diyabet) ya da BGT dir (Birol ve ark., 2005; Guyton ve ark., 2007; Judith ve Schilling, 2006).

Tip 2 diyabetin oluşmasında etkili olduğu varsayılan üç önemli faktör vardır.

Birincisi; açlık durumunda karaciğerden salınan glikozun ihtiyacından çok olması sebebi ile meydana gelen hiperglisemidir. Hiperglisemiye, özellikle obez bireylerde oluşan periferik insülin direnci katkıda bulunmaktadır.

İkincisi; hiperglisemi ile savaşabilmek için pankreastaki beta hücrelerinin göstermiş olduğu aşırı çaba sonucunda oluşan bazal hiperinsülinizmdir. Bunun sonucunda ise doku seviyesinde bir insülin direnci meydana gelmektedir.

Üçüncüsü; beta hücrelerinin iflas etmesidir. Bu safhada insülin salınımının bozulduğu, bazal hiperinsülinizme karşı intravenöz olarak uygulanan glikoza akut faz insülin yanıtının olmadığı belirlenmiştir (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

2.1.7.1. Tip 2 diyabetin belirtileri;

Hastaların %60'ında 3P yani poliüri-polifaji-polidipsi belirtisi vardır. Ketoasidoz ise nadiren görülür, çoğunlukla enfeksiyon gibi başka bir hastalığın stresi ile ilişkili olarak ortaya çıkar. Hiperglisemi yavaş yavaş gelişir ve ilk zamanlarda diyabetin belirtileri, hastanın farkına varabileceği kadar ciddi boyutlara ulaşmaz ve bu yüzden de Tip 2 diyabet yıllarca teşhis edilemeyebilir (Association, 2014).

Genel belirtileri;

- Yorgunluk- güç eksikliği,
- Yaraların geç ve zor iyileşmesi,
- Ciltte kurumalar ve kaşınmalar, kadınlarda genital bölge, erkeklerde saçlı derilerde ve kasıklarda kaşıntılar,
- Deri enfeksiyonları,
- Ağız kuruluğu,
- Aşırı su tüketimi,
- Sık idrar yapma, özellikle geceleri 2-3 defadan da fazla idrar için uyanma,
- Açlık hissi, çok yemek yeme, buna karşın zayıflama,
- Bulanık görme,
- El ve ayaklarda uyuşma hissi ve karıncalanma,

- Cinsel sorunlar (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

Tip 2 diyabet tanısı almış hastaların yaklaşık %75'i rutin laboratuvar testlerinde rastgele tanılır. Tanımlanamayan ve tedavi almayan hasta bireylerde göz, böbrek, damar hastalıkları gibi kronik komplikasyonlar gelişebilir. Bu hastalıkta şişmanlık yani obezite insülin direnci ile doğrudan bağlantılı olduğundan, hasta bireylerin kilo kaybetmesi öncelikli hedefler arasındadır (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

Egzersiz insülinin etkisini artırmak için önemli bir aktivitedir. Diyet ve egzersiz ile kan glikoz seviyesi istenilen seviyeye düşmüyor ise tedaviye oral anti diyabetikler eklenebilir. Gerekliğinde insülin tedavisine geçilebilir. Hastaların bazılarında, akut fizyolojik stres, örneğin; ameliyat olma, hastalık, hastaneye uzun süreli yatış gibi durumlarda geçici bir süre olarak insüline ihtiyaç duyulabilir (Birol ve ark., 2005; Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

2.1.8. Diğer spesifik tipler

Bu gurup insülin ve Beta hücre fonksiyonlarında genetik bozukluklar, pankreas ve endokrin hastalıkları, ilaçlar ve diğer kimyasal maddeler, enfeksiyonlar ve diğer genetik sendromlara bağlı diyabet tipleridir (Oktay ve ark., 2011; White ve ark., 2011).

2.1.9. Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM)

GDM gebelik sürecinde tanısı konulan veya ilk defa gebelikte meydana gelen glikoz tolerans bozukluğudur. Hamilelik esnasında kortizol düzeyindeki artış, büyüme hormonu etkisi, laktojen hormonunun (LH) var olması, plasentadan salınan insülinaz ve artmış östrojen ve progesteron seviyeleri sebebiyle insüline karşı dirençte artma meydana gelir (Karakurt, 2009).

Gebelerde görülme sıklığı %2-5' tir. Hamileliği 25 yaşından büyük olan, obez olan, birincil derece akrabalarda diyabet öyküsü var ve önceki gebeliklerini 4 kilogramın üzerinde bebek doğumu ile sonlanan tüm kadınların gebeliklerinin 24-28. haftalar arasında OGTT yaptırılmaları önerilir (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010). Ancak, gebeliğin bitişi ile beraber hastaların glikoz tolerans testleri normale döner (White ve ark., 2011).

2.1.10. Diyabetin komplikasyonları

DM' un akut komplikasyonlarının yanı sıra, uzun süreçte görülen makro ve mikrovasküler komplikasyonları mortalite ve morbiditenin en başta gelen sebepleri arasında yer almaktadır (Dokuyucu ve ark., 2013).

2.1.10.1. Diyabetin akut komplikasyonları

DM' da kan glikozundaki kısa dönemlerde görülen dengesizlik ile ilgili üç önemli akut komplikasyon meydana gelir. Bunlar; hipoglisemi, diyabetik ketoasidoz (DKA) ve hiperglisemik hiperosmolar nonketotik sendrom (HHNKS) (Biol ve ark., 2005; White ve ark., 2011).

2.1.10.1.1. Hipoglisemi

Hipoglisemi düşük plazma glikoz seviyesidir. Genelde, yeni doğanlarda ilk 48 saatte glikoz düzeyinin 35 mg/dl, çocuklarda ve yetişkin bireylerde 45-60 mg/dl'nin altına inmesi olarak tanımlanır. Bu komplikasyon günün herhangi bir saat diliminde görülebilir ancak genelde insülinin yükselmesine bağlı veya yemeklerden önce görülür (Acemoğlu ve ark., 2006; Judith ve Schilling, 2006). Hastaların birçoğunda terleme, titreme çarpıntı gibi belirtiler verir (Jones ve Brashers, 2010; Kumar ve Clark, 2010).

2.1.10.1.2. Diyabetik ketoasidoz

DKA, diyabette ciddi bir komplikasyondur ve en yaygın hastaneye yatış nedenidir. İnsülinin tamamen veya kısmi olarak yetersiz olduğu durumlarda meydana gelir. Her iki tip diyabet çeşidinde de görülebilirse de tip 1 diyabette daha yaygın olarak görülür (Jones ve Brashers, 2010; Woodrow, 2006). DKA saatler veya günler içerisinde meydana gelebilir ve hastanın klinik tablosu zaman geçtikçe ağırlaşır. Hiperglisemi semptomlarının erken fark edilmesi ve hastaların tedaviye uyumuna göre DKA önlenebilen bir komplikasyon halini alır (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

DKA, bulantı, kusma, halsizlik ve bazı zamanlarda ise karın ağrısı ile belirir. Hasta bireylerin yaklaşık %5' i koma ile hastaneye gelir. Hastanın nefesinde aseton kokusu vardır. Hastanın derisi kuru, enfeksiyon mevcut olsa bile ateş subnormaldir (Biol ve ark., 2005; Kumar ve Clark, 2010).

Komplikasyonun genel tedavi yaklaşımı, hastadaki oluşan sıvı-elektrolit dengesizliğini çözümlenektir, kan glikoz düzeyinin istenilen seviyeye gerilemesini sağlamak ve bu komplikasyona neden olan esas sorunun veya sorunların tedavisidir (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

2.1.10.1.3. Hiperglisemik hiperosmolar non-ketotik sendrom (HHNKS)

Tip 2 diyabetli hastalarda görülür (Jones ve Brashers, 2010; White ve ark., 2011). Ketoasidoz olmaksızın aşırı bir hiperglisemi, plazma hiperosmolaritesi, dehidratasyon ve mental

değişikliklerle birlikte gelişen bir komplikasyondur (Bijl ve ark., 1999). Çoğunlukla bu komplikasyona neden olan etmenler, oldukça glikozlu sıvı alımı ile aynı zamanda tiazid gurubu steroid kullanımı veya araya giren hastalıklardır (Kumar ve Clark, 2010).

Tanılanması için DKA tanısında yapılan testlerle birebir aynı testler yapılır. Ancak daha yüksek düzeyde kan şekeri saptanır. Çoğu zaman kan şekeri 600 mg/dl' nin üstündedir. Ozmolarite bu durumla ilişkili olarak artar. Ozmolarite 320 mosmol/l ve üstündedir. Kan pH'ı normal düzeydedir. Kanda ve idrarda keton cisimleri ya eser miktardadır ya da hiç yoktur (Altun, 2011).

Bireyde polidipsi, poliüri, halsizlik ileri seviyedeki dehidratasyon nedeniyle yorgunluk, baş dönmesi, ağızda ve ciltte kuruluk ve kızarıklık, kilo kaybı, göz kürelerinde yumuşama, ortostatik hipotansiyon görülür. Gastrik distansiyon, ileus, hematemez, nörolojik belirtiler arasında tremor vardır. Bilinç seviyesi hafif bozukluk ile derin koma arasında değişiklik gösterir (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

2.1.10.2. Diyabetin kronik komplikasyonları

Uzun bir zaman zarfında diyabet komplikasyonlarının, Tip I veya Tip 2 diyabetin tanılması yapıldıktan 5-10 yıl sonrasında meydana gelmektedir. Patofizyolojisi tam olarak anlaşılammıştır ancak yüksek kan glikoz seviyesiyle bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Hastalığın komplikasyonları stres dâhil hatırı sayılır ölçüde morbiditeye yol açar ve yaşam kalitesini ve yaşam beklentisini azaltabilir (Dunning ve Ward, 2009).

Diyabetin kronik komplikasyonları mikrovasküler hastalıklar (diyabetik retinopati, nefropati ve nöropatiler), makrovasküler hastalıklar (Koroner arter hastalığı (KAH), felç ve periferel damar hastalığı gibi) ve enfeksiyondur (Jones ve Brashers, 2010).

2.1.10.2.1. Diyabetik retinopati

Günümüz dünyasındaki edinsel körlüğün en önemli nedenidir (Özata ve Yösem, 2006). Başlıca yaygın olan anormallikler nokta ve leke şeklinde kanamalar, mikroanevrizmalar ve eksüdalardır. Retinada yeni kapiller damarlar oluşur ve bu damarlar kırılğan ve kanamaya meyillidir. Süreç uzadıkça maküler ödem ve vitröz kanamalar ortaya çıkar.

Bu komplikasyonun riski hastalığın uzaması ve renal hastalığın varlığı ile artar. Renal hastalık ve retinopati özellikle tip I diyabette sıklıkla bir arada baş gösterir. Lazer tedavisi hasarı durdurmak için etkili olabilir (Dunning ve Ward, 2009).

2.1.10.2.2. Diyabetik nefropati

Diyabet hastalığı batıda son dönem böbrek yetmezliğinin başlıca nedenidir (Jones ve

Brashers, 2010). Klinik renal hastalık Tip 2 diyabeti olan hastaların %33' ünde diyabetin baş göstermesinin ardından 10-20 yıl sonra ve tip I diyabeti olanların %25-40' ında 25 yıl sonra mevcuttur (Dunning ve Ward, 2009). Erkeklerde kadınlara göre 1,7 kat daha fazladır (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

Bu komplikasyonun gelişmesinde en önemli risk faktörü olarak hiperglisemi görülmektedir. Bu literatürde birçok çalışma ile desteklenmiştir. Sistolik kan basıncı ve hiperlipidemi de diğer önemli risk faktörleri arasındadır (Dunning ve Ward, 2009).

Hemşirelik bakımı; sıkı glisemik kontrol, kan basıncı kontrolü, tuz alımının azaltılması, diyetinde protein kısıtlaması, düzenli, egzersiz ve kilo verme, sigara ve alkol kullanımının engellenmesi için hasta bireyde gereken yaşam tarzı değişikliğine gidilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca diyabetik nefropatinin erken tanısında önemli yeri olan mikroalbuminüri ölçümü, Tip 2 diyabetlilerin tümünde, 12 yaşından büyük tanımlanmış tip I diyabetlilerde, hastalık süresinin 5 yıldan uzun olan diyabetlilerde her yıl düzenli olarak yapılmasının gerekliliği hakkında diyabetli birey ve ailesi aydınlatılmadığıdır (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

2.1.10.2.3. Diyabetik nöropati

Diyabetin en sık karşılaşılan komplikasyonlarından biri de diyabetik nöropatidir. Bu komplikasyonun gelişmesinde hastalığın süresi ve hipergliseminin ağırlığı başta gelen iki risk faktörüdür. Diğer risk faktörleri ise, diyabet yaşı, erkek cinsiyet, ileri yaş, uzun boylu olmak, sigara kullanımının mevcut olması, mikroalbuminüri varlığı, retinopati varlığı ve dispilidemi şeklindedir. Bu komplikasyonda birincil risk faktörü olarak hipergliseminin olduğu yapılan bilimsel çalışmalarla kanıtlanmıştır (Altun, 2010). Nöropatinin prevalansı ise tip I ve Tip 2 için benzerdir (Jones ve Brashers, 2010).

Nöropatinin en sık görülen tipi periferik sensoriyel nöropatidir. Bulguları arasında uyuşma hissi, ciddi parestezi ve ağrı sayılabilir. Duyusal sinirleri etkileyen bu komplikasyon hissizliğe, ağrı ve ısı algılanmasının bozulmasına sebebiyet vererek diyabetli bireylerin kimyasal ve fiziksel travmaları fark edememesine, bunun sonucu olarak da ayak yaralanmalarında artışa yol açabilir. Vücudumuzdaki otonom sinirleri tutan ve 'sessiz' seyreden tipine otonom nöropati denir. Otonom nöropati sonucu ortaya çıkan terleme azalması, deride kuruluğa ve deride çatlamalara neden olarak ayakta ülser gelişmesini kolaylaştırır (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

Günümüz için diyabetik nöropatinin engellenmesi ve tedavisi için en etkin yöntem kan glikoz düzeyinin iyi kontrol altında tutulmasıdır (Altun, 2010).

Hemşirelik bakımı; kan glikoz seviyesinin istenilen değerde tutulmasının yanı sıra uygun analjeziklerin kullanımı, ağrıyı şiddetlendiren durumların kontrol altına alınmasının

sağlanması ve var ise depresyonun kontrol edilmesini içerir. Bu komplikasyon gelişen hastalar travmalardan korunmalı, hastaya uygun ayak bakımı verilmeli, ayaklar rutin aralarla muayene edilmeli ve bu konularda hastalara ve yakınlarına kapsamlı eğitim ve bilgiler verilmelidir (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010)

2.1.10.2.4. Makrovasküler hastalıklar

Makrovasküler komplikasyonlar büyük damarlarda ortaya çıkan değişiklikleri tanımlamak için kullanılan bir terimdir (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010). Makrovasküler hastalıklar, özellikle Tip 2 diyabetli bireyler arasında morbidite ve mortalitenin en başta gelen nedenidir (Jones ve Brashers, 2010). Kalpte koroner arter hastalığı, iskemik kalp hastalığı (İKH) ve miyokard infarktüsü, periferik arterlerde periferik arter hastalığı, serebrovasküler hastalıktır (SVO-inme, iskemik felç) görülür (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

Makrovasküler komplikasyonların risk faktörleri; hiperlipidemi, hipertansiyon, hiperinsülinemi, diyabetik nefropati/mikroalbüminüri, sigara kullanımı, obezite ve ailedeki İKH varlığıdır. Diyabetlilerin %75' i kardiyovasküler bir hastalık nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Diyabetli bireylerde ateroskleroz daha erken başlar, daha hızlı ve arteryal alanda daha yaygın ilerler. Myokard infarktüsü ve koroner by-pass sonrası yaşam süresinde azalma olmuştur (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

2.1.11. Diyabet ve enfeksiyon

Diyabet ile enfeksiyonun ilişkisi iki yönlüdür. Akut bir enfeksiyon diyabeti ortaya çıkarabilir veya çok az da olsa diyabetin sebebi olabilir ve birçok kere karşılaşıldığı üzere enfeksiyonun diyabetin ağırlaşmasını, ketoasidoz oluşumunu kolaylaştırdığı görülmüştür. Düzenli kontrol altında olmayan diyabetli bireylerde enfeksiyonların gelişmesi daha da kolaylaşır. Diyabetle ilişkili enfeksiyonlar, ayak enfeksiyonları, çıban, selülit, nekrotizan fasit, üriner sistem enfeksiyonları ve mantar enfeksiyonlarıdır. Ayakta oluşan küçük kesiler gangrene dönüşebilir ve amputasyona varan sonuçlar doğurabilir.

Enfeksiyonlar neticesinde insüline duyulan ihtiyaç artar ve ketoasidoz meydana gelebilir. Enfeksiyonlar meydana geldikten sonra iyileştirmek oldukça güçtür ve dolaşımda meydana gelen bozukluklardan dolayı iyileşme süreci iyice yavaşlamaktadır (White ve ark., 2011).

2.1.11.1. Diyabetik ayak

Diyabetik ayak hasta bireyler için maliyetli bir komplikasyondur. Bu komplikasyonun patogenezinde nöropati, vasküler faktörler ve enfeksiyonların neden olduğu hafif derecedeki ülserlerden amputasyona varan gangrenleri meydana getirebilecek önemli bir morbidite

sebebidir. Wagner sınıflaması ile değerlendirilir. Puanlaması, 0; Yüksek riskli hasta, ayakta ülser yok. 1; Poliklinik Diyabet Hasta Takibi, Yüzeysel ülser gelişmesi. 2; Tendon ya da kemiğe penetre ülser. 3; Derin abse ve osteomyelit. 4; Lokalize gangren (küçük amputasyon ihtiyacı) 5; Büyük amputasyon gerektiren geniş gangren (Altun, 2010).

Diyabetli hastaların %15' inde klinik olarak önemli ayak ülserasyonu gelişir. Ülserin gelişimi için risk faktörleri süresi uzayan diyabet, glisemik kontrolün kötü olması ve beraberinde olan diğer diyabetik komplikasyonlardır (Association, 2008).

Bu komplikasyonun önlenmesi; bireyin hastalık tanısı aldıktan sonra, bu konu ile ilgili planlaması iyi yapılmış bir eğitim programı ile hasta ve yakını bilgilendirildiğinde önlenebilir (Bırol ve ark., 2005). Bu sebeple diyabetli hastalara bakım veren hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hastaların o anki ayak durumlarını değerlendirmeli hasta ve yakınına bu komplikasyonların nelere yol açabileceği nasıl korunacakları hakkında bilgi verilmelidir.

Diyabetik ayağın önlenmesinde ve bakımında hemşirenin rolleri;

- Özen gösterilmesi gereken durumlar ve günlük kontrolü nasıl yapacağı,
- Ayak bakımının nasıl yapılacağı,
- Kan şekerinin kontrol altında tutmasının faydaları,
- Sigaranın zararları,
- Çorap ve ayakkabı seçimlerindeki öncelikleri,
- Diyabete bağlı oluşan yaraların iyileşmesindeki sürelerin uzadığı veya ayak kaybına yol açabileceği konularında eğitim verilmelidir (Bölükbaş, Paydaş ve Bostan, 2006).

2.2. Diyabet Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Diyabet, akut komplikasyonların önlenmesi ve uzun dönemde gelişen komplikasyonların riskinin azaltılması için diyabet yönetimi ve eğitiminin devam ettirilmesini ve tıbbi bakımında devamlılığın sağlanmasını gerektiren kronik bir hastalıktır (Association, 2010). Diyabet başlıca endokrin sisteme ait bir hastalık olmakla beraber, uygulanan tedaviler ve komplikasyonların tehdit edici etkisi ile hastaların yaşam kalitelerini, iş hayatlarını, sosyal faaliyetlerini, fiziksel ve ruhsal iyilik hallerini negatif yönde etkilemektedir (Çıtıl, Günay, Elmalı ve Öztürk, 2010). WHO, diyabetin 2030 yılında ölüm nedenlerinin arasında 7. sıraya yükseleceğini öngörmektedir. Düzgün ve sağlıklı diyet, gerektiği kadar fiziksel aktivite, beden kütle indeksine (BKİ) uygun bir kilo ve sigara kullanımını engellemek, Tip 2 diyabetin başlangıcını ileri bir tarihe atabilir veya başlamasını tamamen önleyebilir (WHO2, 2017).

Erken tanı ve tedavi ile hasta bireylerin yaşam kalitesinde yükselmeler yakalanabilir, mevcut komplikasyonların gelişmesi yavaşlatılabilir, hatta uyumlu hastalarda önlenmesi bile mümkün olabilir (Ayvaz, Kan ve Ayvaz, 2010). Yakın zamanlarda yapılmış iki önemli çalışma (Diabetes Control and Complications Trial ve United Kingdom Prospective Diabetes Study) planlanması iyi yapılmış bir tedavi ve hemşirelik bakım süreci bitiminde diyabet kontrolünün düzeldiğini, komplikasyonlarda gerileme olduğunu ve hasta bireylerin yaşam kalitesinde artışlar olduğunu işaret etmektedir. Araştırma sonucunda ulaşılan bu neticeler diyabetlinin, bireysel yönetimini (self- management) başarma seviyesi ile yakın ilişkilidir.

Hasta bireylerde temel problem, kontrol edilemeyen kan glikoz seviyesidir. Bu sebeple, diyabetin yönetiminde gaye, glisemik kontrolün sağlanması ve muhtemel komplikasyonların önüne geçilmesidir (WHO2, 2017). Diyabet tedavisi; tıbbi beslenme tedavisi (TBT), fiziksel aktivite, kan glikozu izlemi, oral anti diyabetik/insülin tedavisi ve diyabet öz yönetim eğitimi (DÖYE) içine almaktadır (Association, 2013; Sürücü, 2014).

Diyabette psikososyal sorunlara yönelik hemşirelik bakım ilkeleri arasında; ‘hastanın, hastalığını kendisinin yönetmesini sağlamak, kendine bakım davranışlarına uyumu için yardım etmek, benlik saygısını yükseltmek için bağımsızlığını arttırmasına yardım etmek, sorun çözme yöntemlerini öğretmek, kan şekeri düzeyini etkileyebilen stresörlerle baş etmesi için yardım etmek’ yer almaktadır (Karakurt, 2009).

2.2.1. Tıbbi beslenme tedavisi

Diyet, diyabetli bireylerde mikro ve makro komplikasyonları engellemek ve iyi bir glisemik kontrolü sağlamak için tedavi stratejisinde önemli rol sahibidir (Rivellese ve ark., 2008). ADA 1994 yılında yayınladığı diyabette beslenme prensipleri ve önerilerinde, beslenme tedavisinin felsefesini ve terminolojisini değiştirmiş ve diyet tedavisi yerine TBT terimi kullanılmaya başlanmıştır (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

Amacı;

- Hedeflenen metabolik kontrolü sağlamak;

| | |
|--------------------------|--------------|
| Açlık kan şekeri (AKŞ): | 70-120 mg/dl |
| Tokluk kan şekeri (TKŞ): | <140 mg/dl |
| HbA1c: | <%6.5 |
| Total kolesterol: | <200 mg/dl |
| LDL kolesterol: | <100 mg/dl |
| Trigliserit: | <150 mg/dl |

- Diyabetin uzayan süreçte meydana getirebileceği kronik komplikasyonlarını önlemek ve tedavi etmek,
- Yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığını kazandırmak,
- Yaşam süresini ve kalitesini yükseltmektir (Yıldız, 2008).

TBT, hastanın yaşına, cinsiyetine, çocuk, gebe, yaşlı, hiperlipidemi gibi özel durumuna, kültürel ve Sosyo-ekonomik düzeyine, yeme-içme alışkanlıklarına, eğitim düzeyine, var ise diğer hastalıklara ve aldığı tedavi şekline göre değişiklikler göstermektedir. Bunun sonucunda da görüyoruz ki beslenme programı bireye özeldir (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010; Yıldız, 2008).

2.2.2. Egzersiz tedavisi

Egzersiz, diyet ve ilaç tedavisi ile beraber diyabet hastalığının yönetiminde temel taşları oluşturur (Sigal, Kenny, Wasserman ve Castaneda-Sceppa, 2004). Uzun süreli çalışmalar düzenli yapılan egzersizlerin, insülin sensitivitesi ve karbonhidrat metabolizmasına uzun vadede yararlı etkilerinin olduğunu göstermiştir. Fiziksel aktivite ve egzersiz, aynı zamanda kilo vermeye ve bu durumun süreklilik arz etmesine, bu sayede de glisemik kontrolün iyileşmesine ve kardiyovasküler riskler üzerine olumlu etkileri vardır (Tütüncü ve Aydın, 2011). Bu tedavi şekli Tip I diyabetliler için; insüline olan ihtiyacı azaltır ve etkisini artırır. Yemeklerden sonra, postprandiyal kan glikoz düzeyini azaltır, ketonemide azalma görülür, kas gücünü artırır, kardiyovasküler sistem üzerinde olumlu etkiler bırakır, vücuttaki yağlanmayı azaltır ve kendine güven artar.

Tip 2 diyabetliler için; kan glikoz düzeyini düşürür ve kontrolünü sağlar, periferik insülin duyarlılığında artışa sebep olur, kan lipid profilini düzenler, kan basıncını dengeler, kilo kontrolünde etki gösterir, eklem hareketlerinde artış gösterir, kas gücünü artırır, kendine güvende artış olur ve tabii ki yaşam kalitesini yükseltir (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

Hasta bireylere egzersiz planlaması yapmadan önce uygulanacak egzersiz testinin özelliği bireyin yaşına, cinsiyetine, hastalığın süresine, hastalığa bağlı komplikasyonların varlığına bağlı olarak saptanır. Otuz yaşın üzerinde Tip I DM hastası olmak, 15 seneden daha uzun süredir Tip I DM hastası olmak, 35 yaşın üzerinde Tip 2 DM hastası olmak, KAH risklerinden bir veya daha fazlasına sahip olan diyabet hastası olmak, tanısı olan veya şüphelenilen KAH olmak, mikrovasküler veya nörolojik diyabetin komplikasyonları olmak egzersiz planlaması yapmadan önce mutlaka egzersiz testi uygulanmasını gerektirir. Yapılan egzersizlerin hipoglisemiyi meydana getireceğini unutmamalı ve uygun yoğunluk, tip, süre, sıklık zaman içerisinde yeniden yapılandırılmalıdır (Kasımay ve Metin, 2009).

2.2.3. Diyabet yönetimi

Kronik hastalığı olan bireylerde fiziksel ihtiyaçların karşılanması oldukça önemlidir. Özellikle, günlük yaşam aktivitelerinin bozulması ve fiziksel aktivitenin sınırlanması bu hastalarda rahatsızlığa neden olan durumların en başında gelmektedir (Bayrak ve Çolak, 2012). Günümüz dünyasında kronik hastalıkların kontrolü ve tedavisinde başarıyı yakalamanın sırrı olarak öngörülen bireysel yönetim (self-management) terimi hastayı merkeze alan, hasta bireyin karar verme ve bakımda sorumluluğunu üstlenmesini gerektiren bakım anlayışını ifade eder (Funnell ve Anderson, 2004).

Diyabetli bireylerin hastalıklarını kontrolleri altında tutabilmeleri için, düzenli egzersiz, uygun diyet, kan glikozunun kontrolü, oral anti diyabetiklerin uygun kullanılması, insülin tedavisinin etki ve yan etkilerinin bilinmesi, sigara ve alkol alışkanlıklarına son verilmesi, hastalığın olası komplikasyonlarını tanıma ve önleme, yaşam boyu ilaç tedavisine uyum sağlama gibi öz-bakım aktivitelerini benimsemeleri (Karakurt, 2009) ve hasta bireylerin günlük diyabet yönetimini başarılı bir biçimde gerçekleştirebilmesi için yeterli düzeyde bilgi, beceri ve olumlu tutumlara sahip olması gerekmektedir. Diyabetli birey, günlük hayatında sağlık profesyonelleri, ailesi ve arkadaşlarından aldığı doğru destekle diyabet yönetimini bireysel olarak gerçekleştirebilir (İnkaya ve Karadağ, 2011).

2.3. Öz-Etkililik

Sağlıklı bireylerin olumlu sağlık davranışlarına sahip olmasında, kronik hastalığa sahip bireyleri ise sağlığının korunması, devamlılığının sağlanması ve geliştirilmesinde hastaların öz-etkililik algısı önemli bir bileşendir. Amerikalı bir psikolog olan Albert Bandura tarafından kullanılan öz-etkililik terimi, Türkçe literatürde öz-etkililik ve öz-yeterlilik olmak üzere iki biçimde karşılık bulmuştur (Ünsal ve Kaşıkçı, 2008). Genel olarak öz etkililik, 'sosyal öğrenme teorisi' kavramının dâhil olduğu görevi başarıyla tamamlamak üzere bir kişinin algı yeteneği olarak tanımlanır. Birey belirli bir davranışın uygulayıcısı olduğuna inandığı zaman ısrarcı ve doğru bir biçimde davranışı meydana getirmesi olasıdır (Potter ve Perry, 2009).

Bandura' ya göre bireylerin spesifik bir sonuca ulaşma yeteneklerine inanmalarındaki gücü, bireyleri zor durumu ele almaya kalkışıp kalkışmamalarını belirler. Bu yönü ile öz-etkililik algısı bireyin uygulayacağı veya yapmayacağı aktiviteleri belirlemede önemli bir rol üstlenir. Öz-etkililikten beklenti arttıkça sarf edilen çaba daha güçlü ve ısrarlı olur. Olumlu yönde sağlık davranışlarının başlatılması ve devam ettirilmesinde önemli bir belirleyici unsur olan öz-etkililik astım, KOAH, diyabet gibi kronik hastalıklarda da sağlığı geliştirme

davranışlarının önemli bir bileşenidir (Kara ve Mirici, 2002).

2.3.1. Diyabette öz-etkililik

Diyabetli bireylerin karmaşık bir yapıya sahip diyabet bakım ve tedavisi ile etkili bir şekilde baş edebilmeleri için yeterli seviyede öz-etkililiğe sahip olmaları beklenir. Öz-etkililik terimi dinamik ve değişkendir, hasta bireyin motivasyonunu arttıracak çaba ve girişimlerle artırılabilir. Bireylerin öz-etkililik seviyeleri yükseltilerek, öz-bakım davranışlarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi sağlanabilir (Nicole ve ark., 2003). Diyabette öz-etkililik algısı ile ilgili yapılan çalışmalarda, yüksek öz-etkililik algısına sahip olan bireylerin davranışsal uygulamalara en çok olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Öz-etkililiğin fiziksel egzersiz ve diğer yaşam tarzı değişikliklerinde en etkili yöntem olduğu bildirilmiştir (Akpunar, 2012).

Diyabet hastalarının tedaviye karşı davranışlarını kontrol altına alabilmeleri bakımından, kendi güçlerinin farkındalığını sağlamak amacıyla uygulanan diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algılarının incelenmesi önemli bir unsurdur. Bu konu ile ilgili yapılan bilimsel araştırmalarda öz-etkililik algısı ile önerilen sağlıkla ilgili davranış uyumu arasında yüksek seviyede ilişki olduğu belirlenmiştir. Diyabet hastalığının yönetimine ilişkin öz-etkililik algısı yüksek olan bireylerin, hastalıklarının tedavisi için gerekli aktiviteleri bildiği ve bunları düzenleyebildiği aynı zamanda kendini kontrol edebildiği yine yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (Akpunar, 2012; Dutton ve ark., 2009).

Diyabet yönetiminde hastaların istekleri, hastalıklarını kabullenişleri, doğru zamanda doğru tedavileri hekimi ile birlikte seçebilme kabiliyetine sahip olabilecekleri bir eğitimden geçmeleri belirler. Günümüz dünyasında artık neredeyse bütün hastalıklar için öz-yönetim (self-management) hastalıkların ilerleyişi, komplikasyonları az seviyeye düşürme veya engelleme, hasta bireyin kendini tanıması, diyabet hastalığına karşı tedavi ve bakımlarını öğrenme ve uygulama yani kısacası hastanın kendini ve hastalığını tanıması amaçlanarak öz-yönetim eğitim programları planlanmaktadır. Öz-etkililik ise hastalık ile ilgili iyi planlanmış bir eğitim programından başarı ile geçerek kendisine ve aile bireyelerine hastalıkla beraber yaşamayı öğreterek, hastalığın bireye getireceği sorunlarla baş etmeyi öğrenmesidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırmaya katılacak hastalar, Gaziantep il merkezinde bulunan Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma hastanesi ve hastaneye bağlı Mücahitler ek hizmet binasında dâhiliye/ endokrin polikliniğine Ekim 2017- Mart 2018 tarihleri arasında başvuran hastalar alınarak gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Gaziantep il sınırları içerisinde yer alan ve 880 yataklı bir hastane olan Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi dâhiliye/endokrin polikliniklerinde hizmet alan, tanısı Tip 2 DM olan yaklaşık 15.000 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini 15.10.2017-15.03.2018 tarihleri arasında araştırmayı kabul eden ve seçim kriterlerine uygun olan 375 hasta oluşturmuştur. Örneklem sayısını belirlerken G power güç analizi kullanılmış olup %95 güvenirlilik seçilmiştir (Analiz, 2018).

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışmada veriler toplanırken araştırmacı tarafından hasta bireylere araştırmanın ne amaçla yapıldığı açıklandı. Gönüllülük esasına göre araştırmaya katılan örneklem gurubu ile yüz yüze bir kez görüşerek hasta tanıtım formu ve Tip 2 diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği uygulandı. Hasta bireyler tarafından anlaşılmayan sorular, araştırmacı tarafından açıklandı. Formlar ortalama 15-20 dakikalık bir sürede dolduruldu.

3.4.1. Veri toplama araçları

Çalışmaya katılan 375 hastaya Hasta Tanıtım Formu ve Tip 2 Diyabet Hastalarında Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği uygulanmıştır.

Kişisel bilgi formu: Araştırmacı tarafından literatür bilgisinden yararlanılarak geliştirilen Hasta Tanıtım Formu 30 sorudan oluşmaktadır. Hasta Tanıtım Formunda hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalığı kontrol etme düzeyi ile ilgili sorular yer almaktadır (Kartal, 2006) (Ek-1).

Diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği: Tip 2 diyabet hastalarının diyabet yönetimine ilişkin 'Öz-etkililik Ölçeği', diyabetli hastaların öz bakım aktivitelerini gerçekleştirme konusunda kendi gücünün farkına varışını belirlemek amacı ile Van Der Bijl ve ark. tarafından 1999 yılında batı kültürüne uyumlu olarak geliştirilmiştir (Kara ve Mirici, 2002) (Ek-2).

Ölçeği meydana getiren maddeleri aşağıdaki aktiviteler üzerine kurulmuştur.

- Hastalığın tedavisi için uygulanması gerekli olan aktiviteler (ilaçların kullanımı, diyet, fiziksel egzersiz),
- Kendini izleme, kendini kontrol etme (kilo kontrolü, ayak kontrolü, genel sağlık durumunu değerlendirme, kan şekeri bilme gibi),
- Kendi aktivitelerini düzenleme (hipoglisemi, hipergliseminin kontrol altına alınması, tatil, davet gibi yerlere hazırlanma ve beslenmede değişikliğe gidebilme, hastalık ve stres gibi durumlarda kendini kontrol etmek).

Ölçek 20 maddeden meydana gelmektedir (Ek-2). Ölçek maddeleri 1' den 4' e kadar farklılık gösteren likert tipi puanlama ile derecelendirilmektedir. (1: Hiçbir zaman 2: Bazen 3: Çoğu zaman 4: Her zaman). Ölçekten elde edilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 100' dür. Özel beslenme ve kilo (6, 13, 14, 15 ve 16. sorular olmak üzere 5 madde), Fizik egzersiz (8, 11, 12. sorular olmak üzere 3 madde), Kan şekeri (1, 2 ve 3. sorular olmak üzere 3 madde), Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü (4, 5, 7, 9, 10, 17, 18, 19 ve 20. sorular olmak üzere 9 madde) olmak üzere toplan 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin genel olarak değerlendirmesinde; bütün alt ölçeklerin madde puan ortalamalarından elde edilen genel puan ortalamasına göre, puan ortalamasının altındakiler öz-etkililiği düşük, puan ortalamasından yüksek puan alanlar ise öz-etkililiği yüksek düzeyde olarak kabul edilmektedir (Kara ve Mirici, 2002).

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında İzmir' de Usta tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda tüm ölçek için Cronbach's Alpha değeri 0.89, testin tekrar güvenilirliği ise 0.98' dir (Usta, 2001). Ayrıca 2005 yılında Erzurum' da Kara ve arkadaşları tarafından ölçeğin kültürlerarası uyarlama çalışması yapılmış ve Cronbach's Alpha değeri 0.89, test tekrar test güvenilirliği 0.91 şeklinde saptanmıştır (Kara, Bijl, LM, Asti ve Erguney, 2006). Bu çalışmada ise tüm ölçek için Cronbach's Alpha değeri 0.89 olarak belirlenmiştir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımsız değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenlerini etkileyebileceği düşünülen cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim, meslek ve gelir durumu, diyabet süresi, tedavi tipi, tedavi ve diyet uyum düzeyi, doktor kontrolüne gitme, ayak bakımı ile ilgili eğitim alma, kan şekeri kontrol etme ve egzersiz yapma durumları araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizlerde Statistical Package For Social Sciences (SPSS) 21.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırma sonucundan elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolomogorov Smirnow analizi ile test edilmiştir. İki guruplu değişkenlerin skorlarını karşılaştırmada skorlar normal dağıldıkları için Student t-testi kullanılmıştır. Üç ya da daha fazla guruplu değişkenlerin skorlarını karşılaştırmada Tek Yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde pearson korelasyon analizi kullanıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları, Genellenabilirliği ve Dâhil Olma Kriterleri

Araştırma Gaziantep merkezinde bulunan bir hastane ve bu hastanenin ek binasında yürütüldüğünden ve araştırmaya sadece Tip 2 diyabet tanısı almış olan hastalar alındığından elde edilen sonuçlar, tüm diyabetliler için genellenemez. Veriler, araştırma için hazırlanan formların diyabetlilerin isteğine göre bizzat kendileri tarafından veya görüşme esnasında araştırmacı tarafından doldurulması yolu ile elde edilmiştir. Bu nedenle verilerin güvenilirliği katılımcıların bildirimleri ile sınırlıdır.

Araştırmaya dâhil olma kriterleri;

- 18 yaşından büyük olmak,
- Tip 2 diyabet tanısı almış olmak,
- Bilinci açık oryante, koopere olmak
- Sözel iletişim kurmada problemi olmamak
- Gönüllülük esasına göre araştırmaya katılmayı kabul etmek şeklinde belirlenmiştir.

3.8. Araştırmada Etik Kurallar

Araştırma için SANKO Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Ek-3). Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma hastanesi Baştabipliğinden çalışmayı sürdürmek için gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm diyabet hastalarına çalışma ve amacı hakkında bilgi verilmiş gönüllülük esasına dayalı olarak katılımları sağlanmıştır.



4. BULGULAR

Çalışmaya Ekim 2017-Mart 2018 tarihleri arasında, Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma hastanesi ve bu hastanenin ek binası olan Mücahitler Ek Hizmet Binası Dähiliye, Endokrinoloji ve Diyabet Polikliniđi'ne başvuran 375 Tip 2 diyabetli birey alınmıştır.

Tablo 4.1. Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik, Madde Bağımlılığı, Egzersiz Yapma Durumu ve Kan Şekeri Ölçme Özelliklerine Göre Dağılımı.

| Özellikler (n:375) | | sayı %* | Özellikler (n:375) | sayı %* | |
|-------------------------------|--------------------|----------|---|-------------------------------|-------------------|
| Cinsiyet | Kadın | 227 60,5 | Sağlık güvencesi | Var | 354 94,4 |
| | Erkek | 148 39,5 | | Yok | 21 5,6 |
| Yaş | ≤ 40 | 32 8,5 | Meslek | Ev hanımı | 212 56,5 |
| | 41-50 | 98 26,1 | | Emekli | 46 12,3 |
| Ort±SD | 51-60 | 141 37,6 | Memur/işçi | 97 25,9 | |
| | 54,76±10,85 | 61-70 | | 82 21,9 | Serbest çalışıyor |
| Min- Max. | 71 ve üstü | 22 5,9 | Çalışma durumu | +çalışmıyor | |
| | 26- 91 | | | Çalışmıyor | 287 76,5 |
| Medeni durumu | Evli | 363 96,8 | Çalışıyor | 88 23,5 | |
| | Bekâr | 12 3,2 | | | |
| Öğrenim durumu | Okuryazar değil | 119 31,7 | Gelir durumu | Gelir giderden az | 80 21,3 |
| | Okuryazar/ İlkokul | 192 51,2 | | Gelir gidere eşit | 270 72,0 |
| | Ortaokul/lise | 51 13,6 | | Gelir giderden fazla | 25 6,7 |
| | Üniversite | 13 3,5 | | | |
| | /Lisansüstü mezunu | | | | |
| En uzun yaşanılan yer | Köy/ Kasaba | 64 17,1 | Bakımına yardım eden | Var | 323 86,2 |
| | İlçe | 25 6,7 | | Yok | 52 13,8 |
| | Şehir | 257 68,5 | Bakım için yardım alınan kişiler | Eş ve çocuklar | 235 62,7 |
| | Büyükşehir | 29 7,7 | | Çocuklar | 85 22,7 |
| Sigara kullanma durumu | Kullananlar | 67 17,9 | Kan şekeri ölçümü | Bakıyor/Baktırıyor | 347 92,5 |
| | Kullanmayanlar | 269 71,7 | | Bakmıyor/Baktırmıyor | 28 7,5 |
| | Bırakanlar | 39 10,4 | | | |
| Alkol kullanma durumu | Kullananlar | 11 2,9 | Ölçümün yapıldığı yer | Hastane ortamında | 87 23,2 |
| | Kullanmayanlar | 349 93,1 | | Evde (şeker ölçüm cihazı ile) | 288 76,8 |
| | Bırakanlar | 15 15,0 | Ölçüm sıklığı | Her gün | 94 25,2 |
| | | Ara-sıra | | 218 58,1 | |
| Egzersiz yapma durumu | Evet | 123 32,8 | Düzensiz | 63 16,7 | |
| | Hayır | 252 67,2 | | | |
| | | | Diyete uyum | Çok kötü | 10 2,7 |
| | | | | Kötü | 27 7,2 |
| | | | | Orta | 136 36,3 |
| | | | | İyi | 180 48,0 |
| | | | | Çok iyi | 22 5,8 |

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Tablo 4.1' de hastaların %39,4'ünü erkekler %60,5'ini kadınlar oluşturmuştur. Hasta bireyler 26-91 yaş arasında olup yaş ortalaması 59,76±13,35 (min:max) olarak bulunmuştur.

Olguların %8,5'i 40 yaşından küçük, %26,1'i 41-50 yaş, %37,6'sı 51-60 yaş, %21,9'u 61-70 yaş aralığında ve %5,9'u 70 yaş üzeridir. Hastaların %96,8'i evlidir. Hasta bireylerin %31,7'si okuryazar değil, %51,2'si okuryazar/ ilkokul, %13,6'sı ortaokul/lise, %3,5'i üniversite/lisansüstü mezundur. Olguların %94,4'ünün sağlık güvencesi vardır. Hastaların %56,5'i ev hanımı, %12,3'ü emekli, %25,9'u memur/işçi, %5,3'ü serbest meslek mensubu veya çalışmayan durumundadır. Hasta bireylerin %76,5'i çalışmamaktadır. Olguların %72'sinin geliri giderine eşit, %21,3'ünün geliri giderinden az, %6,7'sinin ise geliri giderinden fazladır. Hastaların %13,6'sı bakımıyla kendi ilgilenirken, %85,9'ı bakımı için yardım almaktadır. Hasta bireylerin %62,7'sinin eş ve çocuklarından, %22,7'sinin ise bakım için çocuklarından yardım aldığı saptanmıştır. Olguların %17,1'i yaşamlarının uzun bir kısmını köy veya kasabada, %6,7'si ilçede, %68,5'i şehirde, %7,7'si büyükşehirde geçirmiştir. Hastaların %17,9'u sigara kullandığını, %2,9'u alkol kullandığını belirtmiştir. Hasta bireylerin %10,4'ü daha önce sigara %4'ü ise alkol kullandığını ancak bıraktığını belirtmiştir. Hastaların %92,5'i kan şekeri ölçümü yapmakta veya yaptırmaktadır. Olguların %76,8'inin evde, %23,2'sinin ise hastane ortamında kan şekeri ölçümü yaptığı tespit edilmiştir. Olguların %58,1'i ara-sıra, %25,2'si her gün, %16,7'si ise düzensiz kan şekeri ölçümü yaptığını belirtmiştir. Olguların %32,8 'i egzersiz yapmaktadır. %67,2' si ise egzersiz yapmaktan kaçınmaktadır. Hastaların %48' inin diyetle uyumu iyi derecededir. %36,3' ünün uyumu ise orta derecedir. (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların Diyabete İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.

| Diyabete İlişkin Özellikler (n:375) | | sayı | %* |
|---|--|-------------|-----------|
| Tanı süresi | 1-4 yıl | 124 | 33,1 |
| | 5-9 yıl | 125 | 33,3 |
| | 10-14 yıl | 57 | 15,2 |
| | 15 yıl ve üzeri | 69 | 18,4 |
| Diyabet tanısı | Şeker ölçümüyle | 57 | 15,2 |
| | Başka bir hastalık için muayeneye gidildiğinde | 186 | 49,6 |
| | Şüphe ile doktora gitme | 127 | 33,9 |
| | Diğer | 5 | 1,3 |
| Birince derece yakınlarında diyabet varlığı | Evet | 232 | 61,9 |
| | Hayır | 143 | 38,1 |
| Tedavi tipi | Sadece diyet tedavisi | 11 | 2,9 |
| | OAD | 198 | 52,8 |
| | İnsülin | 62 | 16,5 |
| | OAD+ İnsülin | 104 | 27,7 |
| Hastalığa uyum | Çok kötü | 11 | 2,9 |
| | Kötü | 25 | 6,7 |
| | Orta | 143 | 38,1 |
| | İyi | 174 | 46,4 |
| Doktor kontrolüne gitme sıklığı | Çok iyi | 22 | 5,9 |
| | Doktor kontrolüne gitmiyorum | 22 | 5,9 |
| | Ayda bir kez gidiyorum | 83 | 22,1 |
| | 2 ayda bir kez gidiyorum | 66 | 17,6 |
| | 3 ayda bir kez gidiyorum | 111 | 29,6 |
| | 6 ayda bir kez gidiyorum | 44 | 11,7 |
| Son bir yıl içinde diyabet nedeni ile Hastaneye yatma durumu | Yılda bir kez gidiyorum | 49 | 13,1 |
| | Evet | 79 | 21,1 |
| | Hayır | 296 | 78,9 |

*Sütun yüzdesi alınmıştır, *OAD: oral anti diyabetik

Tablo 4.2' de olguların tanı süreleri incelendiğinde %33,1'inin 1-4 yıl, %33,3'ünün 5-9 yıl, %15,2'sinin 10-14 yıl, %18,4'ünün ise 15 yıl ve üzeri süredir diyabet hastası olduğu saptanmıştır. Hastaların %49,6'sı başka bir hastalık için muayeneye gittiğinde, %33,9'u şüphelenerek doktora gittiğinde, %15,2'si hastalığını şeker ölçümüyle, %1,3'ü diğer yollarla öğrenmiştir. Hasta bireylerin %61,9'unun birinci derece yakınlarında diyabet hastalığı mevcuttur. Olguların %52,8'i tedavi için ağızdan alınan şeker düşürücü hap, %27,7'si ise OAD ile birlikte insülin tedavisi uygulamaktadır. Hastaların %29,6'sının doktor kontrolüne üç ayda bir kez, %22,1'inin ayda bir kez, %17,6'sının iki ayda bir kez, %13,1'inin yılda bir kez, %11,7'sinin altı ayda bir kez gittiği ve %5,9'unun ise hekim kontrolüne gitmediği saptanmıştır. Hasta bireylerin %21,1'i daha önce diyabet nedeni ile hastaneye yatmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların Ayak Bakımına İlişkin Eğitim Alma Durumu, Eğitimi Kimden Aldıkları, Hastalıkları İle İlgili Dernek, Dergi Üyelik Durumları ve Ayak Bakımının Hastalıkları İçin Öneminin Bilinmesine Göre Dağılımı.

| Özellikler (n:375) | | sayı | %* |
|--|---|------|------|
| Diyabet tanısı alındığında ayak bakımının anlatılması | Evet | 78 | 20,8 |
| | Hayır | 297 | 79,2 |
| Eğitimi aldıkları kişiler | Diyabet Hemşiresinden | 42 | 11,2 |
| | Dâhiliye/ Endokrin Doktoru | 26 | 6,9 |
| | Sosyal medya, gazete vs. | 3 | 0,8 |
| | Yakın çevre | 7 | 1,9 |
| | Eğitim almayanlar | 297 | 79,2 |
| | Hastalıkla ilgili herhangi bir derneğe vs. üyelik durumu | Evet | 5 |
| Hayır | | 370 | 98,7 |
| Ayak bakımının hastalık için öneminin bilinmesi | Evet | 100 | 26,7 |
| | Hayır | 275 | 73,3 |

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Tablo 4.3' de hasta bireylerin %79,2' si diyabet tanısı aldığıında ayak bakımı eğitimi almamıştır. Hastaların %20,8'i ise bu eğitimi aldığını belirtmektedir. Olguların ayak bakımı alan %11,2'lik kısmı diyabet hemşiresinden, %6,9'luk bölümü dâhiliye/ endokrin doktorundan, %1,8' i ise yakın çevresinden (aile, arkadaş gibi...) öğrendiği saptanmıştır. Hastaların %73,3' ü ayak bakımının hastalıkları için önemini bilmemektedir. Hastaların %98,7'si hastalığı ile ilgili bir derneğe üye veya yayına abone olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3).

4.1. Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımları.

| Özellikler | Özel beslenme ve kilo | Fizik egzersiz | Kan şekeri | Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol | Yönetim toplam |
|-----------------------------|-----------------------|------------------|------------------|--|------------------|
| | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| Yaş | | | | | |
| ≤40 (n:32) | 13,53±5,39 | 8,28±3,38 | 9,47±2,60 | 27,75±8,08 | 59,03±17,45 |
| 41-50 (n:98) | 12,67±4,93 | 6,19±2,78 | 8,57±2,67 | 26,89±6,02 | 54,32±14,40 |
| 51-60 (n:141) | 13,14±4,38 | 6,04±2,76 | 8,84±2,62 | 27,53±5,68 | 55,55±13,44 |
| 61-70 (n:82) | 12,26±4,44 | 5,29±2,46 | 7,80±2,81 | 25,98±6,21 | 51,33±13,92 |
| 70 üstü (n:22) | 12,50±5,35 | 5,23±2,79 | 7,95±2,36 | 25,77±5,55 | 51,45±14,05 |
| F | 0,695 | 7,316 | 3,248 | 1,182 | 0,135 |
| p | 0,596 | 0,000 | 0,012 | 0,318 | 0,009 |
| Öğrenim durumu | | | | | |
| Okuryazar değil (n:119) | 12,52±5,05 | 5,07±2,34 | 8,20±2,95 | 26,65±6,52 | 52,44±14,39 |
| Okuryazar-İlkokul (n:192) | 12,99±4,53 | 6,14±2,80 | 8,55±2,58 | 27,02±5,88 | 54,69±13,58 |
| Ortaokul/lise (n:51) | 12,82±4,38 | 7,47±3,07 | 9,08±2,27 | 27,10±5,92 | 56,47±13,22 |
| Üniversite ve üzeri (n:13) | 13,08±5,06 | 8,54±3,31 | 9,54±3,07 | 27,85±7,29 | 59,00±17,64 |
| F | 0,257 | 13,498 | 1,916 | 0,206 | 1,659 |
| p | 0,856 | 0,000 | 0,126 | 0,893 | 0,175 |
| Meslek | | | | | |
| İşçi+memur (n:97) | 13,14±4,52 | 6,97±3,32 | 8,35±2,62 | 27,55±6,05 | 56,01±14,55 |
| Emekli (n:46) | 12,80±4,20 | 6,45±2,81 | 8,72±2,47 | 26,48±5,54 | 54,46±13,26 |
| Ev Hanımı (n:212) | 12,77±4,87 | 5,57±2,55 | 8,63±2,75 | 26,84±6,22 | 53,81±13,83 |
| Serbest+ çalışmıyor (n:20) | 11,85±4,72 | 6,00±2,58 | 8,15±2,96 | 26,05±6,79 | 52,05±14,62 |
| F | 0,447 | 5,923 | 0,447 | 0,561 | 0,741 |
| p | 0,719 | 0,001 | 0,720 | 0,641 | 0,528 |
| Çalışma durumu | | | | | |
| Çalışmıyorum (n:287) | 12,60±4,67 | 5,57±2,54 | 8,44±2,72 | 26,67±6,03 | 53,27±13,46 |
| Çalışıyorum (n:88) | 13,55±4,69 | 7,67±3,21 | 8,90±2,59 | 27,82±6,36 | 57,93±15,10 |
| F | -1,661 | -6,357 | -1,411 | -1,543 | -2,760 |
| p | 0,097 | 0,000 | 0,159 | 0,124 | 0,006 |
| Gelir durumu | | | | | |
| Gelir giderden az (n:80) | 11,39±4,13 | 6,18±2,75 | 7,89±2,52 | 24,69±5,85 | 50,14±13,45 |
| Gelir gidere eşit (n:270) | 13,27±4,76 | 5,90±2,87 | 8,69±2,74 | 27,50±6,12 | 55,36±13,98 |
| Gelir giderden fazla (n:25) | 12,56±4,78 | 7,40±2,74 | 9,08±2,43 | 28,12±5,52 | 57,16±13,47 |
| F | 5,138 | 3,265 | 3,305 | 7,228 | 4,942 |
| p | 0,006 | 0,039 | 0,038 | 0,001 | 0,008 |

Tablo 4.4’da tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyut puanlarının bazı sosyo-demografik özelliklere göre dağılımları tablo 4.4’de verilmiştir. Puanların dağılımları incelendiğinde fizik egzersiz, kan şekeri ve yönetim toplam alt boyutlarının yaş gruplarına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Fizik egzersiz ve kan şekeri boyutu dağılımları arasındaki farkın kaynağını belirlemek üzere yapılan post-hoc analizde (LSD: Least Significicane Difference) farkın 70 yaş üstü gurubundan kaynaklandığı bu gurubun puanlarının diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda fizik egzersiz boyutu dağılımları arasındaki dağılımlara bakıldığında 61-70 yaş ile 40 yaş ve altı gurubu arasında da anlamlı fark olduğu 40 yaş ve

altı gurubundaki hastaların puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sadece fizik egzersiz alt boyutunun öğrenim durumuna göre dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan LSD analizi sonucunda fizik egzersiz boyutunda okuryazar değil gurubu ile üniversite ve üzeri gurubu arasındaki farkın anlamlı olduğu anlaşılmıştır. Tüm boyutlarda üniversite ve üzeri gurubunun puanı diğer tüm guruplardan daha yüksek bulunmuştur. Özel beslenme ve kilo, kan şekeri ile genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol boyutlarının öğrenim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde anlamlı bir sonuç elde edilememiştir ($p>0,05$).

Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutlarından sadece fizik egzersiz boyutu puanlarının dağılımları arasında hastaların meslek durumlarına göre dağılımları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan LSD analizinde farkın ev hanımı ve memur/işçi gurubu arasında olduğu, memur/işçi gurubunun puanlarının ev hanımlarına göre daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutlarından fizik egzersiz ve yönetim toplam boyutlarının puanları dağılımları arasında hastaların çalışma durumlarına göre anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmayanların puanlarının çalışanların puanlarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutlarından bütün puan dağılımları arasında hastaların gelir durumlarına göre anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Boyutların dağılımları arasındaki farkın kaynağını belirlemek üzere yapılan LSD analizinde farkın gelir giderden az gurubundan kaynaklandığı bu puanların geliri giderinden fazla olan gurubunun puanlarından anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutlarının Hastaların Cinsiyet, Medeni Durum, Sağlık Güvencesi Ve Diyabet Tedavisine Göre Dağılımları.

| Özellikler | Özel beslenme ve kilo $\bar{X}\pm SS$ | Fizik egzersiz $\bar{X}\pm SS$ | Kan şekeri $\bar{X}\pm SS$ | Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol $\bar{X}\pm SS$ | Yönetim toplam $\bar{X}\pm SS$ |
|-------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------|---|-----------------------------------|
| Cinsiyet | | | | | |
| Kadın (n:227) | 12,72±4,84 | 5,67±2,63 | 8,60±2,70 | 26,77±6,21 | 53,76±13,91 |
| Erkek (n:148) | 12,97±4,45 | 6,67±3,08 | 8,45±2,68 | 27,20±5,99 | 55,30±14,09 |
| t | -0,506 | -3,375 | 0,530 | -0,674 | -1,042 |
| P | 0,613 | 0,001 | 0,597 | 0,501 | 0,298 |
| Medeni durum | | | | | |
| Evli (n:363) | 12,80±4,73 | 6,02±2,83 | 8,53±2,71 | 26,89±6,16 | 54,24±14,07 |
| Bekâr (n:12) | 13,58±2,94 | 7,25±3,41 | 9,00±1,95 | 28,33±4,83 | 58,17±10,88 |
| t | -0,572 | -1,469 | -0,596 | -0,802 | -0,957 |
| p | 0,568 | 0,143 | 0,552 | 0,423 | 0,246 |
| Sağlık güvencesi | | | | | |
| Var (n:354) | 12,87±4,65 | 6,12±2,87 | 8,63±2,65 | 27,07±5,97 | 54,69±13,76 |
| Yok (n:21) | 12,00±5,22 | 5,10±2,51 | 7,14±3,05 | 24,67±8,08 | 48,90±16,68 |
| t | 2,031 | -1,830 | 2,380 | 2,671 | 1,929 |
| p | 0,043 | 0,068 | 0,018 | 0,008 | 0,055 |

Tablo 4.5’de Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutlarının hastaların cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi ve diyabet tedavisine göre dağılımları verilmiştir. Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutlarından sadece fiziksel egzersiz boyutunun cinsiyete göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup erkeklerin puanları kadınlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bireylerin medeni durumu ile tip II diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel anlamda herhangi bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlık güvencesi olan hastaların özel beslenme ve kilo, kan şekeri kontrolü ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol puanlarının sağlık güvencesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmış olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutlarının hastaların bakım alma ve bakım aldıkları kişilere göre dağılımı.

| Özellikler | Özel beslenme ve kilo $\bar{X}\pm SS$ | Fizik egzersiz $\bar{X}\pm SS$ | Kan şekeri $\bar{X}\pm SS$ | Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol $\bar{X}\pm SS$ | Yönetim toplam $\bar{X}\pm SS$ |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------|---|-----------------------------------|
| Bakım İçin Yardım Alanlar | | | | | |
| Evet (n:322) | 13,04±4,68 | 5,96±2,86 | 8,69±2,64 | 27,29±5,99 | 54,98±13,69 |
| Hayır (n:51) | 11,61±4,63 | 6,75±2,76 | 7,73±2,89 | 24,84±6,65 | 50,92±15,49 |
| t | 2,031 | -1,830 | 2,380 | 2,671 | 1,929 |
| p | 0,043 | 0,068 | 0,018 | 0,008 | 0,055 |
| Bakıma Yardımcı Olanlar | | | | | |
| Eş (n:235) | 13,30±4,66 | 5,95±2,91 | 8,81±2,72 | 27,54±6,09 | 55,60±13,80 |
| Çocuklar (n:85) | 12,52±4,66 | 6,14±2,70 | 8,12±2,49 | 26,73±5,85 | 53,51±13,53 |
| Diğer (n: 11) | 9,55±2,46 | 5,55±2,81 | 8,27±2,20 | 23,18±2,79 | 46,55±8,17 |
| t | 4,060 | 0,276 | 2,221 | 3,163 | 2,822 |
| p | 0,018 | 0,759 | 0,110 | 0,044 | 0,061 |

Tablo 4.6’ da tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyut puanlarından özel beslenme ve kilo, kan şekeri kontrolü ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol boyutu puanlarının hastaların bakım için yardım alma durumlarına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Sonuçlara göre bakım için yardım alanların öz-etkililik ölçeği alt boyutlarının puanları daha yüksektir.

Özel beslenme ve kilo ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol boyutu puanlarının hastaların bakımına yardımcı olanlara göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($p<0,05$), farkın kaynağını saptamak üzere yapılan post-hoc LSD analizde farkın diğer gurubundan kaynaklandığı bu gurubun puanlarının diğer guruplardan anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutlarının Hastaların Kan Şekeri Kontrol Durumlarına Göre Dağılımı.

| Özellikler | | Özel beslenme ve kilo | Fizik egzersiz | Kan şekeri | Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol | Yönetim toplam |
|--------------------------------------|--|-----------------------|-----------------|-----------------|--|-----------------|
| | | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |
| Kan şekeri ölçümü | Evet (n:347) | 12,93±4,67 | 6,08±2,86 | 8,72±2,61 | 27,17±6,01 | 54,91±13,76 |
| | Hayır (n:28) | 11,43±4,73 | 5,79±2,77 | 6,32±2,79 | 24,11±6,88 | 47,64±15,19 |
| yapma durumu | t | 1,639 | 0,531 | 4,665 | 2,563 | 2,667 |
| | p | 0,102 | 0,596 | 0,000 | 0,011 | 0,008 |
| Kan şekeri ölçümü yapma şekli | Hastane ortamında (n:73) | 11,22±3,66 | 5,66±2,20 | 7,42±2,57 | 24,92±4,96 | 49,22±11,21 |
| | Evde kan şekeri ölçüm cihazı ile (n:288) | 13,30±4,84 | 6,15±3,00 | 8,93±2,61 | 27,62±6,19 | 55,99±14,16 |
| | t | -3,437 | -1,304 | -4,413 | -3,458 | -,3796 |
| | p | 0,001 | 0,193 | 0,000 | 0,001 | 0,000 |
| Kan şekeri ölçüm sıklığı | Her gün (n:90) | 13,60±5,20 | 6,72±3,28 | 9,60±2,59 | 28,09±6,57 | 58,01±15,21 |
| | Ara sıra (n:214) | 12,88±4,41 | 5,87±2,76 | 8,48±2,47 | 27,19±5,61 | 54,42±12,87 |
| | Düzensiz (n:59) | 11,63±4,73 | 5,59±2,34 | 7,49±3,03 | 24,90±6,40 | 49,61±14,13 |
| | F | 3,189 | 3,703 | 12,241 | 5,213 | 6,730 |
| | p | 0,042 | 0,026 | 0,000 | 0,006 | 0,001 |

Tablo 4.7’de kan şekeri ölçümü yapan hastaların kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam puan ortalamaları, kan şekeri ölçümü yapmayanlara göre yüksek bulunmuş aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Kan şekeri, özel beslenme ve kilo, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam boyutu puanları kan şekeri ölçümü yapma şekline göre değerlendirildiğinde evde kan şekeri ölçümü yapan hastalarda diğerlerine göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği bütün alt boyutlarının puanları kan şekeri ölçüm sıklığına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Kan şekerini kendisi ölçen hastaların puanlarının daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Yapılan post-hoc analizde kan şekerini her gün ölçen hastaların puanlarının ara sıra ve düzensiz ölçenlere göre daha yüksek olduğu, farkın buradan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 4.7)

Tablo 4.8. Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutlarının Hastaların Birinci Derece Yakınlarında Diyabet Ve Son Bir Yıl İçinde Diyabet Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Dağılımı.

| Özellikler | Özel beslenme ve kilo | Fizik egzersiz | Kan şekeri | Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol | Yönetim toplam |
|---|-----------------------|-----------------|-----------------|--|-----------------|
| | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |
| Birinci derece yakınlarında diyabet hastalığı varlığı | | | | | |
| Evet (n:232) | 12,32±4,65 | 5,82±2,75 | 8,62±2,65 | 26,39±6,24 | 53,16±13,66 |
| Hayır (n:143) | 13,63±4,64 | 6,45±2,99 | 8,43±2,77 | 27,83±5,83 | 56,33±14,32 |
| t | -2,643 | -2,067 | 0,663 | -2,213 | -2,145 |
| p | 0,009 | 0,039 | 0,508 | 0,027 | 0,033 |
| Son bir yıl içinde diyabet nedeni ile hastaneye yatma durumu | | | | | |
| Evet (n:79) | 11,58±4,32 | 5,63±2,30 | 8,09±2,81 | 25,35±5,63 | 50,66±12,28 |
| Hayır (n:296) | 13,15±4,73 | 6,18±2,98 | 8,67±2,65 | 27,36±6,19 | 55,35±14,26 |
| t | -2,668 | -1,504 | -1,696 | -2,609 | -2,675 |
| p | 0,008 | 0,133 | 0,091 | 0,009 | 0,008 |

Tablo 4.8’de tip 2 diyabet ölçeği alt boyut puanlarından özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam puanlarının birinci derece yakınlarında diyabet hastalığı olmayanlarda olanlarda göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyut puanlarından özel beslenme ve kilo, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam puanlarının son bir yıl içinde diyabet nedeni ile hastaneye yatma durumlarına göre dağılımları değerlendirildiğinde hastaneye yatmayanların puanlarının yatanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutlarının Hastaların Diyabet İle İlgili Eğitim Alma, Egzersiz Yapma Ve Diyabette Ayak Bakımının Önemini Anlama Durumlarına Göre Dağılımı.

| Özellikler | Özel beslenme ve kilo | Fizik egzersiz | Kan şekeri | Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol | Yönetim toplam |
|---|-----------------------|-----------------|-----------------|--|-----------------|
| | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |
| Diyabet ile ilgili eğitim alma durumu | | | | | |
| Evet (n:78) | 13,47±4,02 | 7,54±2,88 | 9,14±2,28 | 28,17±4,83 | 58,32±11,85 |
| Hayır (n:297) | 12,65±4,83 | 5,67±2,72 | 8,39±2,77 | 26,62±6,39 | 53,33±14,32 |
| t | 1,385 | 5,321 | 2,212 | 1,999 | 2,834 |
| p | 0,167 | 0,000 | 0,028 | 0,046 | 0,005 |
| Egzersiz yapma durumu | | | | | |
| Evet (n:123) | 14,00±4,70 | 7,98±2,69 | 9,17±2,62 | 29,07±5,45 | 60,22±13,06 |
| Hayır (n:252) | 12,25±4,58 | 5,12±2,44 | 8,24±2,68 | 25,90±6,17 | 51,51±13,54 |
| t | 3,453 | 10,320 | 3,188 | 4,838 | 5,917 |
| p | 0,001 | 0,000 | 0,002 | 0,000 | 0,000 |
| Diyabette ayak bakımının önemini anlama durumu | | | | | |
| Evet (n100:) | 13,28±4,22 | 7,33±2,95 | 8,99±2,61 | 28,02±5,25 | 57,62±12,78 |
| Hayır (n:275) | 12,65±4,84 | 5,60±2,68 | 8,38±2,71 | 26,55±6,37 | 53,18±14,23 |
| t | 1,144 | 5,382 | 1,942 | 2,072 | 2,742 |
| p | 0,253 | 0,000 | 0,053 | 0,039 | 0,006 |

Tablo 4.9’da, Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutlarının hastaların diyabet ile ilgili eğitim alma, egzersiz yapma ve diyabette ayak bakımının önemini anlama durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Fizik egzersiz, kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam puanlarının diyabet ile ilgili eğitim alan grupta daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bütün alt boyutların puanları egzersiz yapan hastalarda daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyut puanlarının hastalarda fizik egzersiz, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve toplam yönetim puanlarında ayak bakımının önemini anlayanlarda anlamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ve daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutlarının Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı

| Özellikler | Özel beslenme ve kilo | Fizik egzersiz | Kan şekeri | Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol | Yönetim toplam |
|--|-----------------------|------------------|------------------|--|------------------|
| | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| Diyabet Süresi | | | | | |
| 1-4 yıl (n:124) | 11,97±4,56 | 6,44±3,00 | 8,31±2,75 | 26,14±6,25 | 52,85±14,36 |
| 5-9 yıl (n:125) | 13,40±4,65 | 6,39±2,82 | 8,57±2,71 | 27,98±5,68 | 56,34±13,65 |
| 10-14 yıl (n:57) | 13,21±4,84 | 6,05±2,92 | 8,70±2,79 | 26,21±7,22 | 54,18±15,38 |
| 15 yıl ve üzeri (n:69) | 12,99±4,72 | 4,80±2,20 | 8,78±2,48 | 27,10±5,49 | 53,67±12,47 |
| F | 2,188 | 6,017 | 0,547 | 2,211 | 1,376 |
| p | 0,089 | 0,001 | 0,650 | 0,086 | 0,250 |
| Diyabet Hastalığı Teşhisi | | | | | |
| Şeker ölçümüyle (n:57) | 12,86±4,59 | 6,67±3,06 | 8,89±2,46 | 27,40±6,21 | 55,82±13,93 |
| Başka bir hastalık için muayeneye gidildiğinde (n:186) | 13,19±4,64 | 6,01±2,91 | 8,75±2,67 | 27,45±6,07 | 55,39±13,91 |
| Şüphelenerek (n:127) | 12,36±4,80 | 5,91±2,69 | 8,08±2,80 | 26,09±6,15 | 52,44±14,12 |
| Diğer (n:5) | 10,40±3,65 | 5,00±2,00 | 8,80±2,17 | 24,20±4,38 | 48,40±9,29 |
| F | 1,236 | 1,225 | 1,970 | 1,708 | 1,656 |
| p | 0,296 | 0,300 | 0,118 | 0,165 | 0,176 |
| Diyabet tedavisi | | | | | |
| Sadece diyet tedavisi (n: 11) | 10,45±2,34 | 4,91±2,59 | 5,64±2,16 | 22,36±5,30 | 43,36±10,15 |
| Ağızdan alınan şeker düşürücü hap (n: 198) | 13,18±4,62 | 6,23±2,95 | 8,56±2,67 | 27,53±6,07 | 55,49±14,20 |
| İnsülin (n: 62) | 11,94±4,25 | 6,40±2,76 | 8,58±2,36 | 25,40±5,74 | 52,32±12,91 |
| OAD+ insülin (n: 104) | 12,92±5,13 | 5,65±2,70 | 8,81±2,82 | 27,21±6,24 | 54,60±14,04 |
| F | 2,089 | 1,851 | 4,753 | 4,135 | 3,208 |
| p | 0,101 | 0,138 | 0,003 | 0,007 | 0,023 |
| Diyabet Hastalığına Uyum | | | | | |
| Çok kötü (n:11) | 8,73±5,83 | 4,09±2,77 | 7,82±3,16 | 21,27±6,96 | 41,91±16,90 |
| Kötü (n:25) | 11,72±4,56 | 6,16±2,79 | 7,48±3,34 | 24,92±6,84 | 50,28±15,15 |
| Orta (n:143) | 10,98±3,73 | 5,58±2,46 | 7,74±2,51 | 23,97±5,54 | 48,27±11,96 |
| İyi (n:174) | 14,17±4,61 | 6,18±2,86 | 9,14±2,49 | 29,24±4,98 | 58,74±12,30 |
| Çok iyi (n:22) | 17,41±3,40 | 9,14±3,23 | 10,59±2,13 | 33,18±3,51 | 70,32±9,47 |
| F | 20,363 | 9,602 | 10,696 | 30,783 | 26,686 |
| p | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| Doktor Kontrolüne Gitme | | | | | |
| Doktor kontrolüne gitmeyen (n:22) | 12,41±5,70 | 5,91±2,78 | 7,50±2,99 | 24,59±7,96 | 50,41±16,96 |
| Ayda bir kez kontrole giden (n:83) | 11,87±4,82 | 5,98±2,68 | 8,18±2,85 | 26,30±6,20 | 52,33±14,40 |
| İki ayda bir kontrole giden (n:66) | 11,62±4,36 | 5,92±2,62 | 8,20±2,66 | 25,76±6,15 | 51,50±13,06 |
| Üç ayda bir kontrole giden (n:111) | 14,23±4,62 | 6,16±3,05 | 9,18±2,51 | 28,30±5,80 | 57,86±13,70 |
| 6 ayda bir kontrole giden (n:44) | 14,20±4,29 | 6,20±3,13 | 8,43±2,51 | 29,14±4,98 | 57,98±12,58 |
| Yılda bir kez kontrole giden (n:49) | 11,82±3,88 | 6,10±2,89 | 8,76±2,68 | 25,61±5,70 | 52,29±13,03 |
| F | 2,089 | 1,851 | 4,753 | 4,135 | 3,208 |
| t | 0,101 | 0,138 | 0,003 | 0,007 | 0,023 |

Tablo 4.10'da hastaların diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutlarının hastaların hastalığa ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Puanların diyabet süresine göre dağılımında sadece fizik egzersiz alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Yapılan LSD analizinde farkın 15 yıl ve üzeri süreden beri diyabet olan guruptan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu guruptaki hastaların puanları daha düşük bulunmuştur.

Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutlarının hiçbir alt boyut puanlarının hastaların

diyabet hastalığının teşhisine göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ($p>0,05$).

Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutlarının diyabet tedavi şekillerine göre dağılımları incelendiğinde kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam alt boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde farklı dağılım gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Yapılan LSD analizinde sadece diyet tedavisi alanlar ile diğer guruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ve sadece diyet tedavisi alan hastaların puanlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutlarının diyabet hastalığına uyuma göre dağılımları incelendiğinde tüm alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde farklı dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$) Yapılan post-hoc analizde tüm guruplar arasında anlamlı fark olduğu, daha iyi uyum düzeyleri belirtildikçe puanlar da anlamı derecede yükselmektedir ($p<0,05$).

Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutlarından kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam puanlarının hastaların doktor kontrolüne gitme durumlarına göre dağılımları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın kaynağını belirlemek için yapılan post-hoc analizde (LSD) kan şekeri boyutunda farkın “doktor kontrolüne gitmeyenler’ le, “3 ayda bir kez” doktor kontrolüne giden guruplar arasında, aynı zamanda “ayda bir kez” doktor kontrolüne gidenlerle “3 ayda bir kez” doktor kontrolüne giden guruplar arasında anlamlı olduğu belirlenmiştir. Doktor kontrolüne “2 ayda bir kez” gidenlerle “3 ayda bir kez” gidenler arasında, aynı zamanda, “3 ayda bir kez” gidenlerle “doktor kontrolüne gitmeyenler’ “ayda bir kez” ve “2 ayda bir kez” gidenler arasındaki farkların anlamlı olduğu anlaşılmıştır. Genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol boyutunda farkın kaynağının “doktor kontrolüne gitmeyenler’, “ayda bir kez” ve “2 ayda bir kez” giden guruplar ile 3 ayda bir kez, 6 ayda bir kez kontrolüne giden guruplar arasında anlamlı olduğu farkın ‘doktor kontrolüne gitmeyen’, “ayda bir kez” ve “2 ayda bir kez” giden guruplardan kaynaklandığı saptanmıştır. Yönetim toplam boyutundaki farkın kaynağının “doktor kontrolüne gitmeyenler” le “3 ayda bir kez” ve “6 ayda bir kez” doktor kontrolüne gidenler arasında farkların anlamlı olduğu belirlenmiştir. Doktor kontrolüne “yılda bir kez” gidenlerle “3 ayda bir kez” ve “6 ayda bir kez” gidenler arasında da anlamlı fark olduğu anlaşılmıştır. En yüksek puanlar kontrole 3 ayda bir gidenler guruptadır. Onu izleyen ve yakın olan gurup ise 6 ayda bir izlem yaptıran guruptur. Sonuçlar en ideal kontrol sıklığının 3 ve 6 aylık süreler olduğuna işaret etmektedir (Tablo 4.10).

5. TARTIŞMA

Tip 2 diyabetli hastaların hastalık yönetimine katılım düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yürütülen bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür ile karşılaştırılarak çalışmanın hipotezleri ışığında tartışılmıştır.

5.1. Tip 2 Diyabet Yönetimine İlişkin Puanların Bazı Sosyo-Demografik Ve Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Bu çalışmada fizik egzersiz boyutu dışındaki tüm boyutlarda cinsiyetlere göre bir fark saptanmazken kan şekeri boyutunda erkek hastaların kadın bireylere göre yönetimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yanık'ın (2011) yaptığı araştırmada diyabete yönelik öz-yeterlilik düzeyleri bakımından cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmemiştir (Yanık, 2011). Ülkemiz gibi gelişimini henüz tamamlamamış ülkelerde hastalık kadın bireylerde daha sık görüldüğü halde, gelişmiş toplumlarda ise anlamlı bir cinsiyet farkı bildirilmemiştir. Diyabet hastası bireylerin cinsiyetine göre hastalık tutum skorlarının dağılımları arasında istatistiksel manada anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir (A. Kartal ve ark., 2008).

Bu araştırmada herhangi bir sağlık güvencesi olan hastaların genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol, özel beslenme ve kilo ve kan şekeri alt boyutları puanlarının dağılımları arasında istatistiksel manada anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Çalışmada herhangi bir sağlık güvencesine sahip bireylerin genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol, özel beslenme ve kilo ve kan şekeri alt boyutu puanlarının sağlık güvencesine sahip olmayan bireylere göre daha yüksek çıkması sosyal güvencenin diyabet hastalarının diyabet yönetimine etkisinin olduğunu göstermektedir.

Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutlarından özel beslenme ve kilo, kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol boyutları puanlarının hastalıkları için yardım alan bireylere göre dağılımları arasında istatistiksel manada anlamlı fark bulunmuştur. Amerika Diyabet Birliği (ADA); Tip 2 DM hastası bireylerin diyabet hastalığının var olduğunu öğrendikten sonra yaşamlarının şekillerinde bir takım değişikliğe gitmeleri gerektiği, bunu uygulamanın hiçte kolay olmadığını, aile ve arkadaşlarının diyabet hastası bir bireye nasıl yaklaşması ve yardım edeceğini bilmesi gerektiğini belirtmektedir (Acemoğlu ve ark., 2006). Acemoğlu ve arkadaşlarının (2006) araştırmasında hasta bireylerin büyük bir çoğunluğunun hastalığı için hiç kimseden yardım almadığı belirtilmiştir (Acemoğlu ve ark., 2006). Araştırmada hastalığı için yardım almayan bireylerin fizik egzersiz boyutu puanları yüksek olarak saptanmıştır.

Bunun sebebinin hasta bireylerin diyabet yönetiminde etkin bir rol almalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aynı zamanda çocuklardan ve diğer aile bireylerinden yardım alan bireylerin sadece eşlerinden yardım alanlara göre özel beslenme ve kilo, kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam puanlarının yüksek olması sebebiyle hasta bireylerin hastalıklarının yönetiminde yardım aldığı kişilerin de önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın örnekleminde kan şekeri ölçümünü yapan bireylerin kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam, kan şekere evde bakan hastalarda özel beslenme ve kilo, kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam, kan şekeri ölçümlerini her gün yapan bireylerde ise bütün alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kartal'ın (2006) araştırmasında bireylerin glikoz seviyelerini ölçme durumları ile öz-etkililik puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, şeker ölçümü yapmanın öz-etkililik puan ortalamasını etkilediği belirtilmiş, ölçüm yapan bireylerin yapmayan bireylere göre öz-etkililik puan ortalamalarının daha yüksek çıktığı belirtilmiştir (Kartal, 2006). Araştırmamızdaki veriler literatürle benzerlik göstermekte ve kan şekeri ölçümlerini yapan hastaların diyabet yönetimlerine olumlu katkı sağladığı düşünülmektedir.

Araştırmada kan şekeri, fizik egzersiz, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam boyutlarının puanların hastalığı ile ilgili eğitim alan kişilerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yanık (2011) ve Erol'un (2009) araştırmalarında diyabet hastalığı hakkında yeterli düzeyde eğitim aldığını belirten hastaların, diyabete yönelik öz-yeterlilik seviyelerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Erol, 2009; Yanık, 2011). Sarkar ve arkadaşlarının (2006) araştırmasında farklı bir sonuç olarak elde edilen sağlık ile ilgili verilen eğitimin bakıma yönelik öz-etkililik seviyesini etkilemediği belirtilmiştir. Daha özenli hazırlanmış ve eğitimi alacak hastaların özelliklerine ve gereksinimlerine uygun bir biçimde planlanmış eğitim programları ile öz-etkililik seviyesinin artırılabilceği belirtilmiştir (Sarkar, Fisher ve Schillinger, 2006). Araştırma literatürle uyumlu olup diyabet hastalığının eğitiminin bireylerin öz etkililik düzeyini olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır.

Çalışmanın verilerine göre Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutlarının hepsinin puanları düzenli egzersiz yapan bireylerde daha yüksek bulunmuştur. Çalışkan ve ark.'ının (2007) çalışmasında bireylerin %25'inin, Yanık'ın (2011) yapmış olduğu benzer bir araştırmada diyabetli hastaların %35'inin düzenli bir biçimde egzersiz yaptığı saptanmıştır (Aslan, Mehmetoğlu, Çalışkan, Uncu ve Alper, 2007; Yanık, 2011). Bireylerin sağlıklı bir hayat sürebilmeleri için yapması gerekenlerin başında gelen düzenli egzersiz hem hastanın

sağlığına gösterdiği değerin hem de şeker hastalığının bakımı ve tedavisi ile bir uyum yakaladığının belirtisidir. Düzenli ve etkin bir şekilde egzersiz yapan hastaların öz yeterlilik düzeyinin de yüksek çıkması bu düşüncüyü destekler niteliktedir (Yanık, 2011). Bizim araştırmamızda egzersiz yaptığını beyan eden bireylerin bütün alt boyutlarının puanları yüksek çıkmıştır. Buradan yola çıkarak egzersiz yapmanın diyabet öz yönetiminde etkili bir faktör olduğu düşünülebilir.

Araştırmada gelir durumunun öz-etkililiği anketimizin bütün alt boyutlarında etkilediği ve geliri fazla olan bireylerin puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Kartal'ın (2006) araştırmasında gelir durumu ile bireylerin öz-etkililik algıları arasında istatistiksel manada anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir (Kartal, 2006). Sağlık davranışlarına etki eden faktörlerin incelendiği bir araştırmada; gelir düzeyi iyi olan olguların sağlık davranışlarının, öz-etkililik düzeylerinin ve öz bakımlarının daha iyi olduğu saptanmıştır (Callaghan, 2006). Araştırmadaki veriler bu açıdan literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırmada tedavisine iyi uyum gösteren hastaların Tip 2 diyabete ilişkin öz-etkililik ölçeğinin bütün alt boyutlarında en yüksek puanlara sahip oldukları görülmüştür. Yapılan bir araştırmaya dâhil olan hastaların hastalıklarına uyum seviyelerini belirleme amaçlı olarak uygulanan bir analizde; olguların %71,7'sinin tedavilerine uyumlarının iyi olduğu saptanmıştır (Mollaoğlu, Özkan, Fertelli ve Çelik, 2010). Tip 2 diyabetli bireylerin istek ve motivasyonu iyi düzeyde bir metabolik kontrole sahip olabilmeleri açısından oldukça önemlidir. Diyabet ve uyumla ilgili yapılan araştırmalarda DM olan hastaların tedavilerine iyi uyum gösterdikleri belirlenmiş, tedavilerine iyi uyum sağlayan bireylerin öz-etkililik puan ortalamalarının tedavilerine uyumu kötü olan olgulardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (A. Kartal ve ark., 2008; Kartal, 2006). Bizim araştırmamızda literatürle uyumlu bulunmuştur. Bireylerin tedavilerine uyumları arttıkça öz-etkililik seviyesi de yükselmektedir. Bu sebeple hastaların tedavilerine uyumu diyabet yönetimine etkisi olduğu söylenebilir.

Çalışmada kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam puanlarının bireylerin hekim kontrolüne gitme durumlarına göre dağılımlarının arasındaki fark istatistiksel manada anlamlı bulunmuştur. Yapılan araştırmalara bakıldığında hastalığın tanısı konulduğu ve rutin olarak yapılan tarama testleri uygulandığı zaman komplikasyon gelişme riskinde azalma ve de önlenmesi açısından pozitif olduğunu göstermektedir (Nural, Hindistan, Gürsoy ve Bayrak, 2009). Bu sebeple hastalığa olan uyumdaki göstergelerden biri de hekim randevularına düzenli olarak devam etmektir (Erol, 2009). Erol'un (2009) araştırmasında hastaların kontrollerindeki sıklık ile hipoglisemi korkusu ve diyabet öz bakımına yönelik öz-etkililik düzeylerinin arasında istatistiksel açıdan anlamlı

olarak ilişki saptanmamıştır (Nagelkerk, Reick ve Meengs, 2006). Başka bir çalışmada ise hasta bireylerin hekim kontrollerini düzenli bir şekilde yaptırma durumları ile diyabete yönelik öz-yeterlilik seviyeleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; hekim kontrollerine düzenli giden hastaların öz-yeterlilik seviyelerinin, hekim kontrollerini düzenli bir biçimde yaptırmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Yanık, 2011). Çalışmada üç ayda bir hekim kontrolüne giden ve altı ayda bir hekim kontrolüne giden bireylerin öz-etkililik puanları yüksek ve eşit denecek kadar yakın bulunmuştur. Tüm alt boyutlarda hekim kontrolüne gitmeyen bireylerin puanlarının düşük çıkması beklenirken iki ayda bir hekim kontrolüne giden bireylerin özel beslenme ve kilo alt boyutunun en düşük puan seviyesinde olması dikkati çekmiştir. Düzenli bir şekilde özellikle üç veya altı ayda bir hekim kontrolüne gitmek, bireylerin öz-etkililik algılarını yükseltmekte hastalıklarının yönetimlerini de pozitif yönde etkilemektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Tip 2 Diyabetli hastaların hastalık yönetimine katılım düzeylerinin diyabet yönetimine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış olan bu çalışmanın sonuçları şu şekildedir.

6.1.1. Tip 2 diyabete ilişkin öz-etkililik ölçeği alt boyutlarının hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre sonuçları

- Tip 2 diyabet öz-etkililik ölçeği alt boyutlarından yalnızca fizik egzersiz boyutunun hastaların cinsiyetine göre dağılımlarının arasındaki fark istatistiksel manada anlamlı bulunmuş olup, erkeklerin puanları daha yüksektir ($p<0,01$).
- Ölçeğin alt boyutları medeni durumların dağılımlarına bakıldığında hiçbirinde anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.
- Sağlık güvencesi olan hastaların özel beslenme ve kilo, kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol puanlarının sağlık sigortası olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).
- Ölçeğin alt boyut puanlarından özel beslenme ve kilo, kan şekeri ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol puanlarının bakım için yardım almayan hastalara nazaran istatistiksel manada anlamlı olacak şekilde farklı ve yüksek olduğu saptanmıştır.
- Özel beslenme ve kilo ve genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol puanlarının bakımı için yardım alınan kişilere göre dağılımlarının farklılık gösterdiği belirlenmiş olup, eş ve çocuklarından yardım alanların puanları daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
- Tip II diyabet ölçeği alt boyutlarından kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam puanlarının kan şekeri ölçümü yapanların, yapmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
- Özel beslenme ve kilo, kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam puanları kan şekeri ölçümü yapma şekline göre değerlendirildiğinde evde kan şekeri ölçümü yapan hastaların diğerlerine göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
- Tip II diyabet ölçeği alt boyutlarının puanları kan şekeri ölçüm sıklığına göre dağılımlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı olduğu fark edilmiş, kan şekerini her gün ölçen hastaların puanları daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

- Tip II diyabet ölçeği alt boyutlarından özel beslenme ve kilo, fizik egzersiz, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam puanlarının birinci derecede yakınlarında diyabet hastalığı olmayan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
- Özel beslenme ve kilo, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam puanlarının son bir yıl içerisinde hastaneye yatma durumlarına göre bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, hastaneye yatışı olmayan hastaların puanları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).
- Fizik egzersiz, kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam puanlarının hastalıkları ile ilgili eğitim alan bireylerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
- Tip 2 diyabet ölçeği alt boyutlarının tamamında düzenli egzersiz yapanların yapmayanlara göre puanları daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$).
- Fizik egzersiz boyutunun eğitim durumuna göre dağılımında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Uygulanan LSD analizinde tüm boyutlarda üniversite ve üzeri gurubunun puanları diğer tüm guruplardan daha yüksek olduğu anlaşılmıştır.
- Özel beslenme ve kilo, kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam boyutlarının puanlarına bakıldığı zaman eğitim durumuna göre dağılımlarında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir ($p>0,05$).
- Tip 2 diyabet ölçeği alt boyutlarından sadece fizik egzersiz boyutunda puanların dağılımları arasında bireylerin yaptığı mesleklere göre anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).
- Tip 2 diyabet ölçeği alt boyutlarından fizik egzersiz ve yönetim toplam boyutlarının puanları bireylerin çalışma durumlarına göre dağılımlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Çalışan bireylerin puanlarının ve öz-etkililiklerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Tip 2 diyabet ölçeği alt boyutlarının tamamının puanları bireylerin gelir durumlarına göre dağılımlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Gelir durumundaki farkın analizi için yapılan LSD testinde farkın geliri giderine eşit olan bireylerin puanları anlamlı derecede yüksek çıkmıştır.
- Fizik egzersiz alt boyutunun puanları bireylerdeki diyabet süresi durumlarına göre dağılımlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).
- Tip 2 diyabet ölçeği alt boyutlarının bireylerin diyabet hastalığı teşhisine göre dağılımlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

- Tip 2 diyabet ölçeği alt boyutlarının kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam boyutlarının puanları hastalığın tedavi şekline göre dağılımlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
- Kan şekeri boyutunda ağızdan oral anti diyabetik+ insülin alanlar, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam boyutlarında ağızdan alınan şeker dűřürücü hap kullanan hastaların puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır.
- Tip 2 diyabet ölçeği alt boyutlarının hastalık tedavisine uyumlarına göre dağılımları incelendiğinde bütün alt boyutlarının puanları istatistiksel olarak anlamlı olacak biçimde farklı dağılım içinde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan iler post-hoc analizinde çok iyi ve iyi guruplarının diğer guruplarla arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiş, çok iyi diyenlerin puanları daha yüksek çıktığı saptanmıştır ($p<0,05$).
- Tip 2 diyabet ölçeği alt boyutlarından kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrol ve yönetim toplam puanlarının bireylerin hekim kontrolüne gitme durumlarına göre dağılımları istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

6.2. Öneriler

Bu çalışmanın sonuçlarına dayanılarak;

- Bakım alan hastaların öz-etkililik puanlarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu sebeple yardım almayan/alamayan hastaların aileleri ile ailesi olmayanların sağlık kuruluşları ve sosyal hizmetlerle görüştürülmesi sağlanabilir.
- Evde kan şekeri cihazıyla her gün ölçümü yapan hastaların daha bilinçli ve farkındalık içinde olduğu yapılan testler ve analizler neticesinde görülmüş olup bireyleri kan şekeri ölçümü hakkında cesaretlendirip gerekli olanakların onlara sunulması önerilir.
- Diyabet hastalığı ile ilgili eğitim alan bireylerin skorları almayan bireylere göre daha yüksek çıkmıştır. Bunu göz önüne alarak sağlık kuruluşlarındaki diyabet hemşiresi, dâhiliye/ endokrin doktorları için daha kapsamlı bir eğitim planı oluşturulabilir. Diyabet eğitimleri desteklenmelidir.
- Hekim kontrollerine düzenli giden hastaların puanları daha yüksektir. Tedavisine sürekli katılım ve hekim izlemi öz yönetimi olumlu etkilemektedir. Kontrol sıklığının en iyi skorların tespit edildiği 3-6 ay aralığında olması önerilir.

7. KAYNAKLAR

- A. Kartal, G. Çağırğan, H. Tıgılı, Y. Güngör, 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.
- Acemoğlu, H., Ertem, M., Bahçeci, M. ve Tuzcu, A. (2006).** Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Düzeyleri. EAJM, 38, 89-95.
- Akpınar, D. (2012).** Diyabet Eğitiminin Hastaların Sağlık İnancına, Bilgi Düzeyine Ve Diyabet Yönetimine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Dilek KILIÇ), 2012, s. 1-62.
- Altun, B. U. (2010).** Poliklinikte Diyabet Hasta Takibi. Balkan Medical Journal(1), 19-25.
- Altun, B. U. (2011).** Endokrinolojide Temel ve Klinik Bilgiler. 1. Baskı, İstanbul: Nobel tıp kitabevleri. 1, 101-146.
- Analiz. (2018).** <http://www.p005.net/analiz/guc-analizi> Erişim: 02.02.2018.
- Aslan, D., Mehmetoğlu, H. Ç., Çalışkan, N., Uncu, Y. ve Alper, Z. (2007).** Diyabet Açısından Bazı Risk Faktörleri: Marmara Adası Sağlık Taraması Sonuçları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 11(2), 75-79.
- Association, A. D. (2008).** American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care, 2008; 31 (1): 12-44.
- Association, A. D. (2010).** Standards Of Medical Care In Diabetes—2010. Diabetes Care, 33(Suppl 1), S11.
- Association, A. D. (2013).** Standards Of Medical Care In Diabetes—2013. Diabetes Care, 36(Suppl 1), S11.
- Association, A. D. (2014).** Diagnosis And Classification Of Diabetes Mellitus. Diabetes Care, 37(Supplement 1), S81-S90.
- Association, A. D. (2017).** Standards Of Medical Care In Diabetes—2017 Abridged For Primary Care Providers. Clinical Diabetes, 35(1), 5-26.
- Ayvaz, G., Kan, E. ve Ayvaz, G. (2010).** Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Oral Antidiyabetik İlaçlar Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisi. Diyabet ve Obezite, 8.
- Başkal, N. (2003).** Diabetes Mellitus Tanım, Klasifikasyon, Tanı, Klinik, Laboratuvar ve Patogenez. Klinik Endokrinoloji, 3, 207-232.
- Bayrak, G. ve Çolak, R. (2012).** Diyabet Tedavisinde Hasta Eğitimi. Journal Of Experimental and Clinical Medicine, 29(1s), 7-11.
- Bijl, J. v. d., Poelgeest-Eeltink, A. v., & Shortridge-Baggett, L. (1999).** The Psychometric Properties of The Diabetes Management Self-Efficacy Scale For Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. Journal of Advanced Nursing, 30(2), 352-359.
- Biröl, L., Akdemir, N. ve Bedük, T. (2005).** İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. Ankara, Sistem Ofset Basım Yayın San. Tic. Ltd. Şti., Eylül.
- Bölükbaş, N., Paydaş, M. ve Bostan, Ö. (2006).** Diyabetli Hastaların Ayak Bakımı İle İlgili Davranışlarının ve Mevcut Ayak Durumlarının Saptanması. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(2), 82-91.
- Buse, J., Polonsky, K. ve Burant, F. (2008).** Type 2 Diabetes Mellitus. In: Williams Textbook of Endocrinology, Konenber MH, Melmed S, Larsen RP, Eds. Canada: Elsevier, 2008, p. 1329-1372.
- Callaghan, D. (2006).** The Influence of Basic Conditioning Factors On Healthy Behaviors, Self-Efficacy and Self-Care In Adults. Journal Of Holistic Nursing, 24(3), 178-185.
- Çıtıl, R., Günay, O., Elmalı, F. ve Öztürk, Y. (2010).** Diyabetik Hastalarda Tıbbi Ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. Erciyes Tıp Dergisi, 32(4), 253-264.

- Çolpan, İ. (2010).** Tip 1 Ve Tip 2 Diyabetik Hastaların, Diyabet Hakkındaki Genel Bilgilerinin, Tedavi ve Komplikasyon Hakkındaki Bilgilerinin ve Hastalığın Sosyal Yönünün Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması. 1-56.
- Dokuyucu, R., Sefil, F., Rifaioğlu, M. M., Yengil, E., Ulutaş, K. T., Sümbül, A. T., Gökçe, C. (2013).** Diabetes Mellituslu Hemodiyaliz Hastalarında HbA1c ile Kan Glukozu Düzeyleri Arasındaki İlişki. Dicle Tıp Dergisi, 40(4).
- Dunning, T. ve Ward, G. (2009).** Diyabette Klinik Sorunların Bakım ve Gözetimi. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2009, s. 5-210.
- Dutton, G. R., Tan, F., Provost, B. C., Sorenson, J. L., Allen, B. ve Smith, D. (2009).** Relationship Between Self-Efficacy and Physical Activity Among Patients With Type 2 Diabetes. Journal of Behavioral Medicine, 32(3), 270-277.
- Erol, Ö. (2009).** İnsülin Kullanan Diyabetlilerde Hipoglisemi Korkusu ve Öz-Etkililik. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Eti Aslan, F. ve Karadakovan, A. (2010).** Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana, Nobel Tıp Kitabevi.
- Funnell, M. ve Anderson, R. (2004).** Empowerment and Self Management of Diabetes. Clinical Diabetes 2004; 22 (3): 123-127. 3, 123-127.
- Gökdoğan, F. ve Akıncı, F. (2001).** Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık Ve Hastalıklarını Algılamaları İle Uygulamaları.
- Guyton, A. C., Hall, J. E., Çavuşoğlu, H., Yeğen, B. Ç., Aydın, Z. ve Alican, İ. (2007).** Tıbbi Fizyoloji: Nobel Tıp Kitabevleri.
- IDF. (2006).** International Diabetes Federation. Press Release, Cape Town, South Africa, 4.
- IDF. (2009).** International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 4th Ed, Brusless: IDF, 2009, s1-160.
- IDF. (2013).** IDF diabetes atlas. Brussels: International Diabetes Federation.
- İlçin, G., Biberöglü, K., Süleymanlar, G. ve Ünal, S. (2005).** Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları İç hastalıkları. Gedik O, İstanbul: Güneş Kitabevi, 2005, s:2279-2342.
- İnkaya, B. ve Karadağ, E. (2011).** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalıkları ve Tedavilerine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörler. Diyabet Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu, 3(1), 1-8.
- Jones, R. ve Brashers, V. (2010).** Alterations of Hormonal Regulation İn: Pathophysiology The Biologic Basis for Disease in Adults and Children, McCance KL. Eds. 6th Ed., Missouri: Mosby elsevier, 2010, p. 727-765.
- Judith, A. ve Schilling, M. (2006).** Managing Chronic Disorders. Philedelphia: A Wolters Kluwer Company, 2006, p. 127-133.
- Kara, M., Bijl, J. V. d., LM, L. S.-B., Asti, T. ve Erguney, S. (2006).** Crosscultural Adaptation of The Diabetes Management Self-Efficacy Scale For Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: Scale Development. International Journal of Nursing Studies 2006; 43(5): 611-21.
- Kara, M. ve Mirici, A. (2002).** KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlilik ve Güvenirliliği. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi, 34(3), 61-66.
- Karakurt, F. (2009).** Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanı ve Tedavisi. Yeni Tıp Dergisi, 26(3), 134.
- Kartal, A. (2006).** Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına ve Diyabet Yöntemine Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi.
- Kasımay, Ö. ve Metin, G. (2009).** Kronik Hastalıklarda Egzersiz. Klinik Gelişim Dergisi, 22(1), 44-49.
- Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z. ve Özkan, S. (2007).** Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8, 271-280.
- Kumar, P. ve Clark, M. (2010).** Clinical Medicine in: Diabetes Mellitus ve Diğer Metabolik Hastalıklar. 1. Baskı, İstanbul: İstanbul kitabevi, 2010, s.1101-1151.

- Mollaoğlu, M., Özkan, F., Fertelli, T. ve Çelik, Z. (2010).** Diyabet Eğitim Programının, Diyabetik Hastaların Tutumları Üzerine Etkisi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5(13), 95-104.
- Nabipour, I. (2003).** Clinical Endocrinology In The Islamic Civilization In Iran. Int J Endocrinol Metab, 1, 43-45.
- Nagelkerk, J., Reick, K. ve Meengs, L. (2006).** Perceived Barriers and Effective Strategies to Diabetes Self-Management. Journal of Advanced Nursing, 54(2), 151-158.
- Nicole, C., Der, V. V., Weinger, K., Joyce, Y., Pouwer, F., Ad`er, H. ve Frank, J. (2003).** The Confidence In Diabetes Self-Care Scale. Diabetes Care 2003; 26 (3): 713-718.
- Nural, N., Hindistan, S., Gürsoy, A. A. ve Bayrak, N. (2009).** Bir Sağlık Ocağına Başvuran Tip 2 Diabetes Mellitus Tanılı Hastaların Epidemiyolojik Özellikleri ve Prognozu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(4).
- Oktay, S., Erdoğan, S., Olgun, N., Özcan, Ş., Çelik, S., Bektaş, B. ve Dökecek, N. (2011).** Diyabet Eğitimcileri İçin Diyabet Ajandası. İstanbul: Eos ajans yayıncılık, 2011, s. 1-148
- Ökmen, E. (2008).** İlaç Salımlı Stentler Diyabetik Hastalarda Koroner Arter Hastalığının Tedavisini Değiştirdi Mi. Turkish Journal Of Thoracic And Cardiovascular Surgery, 16(3), 198-204.
- Özata, M. ve Yöner, A. (2006).** Endokrinoloji: Metabolizma ve Diabet: İstanbul Medikal.
- Potter, P. ve Perry, A. (2009).** Critical Thinking in Nursing Practice. Fundamentals of Nursing. PA Potter, AG. Perry (Ed.), 7th ed. Mosby Elsevier, St. Louis, Missouri, 215-230.
- Rivellese, A., Boemi, M., Cavalot, F., Costagliola, L., Feo, P. D., Miccoli, R. ve Zavaroni, I. (2008).** Dietary Habits in Type II Diabetes Mellitus: How is Adherence to Dietary Recommendations? European Journal of Clinical Nutrition, 62(5), 660.
- Sarkar, U., Fisher, L. ve Schillinger, D. (2006).** Is Self-Efficacy Associated With Diabetes Self-Management Across Race/Ethnicity and Health Literacy? Diabetes Care, 29(4), 823-829.
- Sigal, R., Kenny, G., Wasserman, D. ve Castaneda-Sceppa, C. (2004).** Physical Activity/Exercise and Type 2 Diabetes. Diabetes Care, 27(10), 2518-2539.
- Sürücü, H. A. (2014).** Diyabet Özyönetim Eğitimi, Grup Temelli Eğitim ve Bireysel Eğitim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7(1).
- TDHD.(2018).**<http://www.tdhd.org/pdf/VER%C4%B0LERLE%20D%C3%9CNYADA%20VE%20T%C3%9CRK%C4%B0YEDE%20D%C4%B0YABET.pdf>, Erişim Tarihi 08.01.2018.
- TEMED. (2013).** Tedavi ve İzlem Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.
- THSK. (2017).** <http://www.diyabet.gov.tr/index.php?lang=tr&page=32>, Erişim Tarihi: 14.10.2017.
- TURDEP2.(2017).**http://www.istanbul.edu.tr/itf/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf, Erişim Tarihi: 28.12.2017.
- TURDEP. (2011).** T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (TURDEP). 1. Baskı, Ankara: Anıl Yayıncılık. 1-98.
- TURKDİAB. (2017).** <http://www.turkdiab.org/page.aspx?u=1&s=12>, Erişim Tarihi: 06.11.2017.
- Tütüncü, N. ve Aydın, K. (2011).** Endokrin Hastalıklar. İçinde: Cecil Medicine. Goldman L, Ausiello D. Editörler. 23. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2011, s. 1748-1766.
- Usta, Ö. (2001).** Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri ve Öz Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN), 2001, s. 62-63.

- Uysal, Y. ve Akpınar, E. (2013).** Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısı ve Depresyon. Cukurova Medical Journal (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi), 38(1).
- Ükiñç, K., Gürlek, A. ve Usman, A. (2007).** Yeni Antidiyabetik İlaçlar. Hacettepe Tıp Dergisi, 38(3), 113-114.
- Ünsal, A. ve Kaşıkçı, M. (2008).** Artritli Bireylerde Öz-Etkililik Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliliği. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 11(1).
- White, L., Duncan, G. ve Baumle, W. (2011).** Foundations of Nursing, Endokrin System. 3.th Ed, USA: Delmar, 2011, p.1343-1356.
- WHO1. (2017).** <http://www.who.int/healthinfo> , Erişim Tarihi:07.12.2017.
- WHO2. (2017).** <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>, Erişim tarihi: 18.10.2017.
- WHO3. (2017).** www.who.int.Diyabetes, Erişim: 28.12.2017.
- WHO4. (2018).** www.who.int , Erişim Tarihi 08.01.2018.
- Woodrow, P. (2006).** Intensive Care Nursing. 2nd Ed., London and Newyork: Roudledge Taylor ve Francis Group, 2006, p. 481-487.
- Yanık, Y. (2011).** Tip 2 Diyabetlilerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Tez Danışmanı: Yrd.Doç. Dr. Özgül EROL), 2011, s. 1-52.
- Yıldız, E. (2008).** Diyabet ve Beslenme. 1. Baskı, Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008, s. 3-15. 3-15.

8. EKLER

8.1. EK-1 Tip 2 Diyabetli Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Bölüm 1. Sosyo- Demografik Özellikleri

1. Cinsiyetiniz: 1.Erkek 2.Kadın
2. Yaşınız:
3. Medeni durumunuz: 1.Evli 2.Bekâr
4. Eğitim durumunuz: 1.Okuryazar değil 2.Okuryazar 3.İlkokul
 4.Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite ve üzeri
5. Mesleğiniz: 1.İşçi 2.Memur 3.Emekli 4.Ev hanımı
 5.Serbest çalışan 6.İşsiz-çalışmıyor
6. Çalışma durumu: 1.Çalışmıyor 2.Yarım zamanlı
 3.Tam zamanlı çalışıyor
7. Gelir durumunuz: 1.Gelir giderden az 2.Gelir gidere eşit
 3.Gelir giderden fazla
8. Sağlık güvencesi: 1.Evet 2.Hayır
9. Evet, ise hangisi: 1.SSK 2.Emekli sandığı 3.Özel sigorta
 4.Yeşil kart 5. Diğer (.....)
10. En uzun süre yaşanan yer? 1. Köy-kasaba 2. İlçe 3.Şehir
 4.Büyükşehir
11. Bakıma yardımcı olan / olanlar var mı? 1.Evet 2.Hayır
12. Kimler yardımcı oluyor? 1.Eş 2.Çocuklar 3.Diğer

Bölüm 2: Hastalığı Kontrol Etme Düzeyi

13. Kaç yıldır TİP II diyabet hastasıınız?.....

- Tip 2 diyabet (şeker hastası) hastası olduğunuz nasıl anlaşıldı.
- Şeker ölçümüyle
- Başka bir hastalık için muayeneye gittiğimde
- Şüphelendim
- Diğer (açıklayınız.....)

14. Birinci derece yakınlarınızda şeker hastası olan var mı? Evet Hayır

15. Şu anki hastalığınızın tedavi tipi hangisi?

- Sadece diyet tedavisi
- Ağızdan alınan şeker düşürücü hap (tatlandırıcı dışında)
- İnsülin
- Ağızdan alınan şeker düşürücü hap+insülin

16. Şu anki şeker hastalığınıza uyumunuzu derecelendirseniz kaç puan verirsiniz?

| | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Çok kötü | <input type="checkbox"/> 2 Kötü | <input type="checkbox"/> 3 Orta | <input type="checkbox"/> 4 İyi | <input type="checkbox"/> 5 Çok iyi |
|--|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|

17. Kan şekerinize bakıyor/ baktırıyorsunuz?

- Evet, bakıyor/ baktırıyorum
 Hayır, bakmıyor/ baktırmıyorum

18. Eğer kan şekerinize bakıyor/ baktırıyorsanız nerede yaptırıyorsunuz?

- Hastane ortamında
 Evde kan şekeri ölçüm cihazı ile

19. Kan şekerinizi ne sıklıkla ölçüyorsunuz?

- Her gün
 Ara sıra
 Aklıma geldikçe (düzensiz)

20. Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır Bıraktım

21. Alkol kullanıyor musunuz? Evet Hayır Bıraktım

22. Şu anki diyetinize uyumunuzu derecelendirseniz kaç puan verirsiniz?

| | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Çok kötü | <input type="checkbox"/> 2 Kötü | <input type="checkbox"/> 3 Orta | <input type="checkbox"/> 4 İyi | <input type="checkbox"/> 5 Çok iyi |
|--|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|

23. Egzersiz yapıyor musunuz? Evet Hayır
24. Diyabet tanısı aldığınızda eğitiminizde ayak bakımını anlattılar mı? Evet Hayır
25. Ayak bakımını biliyor iseniz kim tarafında ya da nereden öğrendiniz?
- Diyabet hemşiresinden
 - Dâhiliye /endokrin doktorundan
 - Sosyal medya, internet/gazete/dergi vb.
 - Yakın çevremden (aile, arkadaşlar gibi.)
26. Ayak bakımının hastalığınız için önemini biliyor musunuz? Evet Hayır
27. Diyabet hastalığınızın kontrolü için ne sıklıkla doktorunuza başvuruyorsunuz?
- Hekim Kontrolüne Gitmiyorum.
 - Ayda 1 kez
 - 2 Ayda bir kez
 - 3. Ayda bir kez
 - 6 Ayda bir kez
 - Yılda bir kez
28. Son bir yıl içinde diyabet nedeni ile hastaneye yattınız mı? Evet Hayır
29. Diyabet ile ilgili herhangi bir derneğe üye veya yayına (dergi, gazete vb...) abone misiniz? Evet Hayır

8.2. Ek-2 Tip 2 Diyabet Hastalarında Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği

| | HİÇBİR ZAMAN | 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. | | | | |

8.3. EK-3 Etik Kurul İzni

SANKO ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU


| | | |
|-------------------|----------------------|---|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | Araştırmanın Başlığı | Tip II Diyabetli Hastaların Hastalık Yönetimine Katılım Düzeylerinin Belirlenmesi |
| | Sorumlu Araştırmacı | Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ |
| | Kurumu | SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi |
| | Başvuru Tarihi | 18.08.2017 |
| | Araştırmanın Türü | Anket çalışması |
| | Katılan Merkezler | Tek Merkez |
| | Varsa Protokol No | - |

| | | |
|--------------------|---------|--|
| İLETİŞİM BİLGİLERİ | Adres | SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP |
| | Telefon | 0 342 211 65 63 |
| | Fax | 0 342 211 65 66 |
| | E-posta | etikkurul@sanko.edu.tr |

| | | | |
|-------|--|--------------|-------------------|
| KARAR | Oturum No: 2017/05 | Karar No: 07 | Tarih: 28.09.2017 |
| | Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. | | |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyeti | | Araştırma İle İlişkisi | | Oturuma Katılım | | İmza |
|--|------------------------------|-------------------------------------|-----------|---|------------------------|-----|-----------------|-----|-----------|
| | | | E | K | Var | Yok | Var | Yok | |
| Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan | Biyoistatistik | SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi | | X | | X | X | | |
| Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Başkan Yardımcısı | Endokrinoloji ve Metabolizma | SANKO Üniversitesi SB Fakültesi | X | | | X | X | | |
| Yrd. Doç. Dr. Necla BENLİER Üye | Farmakoloji | SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi | | X | | X | X | | |
| Yrd. Doç. Dr. Tuba DENKÇEKEN Üye | Biyofizik | SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi | | X | | X | X | | |
| Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM Üye | Halk Sağlığı Hemşireliği | SANKO Üniversitesi SB Fakültesi | | X | | X | X | | |
| Yrd. Doç. Dr. Elif PALA Üye | Tıbbi Biyoloji | SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi | | X | | X | X | | |
| Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye | Halk Sağlığı | Gaziantep Tıp Fakültesi | | X | | X | | X | Katılmadı |
| Av. M. Murat GÜNERİ Üye | Hukuk | Serbest Avukat | X | | | X | | X | Katılmadı |
| Naci BORAN Üye | | Sani Konukoğlu Vakfı | X | | | X | X | | |

8.4. EK-4 Kurum Olur Beyanı


T.C. Sağlık Bakanlığı

GAZİANTEP DR.ERSİN ARSLAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ - GAZİANTEP DR.ERSİN ARSLAN EĞİTİM
PLANLAMA KURULU-ARGE BİRİMİ
27/12/2017 12:28 - 53117430 - 774.99 - E 40
00099281151

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gaziantep Dr.Ersin Arslan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 53117430-774.99
Konu : Araştırma İzni (Ahmet BÖLEK)

Sayın; Ahmet BÖLEK
(Hemşire)

İlgi : 28/11/2017 tarihli ve 53117430-BİLA sayılı yazı.

İlgi başvuru dosyanız incelenmiş olup; "Tıp 2 Diyabetli Hastaların Hastalık Yönetimine Katılım Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması için veri toplamaya yönelik anket çalışması yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof.Dr.Mesut ÖZKAYA
Hastane Yöneticisi

Eyüpoğlu Mah.Hürriyet Cad. Şahinbey/GAZİANTEP
Faks No:(0342) 220 93 34
e-Posta:melike.bayrak@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
<http://www.drersinarslandh.saglik.gov.tr/>
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0d8413a4-7765-48bd-80de-6440011bce02 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Melike BAYRAK
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:(0342) 221 07 00/1431

8.5. EK-5 Tez İntihal Raporu



8.6. EK-6 Özgeçmiş



| | | | |
|-------------------|-----------------------|---------------------|--------------|
| Adı | Ahmet | Soyadı | BÖLEK |
| Doğum Yeri | Şehitkamil | Doğum Tarihi | 06.05.1992 |
| Uyruğu | T.C. | Telefon | 0543-6588924 |
| E-mail | ahmetboleks@gmail.com | | |

| | Mezun Olduğu Kurumun Adı | Mezuniyet Yılı |
|----------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Yüksek Lisans | SANKO Üniversitesi | 2018 |
| Lisans | Niğde Üniversitesi | 2014 |

| Görevi | Hastane Adı | Yıl |
|-----------------|---|-----------------|
| Hemşire | Kayseri Erciyes Üniversitesi Hastanesi Acil Servis | 01/2015-07/2015 |
| Hemşire | Haydarpaşa Numune EAH Yetişkin Acil Servis | 08/2015-11/2015 |
| Hemşire | Gaziantep Dr. Ersin Arslan EAH Acil Servis | 11/2015-07/2016 |
| Sorumlu Hemşire | Gaziantep Dr. Ersin Arslan EAH Mücahitler Ek Binası Acil Servis | 07/2016- Halen |

| Bilgisayar Program Bilgisi | Kullanma Becerisi* |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Microsoft Office | İyi |

Hobiler: Yürüyüş yapmak, Futbol oynamak, şehir gezmek