

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİKANABİLİM DALI



KIRSAL BÖLGEDE YAŞAYAN TİP 2 DİYABETLİ
BİREYLERİN TEDAVİYE UYUMU VE UYUMLARINI
ETKİLEYEN FAKTÖRLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HÜSNİYE TÜLE

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. SAADET CAN ÇİÇEK

BOLU, TEMMUZ - 2023

KABUL VE ONAY SAYFASI

Hüsniye TÜLE tarafından hazırlanan “**KIRSAL BÖLGEDE YAŞAYAN TİP-2 DİYABETLİ BİREYLERİN TEDAVİYE UYUMU VE UYUMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER**” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans olarak oy birliği/ oy çokluğuyla kabul edilmiştir. 13/07/2023

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman
Doç. Dr. Saadet CAN ÇİÇEK
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Prof.Dr. Yasemin YILDIRIM USTA
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Dr.Öğr. Üyesi Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ
Düzce Üniversitesi

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim 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,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunubildirir,

aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Teze ilişkin 02/08/2023 tarihinde Turnitin adlı intihal tespit programından enstitü müdürlüğünce belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 25 olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klink Araştırmalar Etik Kurulundan 2022/09 sayısı ile 18/01/2022 tarihinde etik izin alınmıştır.

HÜSNİYE TÜLE

ÖZET

KIRSAL BÖLGEDE YAŞAYAN TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN TEDAVİYE UYUMU VE UYUMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Hüsniye TÜLE
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

(TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. SAADET CAN ÇİÇEK)

BOLU, TEMMUZ - 2023
VII + 69

Bu araştırma, kırsal bölgede yaşayan Tip 2 diyabetli kişilerin tedaviye uyumlarını ve uyuma etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Ocak-Mayıs 2022 tarihleri arasında Bolu'nun Göynük ilçesinde yaşayan 196 Tip 2 diyabetli birey ile gerçekleştirilmiştir. Veriler “Kişisel Bilgi Formu”, “Hastalığı Kabul Ölçeği”, “Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği” ve “Çok Boyutlu Diyabet Ölçeği” ile toplanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 63.15 ± 10.30 yıl, %52.6'sının erkek, %88.8'inin evli, %76'sının oral antidiyabetik kullandığı, %74'ünün köyde, %66.8'inin sadece eşi ile birlikte, %66.3'ünün ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların uyum puanları; 65-84 yaş grubunda (76.58 ± 8.46), evlilerde (75.72 ± 9.49), ilçede yaşayanlarda (78.00 ± 6.64), eğitim düzeyi ilkokul olanlarda (76.50 ± 9.84), diyabet komplikasyonu geçirenlerde (81.00 ± 10.57) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Katılımcıların tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğu; özyeterlilik algısı, ciddiyet algısı, engel algısı, destek algısı ve destekleyici olmayan davranışlar arttıkça tedaviye uyumda artış belirlenmiştir. Diyabetli bireylerde tedaviye uyumu arttırmak için uygun hemşirelik girişimlerinin, sağlık hizmetlerinin ve uygulamalı uyum eğitimlerinin planlanması önerilmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Hemşirelik, Diyabet, Tip 2 diyabet, Tedaviye uyum, Diyabet tedavisi.

ABSTRACT

FACTORS AFFECTING THE COMPLIANCE AND ADAPTATION OF INDIVIDUALS WITH TYPE 2 DIABETES LIVING IN RURAL AREAS TO TREATMENT

MSC THESIS

HÜSNİYE TÜLE

BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF EDUCATION

DEPARTMENT OF NURSING

(SUPERVISOR: ASSOC. PROF. DR. SAADET CAN ÇİÇEK)

BOLU, JULY 2023

VII + 69

This study was conducted to determine the adherence to treatment of people with Type 2 diabetes living in rural areas and the factors affecting compliance.

The research was carried out with 196 individuals with Type 2 diabetes living in Göynük district of Bolu between January and May 2022. Data were collected with the "Personal Information Form", "Disease Acceptance Scale", "Patient Compliance Scale in the Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus" and "Multidimensional Diabetes Scale". The mean age of the participants was 63.15 ± 10.30 years, 52.6% were male, 88.8% were married, 76% were using oral antidiabetic, 74% were in the village, 66.8% were only with their spouses, 66.3% were primary school graduates. Participants' compliance scores; It was found to be significantly higher in the 65-84 age group (76.58 ± 8.46), married (75.72 ± 9.49), living in the district (78.00 ± 6.64), primary school education (76.50 ± 9.84), and diabetic (81.00 ± 10.57) ($p < 0.05$). It was determined that the participants had a moderate level of adherence to treatment; As the perception of self-efficacy, the perception of seriousness, the perception of obstacles, the perception of support and unsupportive behaviors increased, an increase in treatment compliance was determined. It is recommended to plan appropriate nursing interventions, health services and practical compliance training in order to increase adherence to treatment in individuals with diabetes.

KEYWORDS: Nursing, Diabetes, Type 2 diabetes, Adherence with treatment, Diabetes treatment.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
ETİK BEYAN.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO LİSTESİ	v
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ	vi
TEŞEKKÜR	vii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1 Diyabet Tanımı	6
2.1.1 Diyabetin Epidemiyolojisi	6
2.1.2 Diyabetin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	7
2.1.3 Diyabetin Sınıflandırılması.....	8
2.1.4 Diyabetin Klinik Belirti ve Bulguları	9
2.1.5 Tanı Kriterleri ve Tanı Yöntemleri.....	9
2.1.6 Diyabetin Komplikasyonları.....	10
2.1.7 Diyabet Tedavisi.....	12
2.2 Tedaviye Uyum	13
2.3 Diyabette Tedaviye Uyum ve Hemşirelik	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1 Araştırmanın Türü	17
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	17
3.3 Evren ve Örneklem	17
3.4 Araştırma Hipotezleri	18
3.5 Örneklem Dahil Olma ve Dışında Tutulma Kriterleri	18
3.6 Araştırmanın Değişkenleri.....	19
3.6.1 Bağımlı Değişkenler	19
3.6.2 Bağımsız Değişkenler.....	19

3.7 Verilerin Toplanması	19
3.8 Veri Toplama Araçları	19
3.8.1 Tanıtıcı Özellikler Soru Formu (EK-1)	19
3.8.2 Tip 2 Diyabet Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği (EK-2)	20
3.8.3 Hastalığı Kabul Ölçeği – Acceptance of Illnes (AIS) (EK-3)	20
3.8.4 Türkçe Çok Boyutlu Diyabet Anketi (T- ÇBDA) (EK-4)	21
3.9 Ön Uygulama	23
3.10 Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.11 Araştırmanın Etik İlkeleri	24
3.12 Araştırmanın Sınırlılıkları	24
4. BULGULAR	25
4.1 Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine göre Bulgular	25
4.2 Ölçekler ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	28
4.3 Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	29
4.4 Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine göre Tedaviye Uyum Puanlarının Karşılaştırılması	32
4.5 Hastalığı Kabul ve Türkçe Çok Boyutlu Diyabet Anketi puanlarının Tedavi Uyumlarına Etkisine Yönelik Bulgular	35
5. TARTIŞMA	36
5.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması	36
5.2 Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine göre Diyabet Tedavisi Uyumlarının Tartışılması	38
5.3 Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkilerin Tartışılması	39
5.4 Hastalığı Kabul ve Türkçe Çok Boyutlu Diyabet Anketi alt boyutlarının Tedaviye Uyuma Etkisinin Tartışılması	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	41
7. KAYNAKLAR	44
8. EKLER	52

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3.8.4.1. Türkçe Çok Boyutlu Diyabet Anketi Alt Boyutları Cronbach Alfa Katsayıları.	23
Tablo 4.1.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine göre Dağılımı.....	25
Tablo 4.1.2. Katılımcıların Diyabetle ilgili Özelliklerine göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.2.1. Ölçekler ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	28
Tablo 4.3.1. "Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği" ve Alt Boyut Puanları ile "Hasta Kabul Ölçeği","Çok Boyutlu Diyabet Anketi" Alt Boyut puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	31
Tablo 4.4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine göre "Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği" Puanlarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.4.2. Katılımcıların Diyabetle ilgili Özelliklerine göre "Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği" Puanlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.5.1. Diyabetle ilgili Özelliklere göre "Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği" Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi.....	35

KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

ADA	: American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Birliği)
AIS	: Acceptance of Illnes (Hastalığı Kabul Ölçeği)
APG	: Açlık Plazma Glikozu
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz
DM	: Diabetes Mellitus (Diyabet)
EDPG	: Avrupa Diyabet Politikası Belirleme Grubu
HbA1c	: Glikolize Hemoglobin
HHNK	: Hiperosmolar Hiperglisemik Non-ketotik Koma
IDF	:International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)
NDDG	:National Diabetes Diabetes Data Group (Amerikan Ulusal Veri Grubu)
OAD	: Oral Antidiyabetik
OGGT	: Oral Glikoz Tolerans Testi
T-ÇBDA	:Türkçe Çok Boyutlu Diyabet Anketi
TEMD	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TURDEP	: Diyabet Epidemiyolojisi
WHO/DSÖ	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TEŞEKKÜR

Yükseklisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca motive edici yaklaşımı, anlayışı, hoşgörüsü ile desteklerini esirgemeyen, değerli bilgi ve tecrübeleriyle tez hazırlık sürecime rehberlik eden kıymetli tez danışmanım Doç. Dr. Saadet CAN ÇİÇEK'e,

Yükseklisans eğitimim süresince engin bilgi ve tecrübeleri ile eğitimime katkı sağlayan saygıdeğer hocalarıma,

Akademik alanda ilerlemem konusunda her daim beni cesaretlendiren ve destekleyen kıymetli hocam Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK'a,

Hemşirelik alanındaki bilgilerimin temelini oluşturan ve katkı sağlayan, emeklerini asla yadsıyamacağım saygıdeğer Lisans hocalarıma,

İstatistik analizi konusunda destek ve yardımlarını esirgemeyen Ömer KAPLAN'a,

Tez çalışmam boyunca bu zorlu süreci anlayışları ile kolaylaştıran, her daim yanımda olduklarını hissettiren değerli Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji E.A.H Acil Servis ekibinin her bir üyesine,

Hem lisans hemde yükseklisans eğitimim boyunca varlığıyla ve yükseklisans sürecindeki tecrübelerini benimle paylaşıp desteğini esirgemeyen canım arkadaşım Kudret KAÇAN'a

Çalışma verilerinin oluşmasına katkı sağlayarak en büyük desteği veren gönüllü katılımcılara ve katılımcılara ulaşmamda yardımlarını esirgemeyen Bolu İli Göynük ilçesinde görev yapan kıymetli meslektaşlarıma,

Hayattaki en büyük şansım olarak nitelendirdiğim, bugünlere gelmemde maddi-manevi büyük emekleri olan, en büyük destekçim olan, haklarını asla ödeyemeyeceğim canım annem Hatice TÜLE, canım babam Mustafa TÜLE ve canım kardeşlerime en içten şükranlarımı sunarım.

Hüsniye TÜLE

1. GİRİŞ

Diyabet; insülin yoksunluğu ya da insülin mekanizmasındaki bozukluklar sonucu ortaya çıkan ve devamlı tıbbi bakım gerektiren kronik metabolizma hastalığıdır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) diyabetin, gelişmekte olan ülkelerde her yıl arttığını, komplikasyonlarıyla birey, aile ve toplumu maddi ve manevi yönleriyle etkilediğini belirtmektedir (2). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 10. Diyabet Atlasına göre; Dünya genelinde 20-79 yaş aralığında 537 milyon diyabetli yetişkin olduğu bilinmektedir. Bu sayının 2030 yılında 643 milyona, 2045 yılına kadar ise 783 milyona ulaşması ve bu veriler ışığında dünya nüfusu %20 artarken diyabetli sayısının %46 artacağı tahmin edilmektedir (3).

Dünya'daki diyabet prevalansının artmasına paralel olarak ülkemizde de diyabet prevalansı artmaktadır. Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi I (TURDEP-I)'in ülkemizdeki araştırma sonuçlarına göre 20 yaş üzeri yetişkinlerde diyabet prevalansı %7.2 bulunmuştur (4). 1997 yılında yapılan TURDEP-I çalışması verilerine göre nüfusun %10'unun diyabet yaş aralığı 45-49 yaşlarında iken, 12 sene sonra yapılan TURDEP-II çalışmasındaki yaş aralığı 40-44 yaş olarak belirlenmiştir (5). Ülkemizdeki en kapsamlı çalışma olan TURDEP-II, 26.499 kişi ile yapılmış olup, diyabet son 12 yılda %90 artış ile %13.7'ye ulaşmıştır (6). IDF 10. Diyabet atlası verilerine göre Türkiye'deki diyabet hasta sayısı 2011 yılında 3.5 milyon iken bu sayı 2021 yılında 9 milyonu bulmuştur. Türkiye'deki diyabet prevalansının %14.5 olduğu bildirilmiştir (3).

Dünyadaki tüm diyabet tanılarının %90'ından fazlasını Tip 2 diyabet oluşturmaktadır (3). Tip 2 diyabet, genellikle tanılanma süresi gecikebilen, uzun süre prediyabet döneminde ilerleyen, tekrarlayan bir komplikasyon ardından tanı konulabildiği bir hastalık tablosuna sahiptir (8, 9, 10). Tip 2 diyabet prevalansını arttıran nedenler arasında; sağlıksız beslenme, sedanter yaşam, obezite ve nüfusun yaşlanması yer almaktadır (8, 12). TURDEP-II ve IDF verilerine göre, diyabet ülkemizde en önemli sağlık sorunlarından biridir. Bu bilgiler ışığında, diyabetli bireylerin hastaneye yatışında artış olması, kişi başı sağlık harcamalarının maliyetini de artıracığı sonucuna ulaşılabilmektedir (7).

Tip 2 diyabet; kişinin yaşam kalitesini düşürmekte, kardiyovasküler ve serebrovasküler problemlerin oluşmasına sebep olan yaşamı olumsuz etkileyen komplikasyonlara sahip ciddi bir sağlık sorunudur (3, 11). Hiperglisemi kontrol altına alınmadığında, vücutta ciddi hasarlar oluşmaktadır. Nöropati, nefropati, retinopati ve kardiyovasküler hastalık riski gibi yaşamı olumsuz etkileyen ciddi sorunlar görülmektedir (16). Diyabet kontrol altına alınamazsa, yaşam süresini 5-10 yıl arasında kısaltmaktadır. Diyabetli kişilerde kardiyovasküler hastalık riski, diyabet tanısı almamış kişilere oranla 2-4 kat daha yüksektir. Aynı zamanda diyabet, dünya çapında 65 yaş altı kişilerde renal replasman tedavisi, körlük ve travmatik olmayan amputasyonların en yaygın nedenidir (17). Bu nedenle diyabetin doğru ve etkili bir şekilde tedavi edilmesi, hastalık yönetimindeki etkinliğin sağlanması ve komplikasyonların önlenmesi oldukça önemlidir (13).

Diyabet tedavi ve bakımı; beslenme, ilaç tedavisi, düzenli egzersiz yapma, kan glikoz izlemi ve eğitim bileşenlerinden oluşmaktadır (14). Diyabet tedavisi ve bakımındaki temel amaç, bireyin hastalık sürecini etkili bir şekilde yönetmesini sağlayarak metabolik kontrolün sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır (14). Hastalık sürecinin etkili bir şekilde yönetilmesi ise iyi bir tedaviye uyum ile mümkündür. Diyabette tedaviye uyum sağlandığında akut komplikasyonlar engellemekte, kronik komplikasyon gelişimi gecikmektedir (16, 107, 108). Tedaviye uyumsuzluk ise hastaneye yatış ve sağlık bakım masraflarında artışa neden olmaktadır (16, 107, 108).

Diyabetli bireyler, Tip 2 diyabetin getirmiş olduğu psikolojik ve fizyolojik değişen durumlara uyum sağlamak için başetme stratejilerini kullanmak durumundadır (19). Hastalığı kabullenme, kişinin sağlık durumuna uyum sağlamasında ve hastalığı duygusal olarak kabul etmesinde belirleyici en önemli etmenlerden biridir (20). Hastalığı kabullenmiş kişiler; hastalığını tanıyıp daha iyi tepki verebilmekte, hastalığın oluşturduğu sınırlandırmanın farkında olmakta, hastalık ile ilgili olumsuz duyguları daha az yaşamakta, sağlık profesyonelleri ile iş birliği yapmakta ve hastalığın yönetimine etkin olarak katılmaktadır (21). Hastalığı kabullenmenin yanı sıra hastaların tedaviye uyumunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, etkileyen bu faktörleri; hasta ile ilgili, hastalık ile ilgili, tedavi ile ilgili, sosyoekonomik durum ile ilgili, sağlık

ekibi ve sistemi ile ilgili faktörler, olmak üzere beş ana başlık altında incelemiştir (2).

Diyabet uyum çalışmaları incelendiğinde; Tip 2 diyabetli kişilerde uyum %38.5-93.1 arasında değişmektedir (22, 23). Çalışmalar, tip 2 diyabetli kişilerin insülin uyum oranlarının %20-80, diyetle uyum oranlarının %65, egzersiz uyumlarının %19-30, kan şekeri izleme oranlarının %57-70 ve uyum oranlarına sahip olduğunu göstermektedir. Kişilerin büyük çoğunluğunun düzenli ilaç kullandığı, %35.7'sinin beslenme önerilerine uyduğu ve yarıdan fazlasının düzenli egzersiz yaptığı saptanmıştır (24, 25).

Diyabetli kişilerde, sosyal desteğin tedaviye uyum sağlamaya yönelik etkisinin 60 yaş ve üzeri diyabetli bireylerde incelendiği bir çalışmada; sosyal desteğin tedaviye uyum düzeyini %59 yükselttiği görülmüştür. Başka bir çalışmada da, tip 2 diyabetli bireylerde, sosyal desteği güçlü olan hastaların, olmayanlara göre tedaviye daha fazla bağlılık gösterdiği belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında ise diyabetli bireylerde aileden alınan yüksek sosyal desteğin tedaviye uyumun daha olumlu olduğunu, komplikasyon sıklığının ise daha az yaşandığını göstermiştir (26).

Ekonomik etmenlerle ilgili yapılan bir araştırmada, diyabetli bireylerin %42'sinin tedaviye uyum sağlamadığı ve nedeni incelendiğinde, bu hastaların 2/3'ünün ilaç temin etmek için yeterli imkanlara maddi imkanlara sahip olmadıkları görülmüştür. 2002 yılında Oral ve ark. Tarafından gerçekleştirilen araştırmada da, hekimlere göre, diyabetli bireylerin tedaviyi sonlandırma ve uyum sağlayamama sebeplerinin çoğunlukla ekonomik nedenlerden kaynaklandığı belirlenmiştir (26).

Tedaviye uyum sağlamayı belirleyen başka bir etkenin; alınan ilacın miktarı, tedavi programının karmaşıklığı ve türü ile tedavinin yan etkileri şeklinde tedavi ile ilgili olduğu belirtilmektedir (27). 2013 yılında Teklay ve ark. tarafından Etiyopya'da gerçekleştirilen araştırmada, diyabet tedavi programının karmaşık olması, hastaların tedaviye uyumunu üç kat azalttığı bulunmuştur (28). Tip 2 diyabetli bireylerle yapılan başka bir araştırmada, glikoz düzenleyici ilaçların dozu yükseltildiğinde ve tedaviye ilave ilaç eklendiğinde, ilaca uyum düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (26).

Tedaviye uyumda belirleyici olan diğer faktörler ise hastalığın şiddeti, süresi ve seyri ile diğer kronik hastalıkların olması durumudur. Ayrıca hastada semptomların olup olmaması da hastanın düzenli olarak tedavisini almasını etkilemede önemli bir faktör olarak belirtilmektedir (27). Hastanın semptomları ortadan kalktığında genellikle hasta ilaç kullanmaz ve tedaviye uyum azalır. Hastalığın şiddetine bağlı olarak hastanın tedavisine daha uyumlu olması beklenir. (29). Başka hastalıkların olması kullanılan ilaç sayısını arttıracığından, tedaviye uyumu azaltabilmektedir (30). Diğer hastalıkların diyabette tedaviye uyumunu araştıran Attyia ve ark., Mısır'da 339 diyabet hastasını değerlendirmiş ve diyabetten başka hastalığın varlığı, diyabet tedavisine uyumu ciddi ölçüde etkilediğini belirlemiştir (31).

Tedavi uyumsuzluğuna neden olan hasta ile ilgili etmenler arasında; demografik, psikososyal, sağlık okur-yazarlığı, hastalık hakkındaki bilgisi, unutkanlık, fiziksel engellilik, sigara ve alkol tüketimi yer almaktadır (27). Demografik faktörler; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek ve gelir seviyesi olarak belirtilmektedir (6). Attyia ve arkadaşlarının çalışmasına göre, genç hastaların tedaviye uyumları yaşlılara göre daha iyi olarak belirlenmiştir (31). Galveia ve ark., Portekiz'de yaşayan diyabet hastalarında yaş arttıkça tedaviye uyumun azaldığını tespit etmişlerdir (32).

Eğitim düzeyi yükseldikçe tedaviye uyum da artmaktadır. Farsaei ve ark. tarafından İranlı Tip 2 diyabet tanısı olan hastalarla yapılan çalışmada, eğitim düzeyi ile tedaviye uyumun doğru orantılı olduğu ve eğitim düzeyinin arttıkça, hastaların tedaviye uyum davranışının da arttığı belirlenmiştir (33).

Medeni duruma bağlı olarak, evli kişilerin bekar kişilere göre tedaviye uyum olasılığı daha yüksektir. Bir meta analiz çalışmasında, evli insanların evli olmayanlara göre 1.3 kat daha fazla tedaviye bağlı olduğu belirlenmiş ve bu durumun aile yapısındaki dayanışma ve destek ile ilişkili olduğu sonucu ortaya konmuştur (34).

Kişinin mesleğinin varlığı ve gelir düzeyinin artması kişilerin tedaviye ulaşmayı kolaylaştıracağından tedaviye uyumu da arttırmaktadır (35). Hindistan'da Rameswarapu ve arkadaşları tarafından yürütülen bir araştırma, artan gelir ve sosyoekonomik düzeyin tedaviye uyumu artırdığını, sosyoekonomik

düzeyi daha yüksek diyabetli hastaların daha iyi uyum davranışlarına sahip olduğunu ortaya koymuştur (36).

Tedaviye uyumu etkileyen psiko-sosyal faktörler; bireyin hastalığının sebepleri, hastalığının önemi hakkındaki inançları, hastalık yönetimindeki motivasyonu, komplikasyonlara yönelik olumsuz ya da olumlu tutumlarını içermektedir (27). Kişinin hastalığı hakkında bilgi düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, fiziksel bir engelinin varlığı ve hastanın unutkanlığı gibi faktörler de tedaviye uyumu etkileyebilmektedir (27). Yaşlı insanlar genellikle fiziksel olarak daha az aktif ve yürüme, koşma ve yüzme gibi fiziksel aktivitelerde daha fazla sınırlı hale gelmektedir. Bu durum ise ilaca ulaşımı sınırlamakta ve dolayısıyla tedaviye uyumu etkilemektedir (37).

Tedaviye uyumun olumlu yönde olması halinde; olumlu klinik sonuçlar elde edilmekte, Tip 2 diyabet komplikasyonlarının önüne geçilmekte ve kişilerin yaşam kalitesi yükselmektedir. Bunlara ek olarak acil servis kullanımı, hastaneye yatış sıklığı, tıbbi masraflar ve ölüm riski de azalmaktadır (15).

Hemşireler; eğitim, danışmanlık, bilgi ve becerilerini kullanarak diyabetli bireyler ve ailelerinin tedavi yönetimi, yaşam tarzı değişikliklerine uyum ve komplikasyonların önlenmesi konularında önemli role sahiptir (105). Bu nedenle diyabetli bireylerin tedaviye uyumunu etkileyen faktörlerin bilinmesiyle birlikte tedaviye uyumun artması beklenmektedir. Böylece komplikasyon görülme sıklık ve süresinin azalmasına ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde; diyabetli bireylerin tedaviye uyumu inceleyen çalışmalar (26, 53, 57, 95, 100, 101, 104, 105, 107) bulunmakla birlikte ve uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi konusunda sınırlı sayıda çalışmaya (26, 128) rastlanmıştır. Bununla birlikte bu çalışmaların örnekleme kırsal bölgeye özgü olmadığı görülmüştür. Kırsal bölgelerin özelliklerine bakıldığında, 65 yaş ve üzeri nüfusun %30.1'i bu bölgelerde yaşadığı (129), sosyoekonomik ve eğitim düzeyinin düşük olduğu, sunulan sağlık hizmetinin ve kuruluşlarının az olduğu (130) görülmektedir. Tüm bu bilgiler ışığında bu araştırma, kırsal bölgede yaşayan Tip 2 diyabetli bireylerin tedaviye uyumu ve uyumu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 DİYABET TANIMI

Diyabet, insulinin eksik salgılanması ya da etkisizliği sonucu karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmalarının bozulduğu, zamanla nöropati, nefropati, retinopati ve vasküler komplikasyonlara sebep olan hiperglisemi ile karakterize kronik bir metabolizma hastalığıdır (38,39).

2.1.1 DİYABETİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Yaşam tarzının değişmesi ve artan sedanter yaşamın etkisiyle de diyabet prevalansında devam eden küresel bir artış bulunmaktadır. IDF verilerine göre 20-79 yaş aralığında 537 milyon yetişkinin diyabetle yaşadığı tahmin edilmektedir. Bu 537 milyon yetişkinin 61 milyonu Avrupa, 24 milyonu Afrika, 73 milyonu ise Orta Doğu ve Kuzey Afrika'da bulunmaktadır. Bu sayıların 2030 yılında 643 milyona, 2045 yılında ise 783 milyona ulaşacağı ön görülmektedir (3). Washington Üniversitesi Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü (IHME) 2019 yılındaki Küresel Hastalık Yüğü çalışması sonuçlarına göre; erken ölüm sebebi ile kaybedilen yaşamın ilk 10 nedeninden biri olan DM'nin 2002 yılına göre değişimi %18.83 olarak bulunmuştur (41).

Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi'nin (TURDEP) 2002 yılında yayınlanan 1997-1998 yıllarında 24.788 denek ile yapılan çalışmasından elde edilen verilere göre diyabet görülme sıklığı %7.2, bozulmuş glikoz toleransı oranı ise %6.7 olarak bulunmuştur (41). 2013 yılında yayımlanan, 2010 yılında yapılmış olan TURDEP-II çalışması sonucuna göre prevalansı %16.5'dir (6). TURDEP-I çalışmasının aksine, TURDEP-II çalışmasında kentsel alanlarda diyabet prevalansının biraz daha yüksek olduğu, ancak kentsel ve kırsal diyabet prevalansı arasındaki anlamlı farkın azaldığı bulunmuştur (42). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 yılındaki Türkiye Sağlık Araştırması sonucuna göre; 15 yaş ve üzerindeki kişilerin son 12 ay içinde geçirdiği hastalık ya da sağlık sorunlarını %10.2 (%8.2'si erkek, %12.2'si kadın) oranla diyabet oluşturmaktadır (43).

2.1.2 DİYABETİN ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Ülkemizde diyabet prevalansının artmasındaki en önemli nedenler arasında; obezite, sedanter yaşam ve toplumun yaş ortalamasındaki artıştır (44). Diyabetin görülme sıklığı yaş, cinsiyet, ırk, genetik özellikler, çevresel etmenler ve beslenme alışkanlıklarına bağlı olarak toplumdan topluma değişmektedir (41, 45). Ülkemizde tüm yetişkin bireylerin Tip 2 diyabet riski açısından taranması önerilmektedir (46). Diyabet açısından yüksek risk altındaki bireyler;

- Ülkemizde 40 yaş ve üzerindeki kişilerin %10'dan fazlasında diyabet olduğu için, vücut ağırlığına bakılmaksızın 40 yaşından itibaren her 3 yılda bir diyabet taraması yaptırması önerilmektedir (46).
- Beden Kitle İndeksi 25 kg/m^2 ve daha fazla olan kişiler asemptomik olsalar bile aşağıdaki risk gruplarından birine sahip olmaları durumunda, daha genç yaşta diyabet taramasından geçirilmeleri önerilmektedir.
 - 1. ve 2. derece yakınlarında DM bulunan kişiler,
 - Diyabet sıklığı yüksek olan etik gruplara dahil olan kişiler,
 - 4.5 kg ve üzerinde doğum kilosu olan bebek dünyaya getirmiş yada öncesinde gestasyonel DM tanısı konulmuş kadınlar,
 - Polikistik over sendromu olanlar,
 - Düşük doğum kilosu ile dünyaya gelmiş kişiler,
 - Hipertansif ($\text{KB} \geq 140/90 \text{ mmHg}$) kişiler,
 - İnsülin direnci bulunan kişiler,
 - HDL-Kolesterol değeri $<35 \text{ mg/dL}$, yada trigliserid değeri $>250 \text{ mg/dL}$ kişiler,
 - Sedanter yaşam tarzına sahip olan kişiler,
 - Kardiyovasküler hastalığa sahip kişiler,
 - Organ nakli olmuş kişiler,
 - Posa miktarı düşük, sağlıklı yağlardan fakir beslenme alışkanlıkları olan kişiler (46)
- Daha önce prediyabet tanısı alan kişilere yılda bir kez, gestasyonel DM tanısı alan kadınlara üç yılda bir diyabet taraması yapılması önerilmektedir (38).

2.1.3 DİYABETİN SINIFLANDIRILMASI

Amerikan Diyabet Birliği (ADA) diyabeti; Tip 1, Tip 2, Gestasyonel Diyabet ve diğer spesifik diyabet tipleri olarak sınıflandırmaktadır (46).

2.1.3.1. TIP 1 DİYABET

Tip 1 diyabet, insülin üreten beta hücrelerinin otoimmün nedenlerle yıkıma uğraması sonucu insülin eksik salgılanması ile insülin ihtiyacının karşılanamaması ile karakterizedir (47). Bireylerin sıklıkla ağız kuruluğu, polidipsi, poliüri, kilo kaybı, devamlı açlık hissi, bulanık görme ve yorgunluk gibi ani ortaya çıkan semptom ve bulguları vardır. Genellikle 30 yaşından önce başlar. Hastalar sıklıkla zayıf yada normal kilodadır (43, 48).

2.1.3.1 TIP 2 DİYABET

Tip 2 diyabet, insülin β -hücrelerinin görevini yerine getirememesi sonucu ortaya çıkan metabolik bir hastalıktır (47). Tip 2 diyabetin semptomları, Tip 1 diyabetin aşırı susama, ağız kuruluğu, enerji eksikliği, bulanık görme, deride süreklilik sağlayan enfeksiyonlar, sık idrara çıkma, yorgunluk, yavaş iyileşen yaralar, el ve ayaklarda karıncalanma hissi, uyuşma gibi semptomları ile aynıdır (49). Toplumun yaşlanması, sedanter yaşam ve obezite gibi faktörler sebebiyle görülme sıklığı hızla artmaktadır (50). Tüm diyabetik popülasyonun %90'ını oluşturan (3) Tip 2 diyabet, genellikle 30 yaş sonrasında tespit edilmektedir. Ancak obezite artışıyla birlikte son 15 yılda çocukluk döneminde görülme sıklığı artmıştır (38).

2.1.3.2 GESTASYONEL DİYABET

Gebelikten önce belli olmayan, genellikle gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde ortaya çıkan glikoz tolerans bozukluğudur (49, 50). İlerleyen yıllarda Tip 2 diyabetin görülme açısından önemli bir risk faktörüdür (38).

2.1.3.3 DİĞER SPESİFİK DİYABET TIPLERİ

Kimyasal ve ilaç kullanımı, kistik fibrozis ve pankreatik rahatsızlıklar, endokrin bozuklukları, enfeksiyon hastalıkları ile ortaya çıkmaktadır (51). Bunların yanı sıra beta hücre ve genetik pankreas bozuklukları sonucunda da ortaya çıkmaktadır (51).

2.1.4 DİYABETİN KLİNİK BELİRTİ VE BULGULARI

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) kılavuzuna göre semptomlar iki şekilde sınıflandırılmıştır. Bunlardan ilki sık görülen semptomlardır. Bu semptomlar; polifaji veya iştahsızlık, halsizlik, poliüri, ağız kuruluğu, polidipsi, noktüri ve çabuk yorulmadır. Daha az görülen semptomlar ise; bulanık görme, el ve ayaklarda uyuşukluk sebebi belirlenemeyen kilo kaybı, inatçı enfeksiyonlar, cilt kuruluğu, tekrarlayan mantar enfeksiyonları ve kaşıntıdır (38, 52).

2.1.5 TANI KRİTERLERİ VE TANI YÖNTEMLERİ

Diyabet tanılması için, 1979'da Amerikan Ulusal Veri Grubu, 1985'te WHO, 1988'de Amerikan Diyabet Birliği ve Avrupa Diyabet Politikası Belirleme Grubu tarafından oluşturularak 1998'de tekrardan güncellenen kurallar geliştirmiştir (53). Günümüzde diyabet tanısı ADA ve WHO tanı kriterlerine göre konmaktadır (50). Aşağıdaki kriterlerden bir tanesi tanı için yeterlidir.

- Açlık plazma glikozunun (APG) >126 mg/dl,
- Diyabet semptomlarıyla birlikte rastgele plazma glikoz deđerinin >200 mg/dl
- Oral glikoz tolerans (OGGT) testinde 2. saat plazma glikoz deđerinin >200 mg/dl
- HbA1c deđerinin >% 6.5 olması (54).

Diyabet tanısı yöntemleri ise aşağıdaki gibidir:

1. Açlık plazma glikoz ölçümü (APG)
2. Rastgele kan glikoz ölçümü
3. Oral Glikoz Tolerans Testi (OGGT)
4. Glikolize Hemoglobın (HbA1c)

2.1.5.1 AÇLIK PLAZMA GLIKOZ ÖLÇÜMÜ (APG)

En az 8 saatlik açlıktan sonra 126 mg/dL veya daha yüksek bir plazma glikoz seviyesi, diyabet teşhisi için yeterlidir (48, 55).

2.1.5.2 RASTGELE KAN GLIKOZ ÖLÇÜMÜ

Diyabet semptomlarından birinin varlığı söz konusu olduğunda herhangi bir zamanda ölçülen plazma glikoz seviyesidir. Rastgele plazma glikoz düzeyi 200 mg/dL veya üzerinde olduğunda tanı konmaktadır (48, 55).

2.1.5.3 ORAL GLIKOZ TOLERANS TESTİ (OGGT)

Oral olarak uygulanan glikozu tolere etme yeteneğini ölçen en hassas testtir (48, 52). Hasta üç gün öncesinden karbonhidrat kısıtlaması yapmadan beslenmesi ve test öncesi sekiz saat aç kalması gerekir. Su içerisinde eritilmiş 75 gram glikoz hastaya içirilir ve 2 saat sonra kan glikoz düzeyi 200 mg/dL veya üzerinde olması durumunda diyabet tanısı konur (52, 55).

2.1.5.4 GLIKOLIZE HEMOGLOBİN

Glikolize hemoglobin (HbA1c), hemoglobine bağlanan glikoz anlamına gelmektedir (23). Kandaki A1c glikoz düzeyi ne kadar fazla ise hemoglobin bağlanan glikoz düzeyi o kadar fazla olur ve buna bağlı olarak glikolize hemoglobin düzeyi yüksek olur (52).

2.1.6 DİYABETİN KOMPLİKASYONLARI

Diyabetli bireylerde kan glikoz düzeyi kontrol altına alınmadığında bireylerin organ ve dokularında fonksiyonel ve biyokimyasal bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler bireylerde komplikasyonlara sebebiyet vermektedir (56, 57).

2.1.6.1 AKUT KOMPLİKASYONLAR

Akut komplikasyonlar; hipoglisemi, laktik asidoz, diyabetik ketoasidoz ve hiperozmolar hiperglisemik durumdan oluşmaktadır.

- **Hipoglisemi:** Plazma glikoz düzeyinin 70 mg/dL'nin altında olması, ciddi hipoglisemi ise bu değerin 50 mg/dL'nin altında olmasıdır (54, 58). Genellikle ilk belirtiler, titreme, soğuk terleme ve açlık hissidir. Orta şiddetli hipoglisemi ise çarpıntı, solukluk, baş ağrısı, konuşmada zorlanma ve sinirlilik gibi belirtiler ile kendini göstermektedir. Önlem alınmaz ise bu belirtileri; şuur bulanıklığı, konsantrasyon bozukluğu, bulanık görme, ve hatta bilinç kaybı gibi belirtiler izleyebilir (50). Diyabetlilerde en sık

görülen bir komplikasyondur ve insülin tedavisi alan hastalarda sıklıkla görülmektedir (59, 60).

- **Diyabetik Ketoasidoz (DKA):** İnsülin eksiliği ve hiperglisemi sonucu meydana gelen bir tablodur (50, 60). Sıklıkla, poliüri, kilo kaybı, polidipsi, halsizlik, dehidratasyon ve bilinç bulanıklığı gibi hiperglisemi belirtileri ile kendini göstermektedir (48, 61). DKA genellikle Tip 2 diyabetli bireylerde görülen hayatı tehdit eden bir komplikasyondur (48, 62).
- **Hiperosmolar Hiperglisemik Non-Ketotik Koma (HHNK):** Çoğunlukla Tip 2 diyabetli bireylerde ve ilerleyen yaşlarda görülür. Mortalitesi %10 ile %50 arasında değişkenlik göstermektedir. (50, 56, 62). DKA'da temel sorun insülin eksikliği iken HHNK'da insülin eksikliği ve dehidratasyondur (50 ,60 ,61)

2.1.6.2 KRONİK KOMPLİKASYONLAR

Diyabetin mikrovasküler (retinopati, nöropati, nefropati) ve makrovasküler (serebrovasküler hastalıklar, koroner kalp rahatsızlığı, periferik vasküler hastalık) olmak üzere iki tür komplikasyonu bulunmaktadır (63).

- **Diyabetik Retinopati:** Retinayı besleyen damarların zarar görmesiyle meydana gelen bir komplikasyondur (38, 48). Retinopati genelde ileri seviyeye gelene kadar herhangi bir belirti vermez ve tespit edildiğinde de tedavisi güçleşir. Bu sebeple erken tanı açısından diyabet tanısı almış bireylerin yılda en az bir kere rutin göz muayenesi yaptırmaları önemlidir (23).
- **Diyabetik Nefropati:** Diyabetli bireylerin yaşam kalitesini bozan ve böbrek yetmezliğine kadar ilerleyen önemli bir komplikasyondur (23, 64, 65). Diyabetik nefropati, Tip 1 diyabetli kişilerin %30-40'ında, Tip 2 diyabetli kişilerin ise %5-10'unda gelişmektedir (23, 64).
- **Diyabetik Nöropati:** Diyabetik nöropati, diyabetin otonom ve periferik sinir sisteminde oluşturduğu hasarlardır (54). Diyabetik nöropatide genellikle görülen belirtiler; ayaklarda yanma, karıncalanma, güçsüzlük ve ağrıdır (43). Ayrıca diyabetik nöropati, diyabetik ayak oluşumunda en önemli risk faktörüdür (66).

2.1.7 DİYABET TEDAVİSİ

Diyabet tedavisindeki amaç, diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarının gelişmesini önlemek veya azaltılmasını sağlamak, bireysel yönetimi sağlayarak kan glikoz düzeyini hedeflenen düzeyde tutulması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Tedavinin ana unsurlarını; tıbbi tedavi, diyet, eğitim ve egzersiz oluşturmaktadır (67, 68).

2.1.7.1 TIBBİ TEDAVİ

Diyabetli kişilerin tedavisi için kullanılan farmakolojik ajanlar, oral antidiyabetik (OAD) ve insülin ajanlardır.

Oral antidiyabetik ilaçlar, genellikle insülin salgılanmasını arttırma, insüline duyarlılığı arttırma veya karbonhidrat emiliminin azaltılmasında rol oynar (69). Diyet ile kan şekerleri kontrol edilemeyen ve insüline bağımlı olmayan diyabet tanısı almış kişilerde kullanılır. OAD ajanları genellikle diyabetin 40 yaşından sonra geliştiği ve diyabetin 5 yıldan az sürdüğü durumlarda kullanılır (70).

İnsülin, Tip 1 diyabet tanısı almış kişilerde, OAD ilaç tedavisinde cevap alınamayan Tip 2 diyabetlilerde, diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarında, gebelikte hormonal hastalıkları, böbrek ve karaciğer hastalıkları gibi metabolik kontrolü gerekli kılan durumlarda kullanılmaktadır (71).

2.1.7.2 TIBBİ BESLENME TEDAVİSİ

Tıbbi beslenme tedavisi, bireyin vücut ağırlığı, boy uzunluğu, diyabet türü, beslenme alışkanlığı, ilave hastalıkların varlığı gibi özelliklerine göre farklılık göstermektedir (72). Önerilen beslenme programı ile birlikte diğer tedavi yöntemleri kullanıldığında HbA1c'yi %1 ile %2 oranında düşürebilmektedir (73).

2.1.7.3 EGZERSİZ

Egzersiz, insülin etkisini ve glikoz toleransını artırarak insülin direncini azalttığı için diyabet yönetiminde oldukça önemlidir (74). Egzersiz esnasında karaciğerdeki glikozun kana geçişi artmakta ve böylelikle kaslar insüline karşı daha fazla duyarlı hale gelerek glikoz tüketimini artırmaktadır. Sonuç olarak daha az insülinle hücre içine fazla miktarda glikoz girmektedir (75).

2.1.7.4 EĞİTİM

Dünya Sağlık Örgütü, diyabet eğitimini “Diyabet tedavisinde temel taşı oluşturmaktadır ve diyabetli bireyin toplum ile bütünleşmesinde yaşamsal bir öneme sahiptir” şeklinde ifade etmektedir. Diyabet eğitimindeki amaç, bireyin diyabete uyumunu sağlamak, metabolik kontrolü sağlamak, kan basıncını normal değerlerde tutmak ve korunmasını sağlamak, diyabete sebebiyet verebilecek komplikasyonları önüne geçmek ve komplikasyonların sebep olduğu hastalık veya ölümleri engellemektir (76).

Diyabet eğitim programları şu konuları kapsamaktadır: Diyabet tedavisi, yönetimi ve takibi, diyabet komplikasyonları, diyet, egzersiz, insülin uygulama teknikleri, glikoz izleme teknikleri, danışmanlık ve bakım (77). Diyabet eğitimi; bireysel, güncel ve sürekli olmalıdır (78).

2.2 TEDAVİYE UYUM

Tedaviye uyum, hastanın sağlıkla ilgili her türlü tavsiyeleri kabul ediyor olması, bunları özümsemesi ve bunları uygulaması olarak ifade edilmektedir. Tedaviye uyum kavramı; kontrollere düzenli aralıklarla gelmeyi, tedavi programlarının tamamlanmasını, düzenli olarak ilaç kullanılmasını ve önerilen davranış değişikliklerinin yerine getirilmesini içeren bir kavramdır (79). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre uyum; “hastanın tıbbi talimatları ne ölçüde takip ettiği” olarak tanımlanmıştır (80).

Kronik hastalıklarda uyum, kişisel ve çevresel uyaranlardan etkilenen dinamik bir süreçtir (81). Diyabet gibi kronik hastalıklarda tedaviye uyum problemleri, tedavinin başarısını olumsuz etkilemekle beraber, hastalık sürecinin de olumsuz yönde ilerlemesine, farklı diğer hastalıkların ve ölümlerin meydana gelmesine ve hastalık sürecindeki maliyetlerin artmasına sebebiyet vermektedir (82).

Tedaviye uyumsuzluk ise hastanın davranışları ile önerilen tedavi ile ilgili tavsiyelerin uyuşmaması durumu olarak tanımlanmaktadır. Uyumsuzluk durumunda hasta, rutin kontrollerine gitmemekte ve ya geciktirmekte, uygun görülen ve önerilen davranışsal ve ilaçla ilgili tavsiyeleri yerine getirmemekte, hastalığa yönelik tedaviyi önerilen dozda veya sürede kullanmamakta ve tedavisini kendi isteği ile sonlandırabilmektedir (83). Tedavi uyumsuzluğu

konusunda yapılmış olan araştırmalarda, çoğunlukla kronik hastalıklarda tedavi uyumsuzluğunun daha fazla olduğu gözlemlenmektedir (27).

Tedaviye uyumu etkileyen faktörler aşağıdaki gibidir:

- **Demografik Özellikler:** Yaş, cinsiyet, meslek, ırk, eğitim durumu, sağlık bilgisi
- **Hastalık:** Hastalık tipi, hastalık süresi ve şiddeti, komplikasyonların varlığı, sağlık hizmetinden yararlanma sıklığı, sağlık hizmeti sunucularından memnuniyet, sağlık bakımının kalitesi
- **Tedavi:** İlacın dozu, ilacın tipi, başka ilaç varlığı, ilaç temini, tedavinin gerektirdiği beslenme düzeni, yan etki varlığı
- **Davranış:** Hasta ile sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşim, hastanın bilgi düzeyi, hastanın kavrama durumu, hastanın hastalığa ve hastalık ile ilgili tedaviye yönelik inanışları, bakım sunanın bilgi düzeyi ve inanışları
- **Ekonomik Özellikler:** Ekonomik durum, sağlık sigortası ve sigorta türü, tedavi ve ilaç masrafları, kişinin gelir düzeyi (84).

2.3 DİYABETTE TEDAVİ UYUMU VE HEMŞİRELİK

Diyabet tedavisindeki öncelikli hedef, bireylerin uygun metabolik kontrollerinin sağlanması ve sürdürülmesi, komplikasyon gelişmesini önlemektir (110). Diyabet tedavisindeki başarı, diyabetlinin tedaviye uyumu ile doğru orantılıdır (86). Bu sebeple bütün kronik hastalıklarda olduğu gibi diyabet için de bireyin tedaviye uyumu oldukça önemlidir (85).

Diyabetli bireylerde tedaviye uyumu; ilaç kullanımı, rutin insülin enjeksiyonları ve uygulaması, kendi kendine kan glikoz seviyesi takibi, diyet kısıtlamaları ve düzenlemeleri, günlük egzersizler gibi görevleri içermektedir (109, 110). Bu görevlerde başarısız olan bireylerde; anormal kan şekeri düzeyleri ve bu değerlerdeki düzensizlikler, HbA1c düzeyinin sürekli olarak yüksek olması, kontrol randevularını atlama, istenen tahlilleri sürekli olarak tamamlamama, kendi kendine kan şekeri takibi ihmal etme ve ya takip çizelgesini randevularında yanında bulundurmama, sürekli kilo alma, diyetle uyum sağlamada sorunlar yaşama, sıklıkla yaşanan diyabetik krizler, sağlık hizmetlerinden aşırı ve

tekrarlanan uygun olmayan talepler gibi tedavi uyumsuzluğunu gösteren klinik göstergeler görülmektedir (95).

Hastaların tedaviye uyum gösterememe nedenleri arasında; ilaçların yan etkilerinden hoşlanmama, ilaç kullanma konusunda isteksizlik, önerileri anlayabilecek algı düzeyinde olmama, meşguliyetlerinin fazla olması, tedavi önerilerini hatırlamada güçlük yaşama, yetersizlik hissi, iyi olduğunu düşünme, demans, evden uzakta olma, günlük hayattaki değişiklikler yer almaktadır (88).

Dünyada diyabetli bireylerin tedaviye uyumunu değerlendirmek amacıyla yapılmış 27 araştırma incelendiğinde tedaviye uyum sorunu olan bireylerin ortalamasının % 37.7 olduğu görülmüştür (25). Türkiyede üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yapılan çalışmada ise 1456 insülin tedavisi alan diyabetli bireyin % 29.7'sinin ilaç kullanımına uyum sağlamadığı tespit edilmiştir (87).

Yapılan çalışmalar sonucunda Tip 2 diyabette; bireylerin yaşlanması, sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olması, sağlık sigortasının olmayışı veya tıbbi masrafların fazla olması, eğitim ve sağlık okuryazarlığının yeterli olmaması, aile ve sosyal desteğin yetersiz olması, farklı kültür ve inanç değerlere sahip olması gibi faktörlerin tedaviye uyumu ciddi ölçüde etkilediği görülmüştür (24, 89, 90).

Diyabetli bireyler ruhsal denge ve uyumunda bir çok fiziksel, sosyal ve duygusal sorunlarla ve çatışmayla karşı karşıya kalmaktadır. Bu problemler, bireyin hastalığı algılamasını ve tedaviye uyumu etkilemektedir (91). Yapılan araştırmalarda bireyin hastalığını nasıl değerlendirdiğinin bilinmesi gerektiği ve psikososyal uyumun sağlanmasının önemli olduğu belirtilmektedir. Özellikle stres, depresyon ve sosyal destekteki kayıp, diyabet üzerinde olumsuz sonuçlara sebep olmakta ve diyabet şiddetini arttırmaktadır (92, 93).

Aile ve çevreden gelen destek kronik hastalık ile baş etme ve tedaviye uyumda önemli faktörlerden biridir. Dengeli ilişkiler, iş birliği, çatışmaların az olduğu, rol karmaşasının olmayan aileye sahip bireylerin hastalığa uyumu kolay; aşırı korumacı, endişeli, kontrolcü, yönlendirici tutumların var olduğu ailelerde hastalığa yönelik uyum ise zor olmaktadır (85).

Başarılı bir diyabet yönetimi için kişinin diyabet hakkındaki inançları, tutumları ve davranışlarının uyum içinde olması gerekmektedir. Diyabet

tedavisinin temelini, diyabet ile ilgili yapılan doğru ve yanlış davranışlar oluşturmaktadır. Bireyin doğru davranışlara sahip olabilmesi için diyabet hakkında yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir (94). Bu da hemşirenin önemli rollerinden biri olan eğitim ile mümkündür. Diyabet eğitimi, diyabetli bireylerin hastalık kontrolü sağlamlasında ve tedaviye uyum için oldukça önemlidir (111). Eğitim sayesinde diyabetli bireyler hemşireler ile birlikte aktif bir şekilde iş birliği yaparak antidiyabetik ilaçların yan etkileri, endikasyonları, günlük alınacak doz miktarları, alınma zamanları, kullanımı, saklanma koşulları, insülin enjeksiyon yöntemleri, enjeksiyon bölgeleri ve dozları hakkında bilgi sahibi olmaktadır (112). Hastaların hemşireler ile beraber aktif bir şekilde yapacağı iş birliği tedaviye uyumu kademeli olarak artırabileceği, hastanın diyetini, tedaviye uygun davranışlarını, psikolojik durumlarını iyileştirebileceği belirtilmektedir. Bununla birlikte tedaviye uyumu da olumlu yönde etkileneceği belirtilmektedir (112). Hemşireler sağlık eğitimi dışında, hastaların kendilerini rahat hissetmelerini sağlamak için psikolojik ve duygusal durumlarını iyileştirebilir ve hastaların ilaçlarını doğru şekilde kullanmaya teşvik edebilirler. Bu sebeple kaliteli hemşirelik bakımı ile diyabet kontrol altına alınarak diyabet komplikasyonları azaltılabilir, tedavi uyumları iyileştirebilir (113, 114).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü

Araştırma kesitsel türde gerçekleştirilmiştir.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Bolu İli Göynük İlçe merkezi ve köylerinde Ocak 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3 Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini, Bolu İli Göynük İlçe merkezinde (toplam 6 mahalle) ve köylerinde (toplam 66 köy) yaşayan Tip 2 diyabetli bireyler oluşturmuştur. Göynük ilçe merkezi ve köydeki Tip 2 diyabetli birey sayısı tam olarak bilinmediğinden evren sayısı belirlenememiştir. Bu nedenle evreni bilinmeyen örneklem* formülüyle örneklem sayısı 196 olarak belirlenmiştir. 196 bireyin örnekleme dahil edilmesi ise, nüfusa orantılı tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Göynük toplam nüfusu 4.000 ilçe merkezi (%26), 10.434 köylerde (%74) olacak şekilde dağılım göstermektedir (132). Bu oranlar doğrultusunda örnekleme oluşturan 196 kişinin 145'i köylerden 51'i ilçe merkezinden olacak şekilde seçilmiştir.

*Evren bilinmediğinde örneklem formülü aşağıdaki gibidir;

$$n = (t^2 \cdot p \cdot q) / d^2$$

n = Örneklem alınacak birey sayısı

p = İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q = İncelenen olayın görülme sıklığı (1-p)

t = Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan değer

d = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma olarak simgelenmiştir (örneklem hatası)

t değeri 1.96'dır.

$p = 0.15$

$q = 0.85$

$d = 0.05$

Örneklem Hesabı; $n = ((1,96)^2 \times 0,15 \times 0,85) / (0,05)^2 = 195,92$

Örneklem hesabı sonucunda çalışılması gereken **minimum kişi sayısı 196** kişidir.

3.4 Araştırma Hipotezleri

H₁₋₁: Kırsal bölgede yaşayan Tip 2 diyabetli bireylerin tanıtıcı özellikleri tedaviye uyumu etkiler.

H₁₋₂: Kırsal bölgede yaşayan Tip 2 diyabetli bireylerin diyabet ile ilgili özellikleri tedaviye uyumu etkiler.

H₁₋₃: Kırsal bölgede yaşayan Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyi tedaviye uyumu etkiler.

H₁₋₄: Kırsal bölgede yaşayan Tip 2 diyabetli bireylerin engel algısı tedaviye uyumu etkiler.

H₁₋₅: Kırsal bölgede yaşayan Tip 2 diyabetli bireylerin ciddiye algısı tedaviye uyumu etkiler.

H₁₋₆: Kırsal bölgede yaşayan Tip 2 diyabetli bireylerin destek algısı tedaviye uyumu etkiler.

H₁₋₇: Kırsal bölgede yaşayan Tip 2 diyabetli bireylerin yanlış yönlendirmeye dayalı destek davranışları tedaviye uyumu etkiler.

H₁₋₈: Kırsal bölgede yaşayan Tip 2 diyabetli bireylerin öz yeterlilik algısı tedaviye uyumu etkiler.

H₁₋₉: Kırsal bölgede yaşayan Tip 2 diyabetli bireylerin sonuç beklentisi algısı tedaviye uyumu etkiler.

3.5 Örneklem Dahil Olma ve Dışında Tutulma Kriterleri

Araştırmanın dahil edilme kriterleri;

- En az 6 ay önce Tip 2 diyabet tanısı almış olması,
- En az 6 aydır insülin ve/veya OAD ilaç kullanıyor olması,
- İletişim sorunun olmaması,
- Türkçe okur-yazar olması, soruları anlama ve cevaplama yeterliliğine sahip olması,
- Psikiyatrik hastalık tanısı olmaması,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü ve yazılı onam vermiş olması,

Araştırmanın dahil edilmeme kriterleri;

- Tip 1 diyabet tanısı almış olması,
- 6 aydan daha kısa diyabet tanısı olması,
- 6 aydan kısa süredir insülin ve/veya OAD ilaç kullanıyor olması,

- İletişim sorunu olması,
- Türkçe okur-yazar olmaması,
- Psikiyatrik hastalık tanısı olması,
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmaması ve onam vermemesi

3.6 Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1 Bağımlı Değişkenler

Tip 2 diyabetli bireylerin tedaviye uyum puanı bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

3.6.2 Bağımsız Değişkenler

Tip 2 diyabet tanısı almış kişilerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni hali, eğitim düzeyi, sigara / alkol kullanım durumu, çalışma durumu ve mesleği, BKİ), diyabete ilişkin özellikleri (diyabet yaşı, tedavi tipi, ek hastalık varlığı, diyabet konusunda eğitim alma durumu, diyabet komplikasyonu yaşama durumu, diyabet ile ilgili hastaneye yatış durumu, sağlık kontrolü sıklığı), sağlık algısı, hastalığın kabulü, ciddiyet algısı, engel algısı, sosyal destek algısı, sonuç beklentisi algısı, yanlış yönlendirmeye dayalı destek davranışları ve öz yeterlilik algısı puanları bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.7 Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından ev ziyaretleri yapılarak katılımcıların kendi ortamında yüzyüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Görüşmeler ortalama 20-25 dakika sürede gerçekleştirilmiştir.

3.8 Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri “Tanıtıcı Özellikler Soru Formu”, “Tip 2 Diyabet Hasta Uyum Ölçeği”, “Hastalığı Kabul Ölçeği” ve “Türkçe Çok Boyutlu Diyabet Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir.

3.8.1 Tanıtıcı Özellikler Soru Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (23, 44, 48, 49, 52, 54, 57, 63) oluşturulan tanıtıcı özellikler formu; sosyo-demografik özellikler (*yaş ,cinsiyet, aile tipi, eğitim durumu,yaşanılan bölge, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, sigara-*

alkol kullanımı) ve diyabete ilişkin özellikler (*diyabet yaşı, tedavi tipi, ek hastalık varlığı, diyabet konusunda eğitim alma durumu, diyabet komplikasyonu yaşama durumu, diyabet ile ilgili hastaneye yatış durumu, sağlık kontrolü sıklığı*) olmak üzere iki bölümden ve toplam 23 sorudan oluşmaktadır.

3.8.2 Tip 2 Diyabet Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği (EK-2)

Ölçek, Türk toplumunda kullanılmak üzere bireylerin Tip 2 diyabet tedavisine uyumunu değerlendirmek amacıyla Demirtaş ve Akbayrak tarafından geliştirilmiştir (115, 116). Ölçek 5'li likert (kesinlikle katılıyorum=1, katılıyorum=2, kısmen katılıyorum=3, katılmıyorum=4, kesinlikle katılmıyorum = 5) ile derecelendirilmiştir. 13 olumlu tutum, 17 olumsuz tutum maddesi olmak üzere toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Olumlu ifade içeren maddeler (1, 3, 5, 8, 13, 15, 16, 17, 19, 23, 25, 26, 29. maddeler) 1'den 5'e, olumsuz ifade içeren maddeler (2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 20, 21, 22, 24, 27, 28, 30. maddeler) tersten 5'ten 1'e kadar puanlanmaktadır. Ölçek 7 alt boyuttan oluşmaktadır (Faktör 1: Tutum ve Duygusal Faktörler, Faktör 2: Bilgi ve Kişisel Faktörler, Faktör 3: Yaşam Tarzı, Faktör 4: Öfke Duyguları, Faktör 5: Uyumlu Duygular ve Davranışlar, Faktör 6: Beslenme pazarlığı, Faktör 7: İnkâr duygusu). Alt boyutlardan alınan düşük puan, bireyin tedavi sürecinde olumlu ve beklenen davranışlar sergilediğini göstermektedir. Toplam puanın yüksek olması bireyin tedaviye uymadığını ve beklenen duygu ve davranışları sergileyemeyeceğini göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 150, en düşük puan ise 30'dur. Ölçekte yer alan her bir madde için alınan puanların toplamı ölçekteki toplam puanı vermektedir. Toplam puanın düşük olması ise Tip 2 diyabet tedavisine yüksek/iyi hasta uyumuna işaret etmektedir (74). Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.77 (116) bulunmuş olup, bu çalışmada ise 0.71'dir.

3.8.3 Hastalığı Kabul Ölçeği – Acceptance of Illnes (AIS) (EK-3)

Ölçek hastalığın kabul düzeyini belirlemek amacıyla Felton ve Revenson (117) tarafından geliştirilmiş, Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Besen ve Esen tarafından yapılmıştır (131). Ölçeğin tüm bölümleri hastalıktan kaynaklanan güçlükleri ve kısıtlılıkları içermektedir. Hastalığa bağlı öz yeterlilik eksikliği, başkalarına bağımlılık ve düşük benlik saygısı, olumsuz duygular, bu duygulara rağmen değer ve kabul edilme duygusu gibi kısıtlılıklar

değerlendirilmektedir. AIS sekiz maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekte elde edilebilir puanlar 8 puan (minimum) ile 40 puan (maksimum) arasında değişir ve genel bir hastalık kabul edilebilirlik ölçüsünü temsil etmektedir. Likert tipi ölçekler, katılıp katılmama olarak 5 puana göre puanlanmaktadır. Ölçeğin tanımladığı tanıma uygunluk durumuna düşük puan (1 puan) verilmekte olup, hastalığa uyumun zayıf olduğunu ve önemli fiziksel problemlerin olduğunu göstermektedir. Tanımlanan ifadeye katılmama durumu yüksek puan (5 puan) almakta olup, hastalığa karşı olumsuz duygular beslemeden hastalığı kabul ettiğini göstermektedir. Ölçekteki altıncı madde tersten değerlendirilmektedir. Daha yüksek hastalık kabul seviyeleri, tedaviye uyumu ve daha az fiziksel semptomu göstermektedir. Hastalığı kabullenme, hastalığın hastalarda neden olduğu olumsuz duygu ve tepkilerin yokluğunu yansıtmaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında cronbach alfa katsayısı 0.79 (131) bulunmuş olup, bu çalışmada ise 0.78 dir.

3.8.4 Türkçe Çok Boyutlu Diyabet Anketi (T- ÇBDA) (EK-4)

Ölçek diyabetle ilgili bilişsel ve sosyal faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla Talbot ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (117) olup, Türkiye’de Çosansu ve Erdoğan tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (118). T- ÇBDA’nın orijinali 3 bölüm (*birinci bölüm; diyabetin algılanması ve sosyal destek, ikinci bölüm; diyabetlinin eşinin ya da onun için önemli olan bir başkasının diyabetlinin hastalığına ilişkin özbakım aktivitelerini destekleyen ve destekleyici olmayan davranışlarının düzeyi, üçüncü bölüm; bireyin hastalık yönetimine ilişkin özyeterlik ve sonuç beklentisi algısı*), 7 alt boyut (*ciddiyet algısı, engel algısı, destek algısı, yanlış yönlendirmeye dayalı destek davranışları algısı, öz yeterlilik algısı ve sonuç beklentisi algısı*) ve 41 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanı bulunmamakta olup, her bölüm ayrı ayrı değerlendirilmektedir.

İlk bölüm; genellikle diyabet farkındalığı ve sosyal destek üzerine odaklanmıştır. 3 alt boyuttan ve 16 maddeden oluşmaktadır. Diyabetli bireyin iş, sosyal ve boş zaman aktivitelerinin günlük aktivitelerini nasıl olumsuz etkilediğini veya kısıtladığını sorgulayan dokuz madde, engellilik algısı alt boyutunu oluşturmaktadır. Ciddiyet algısı, bireyin diyabet şiddeti algısını ölçen üç bileşenden oluşmaktadır. Sosyal destek algıları, diyabetli bir bireyin yaşamında

önemli olan kişilerin (aile üyeleri, arkadaşlar ve sağlık çalışanları) sosyal destek algılarını sorgulayan dört maddeden oluşmaktadır. Birinci bölümde yanıtlar 7'li likert ölçeği (0=hiç, 6=çok) üzerinden belirlenmektedir. Ölçeğin her bir alt boyutu için kişinin cevapladığı maddelerin puanları toplanmakta ve cevaplanan madde sayısına bölünerek ortalama bir puan elde edilmektedir. Yüksek puanlar, algılanan yetersizlik, sosyal destek ve ciddiye düzeylerinin daha fazla olduğunu göstermektedir (118).

İkinci bölüm; diyabetli bireyin eşinin (veya onun için önemli bir kişinin) davranışlarının; diyabetli bireyin hastalıkla ilgili öz bakım faaliyetlerini ne ölçüde desteklediğini veya desteklemediğini sorgulayan, iki alt boyut ve 12 maddeden oluşmaktadır. “pozitif destekleyici davranış”, diyabetli bireyin eşinin veya diyabetin yönetiminde başka bir kişinin olumlu davranışını belirlemeye yönelik sekiz maddeden oluşmaktadır. “yanlış yönlendirmeye dayalı destek davranışları”, diyabetli bireyleri rahatsız eden ancak zorluk yaratan destekleyici olmayan davranışların derecesini belirlemeye yönelik dört maddeden oluşmaktadır. İkinci kısma verilen cevaplar 7'li likert ölçeğine göre derecelendirilmektedir (0=hiçbir zaman, 6=her zaman). Bu bölüm yalnız yaşayan kişiler tarafından doldurulmamaktadır (118).

Üçüncü bölüm, bireyin öz yeterlilik algısını ve hastalık tedavisine ilişkin sonuç beklentilerini belirlemekte olup, 2 alt boyut ve 13 maddeden oluşmaktadır. Algılanan öz yeterlilik, bir bireyin hastalık için kendi kendine bakım faaliyetlerine katılma konusundaki güvenini belirleyen yedi faktörden oluşmaktadır. Yanıtlar likert ölçeğine göre derecelendirilmektedir (0=hiç emin değilim, 100=çok eminim). Sonuç beklentilerinin algıları, metabolik kontrolü sağlama ve komplikasyonları önlemede öz bakım davranışları ve tedavinin etkilerine ilişkin algıları değerlendiren altı maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar likert ölçeğine göre derecelendirilmektedir (0=hiç önemli değil, 100=çok önemli). Daha yüksek puanlar, daha yüksek algılanan öz yeterlilik ve sonuç beklentilerini göstermektedir (118). Ölçek alt boyutlarının geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.58-0.91 arasında (118) bulunmuş olup, bu çalışmada elde edilen Cronbach alfa katsayıları Tablo 3.8.1’de verilmiştir.

Tablo 3.8.4.1. Türkçe Çok Boyutlu Diyabet Anketi Alt Boyutları Cronbach Alfa Katsayıları

Türkçe Çok Boyutlu Diyabet Anketi	Madde Sayısı	Cronbach Alfa
Engel Algısı	9	0.932
Ciddiyet Algısı	3	0.529
Destek Algısı	11	0.903
Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Destek Davranışları Algısı	4	0.812
Özyeterlik Algısı	7	0.873
Sonuç Beklentisi Algısı	6	0.759

3.9 Ön Uygulama

Tanıtıcı özellikler soru formunu değerlendirmek amacıyla 10 diyabetli bireyde ön uygulama gerçekleştirilmiş olup, formda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Ön uygulamada elde edilen veriler çalışmanın veri analizinde kullanılmamıştır.

3.10 Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri IBM SPSS Statistics 26 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için sıklıklar (sayılar, yüzdelere), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları çarpıklık ve basıklık katsayıları ile değerlendirilmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları için çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş olup katsayıların ± 1.5 aralığında olduğu ve değişkenlerin normal dağıldığı görülmüştür (133, 134). Bu nedenle çalışmada parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır. İki bağımsız sayısal değişken arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Katsayısı ile yorumlanmıştır. İki bağımsız grup arasındaki fark Bağımsız Örneklem T Testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki fark ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile değerlendirilmiştir. Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda fark çıkması durumunda farkın

kaynaklandığı grup Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi ile belirlenmiştir. Bir sayısal bağımlı değişken üzerinden birden fazla sayısal bağımsız değişkenin etkisi ise Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile incelenmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenirlikleri Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile hesaplanmıştır ($\alpha > 0.50$) (135). Cronbach alfa katsayısının 0.70'in üzerinde olması ölçek güvenirliğini göstermektedir. Ancak madde sayısı az olan ölçeklerde 0.70'in altındaki değerler güvenilir kabul edilmektedir (135). Verilerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ alınmıştır.

3.11 Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18/01/2022 tarihinde 2022/9 sayılı etik izin (EK-5), Bolu İl Sağlık Müdürlüğünden 17/02/2022 tarihinde E-38244951-604.01.01 sayılı kurum izni (EK-6) ve Göynük İlçesi Kaymakamlığından 03.01.2022 tarihinde E-73059694-000-2 sayılı veri toplama izni alınmıştır. Uygulama öncesi araştırmaya katılmaya gönüllü bireylere araştırma amacı ve kapsamı açıklanarak kimliklerinin gizli tutulacağı söylenmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Bununla birlikte araştırma Helsinki Bildirgesine uygun olarak gerçekleştirilmiştir (<http://hayek.ibu.edu.tr/bildirgeler/helsinki-bildirgesi>).

3.12 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece bir kırsal bölgedeki diyabetli bireylerle gerçekleştirildiğinden sonuçlar evrene genellenememekte, ancak genellemeye katkı sağlayabilmektedir.

4. BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular dört başlık altında incelenmiştir.

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine göre Bulgular

4.2. Ölçekler ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

4.3. Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

4.4. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine göre Tedavi Uyum Puanlarının Karşılaştırılması

4.5. Hastalığı Kabul ve Türkçe Çok Boyutlu Diyabet Anketi Puanlarının Tedavi Uyumlarına Etkisine Yönelik Bulgular

4.1 Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine göre Bulgular

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine göre Dağılımı (n=196)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş (Ort±SS=63.15±10.30)		
29-64 Yaş	95	48.5
65-84 Yaş	101	51.5
Cinsiyet		
Kadın	93	47.4
Erkek	103	52.6
Medeni Durum		
Bekâr	22	11.2
Evli	174	88.8
Yaşanılan Yer		
Köy	145	74.0
İlçe	51	26.0
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	130	66.3
Ortaokul	32	16.3
Lise	21	10.7
Üniversite	13	6.6
Çalışma Durumu		
Evet	19	9.7
Hayır	177	90.3
Meslek		
İşçi	11	5.6

Memur	6	3.1
Emekli	96	49.0
Ev Hanımı	81	41.3
Diğer	2	1.0
Sağlık Güvencesi		
Var	188	95.9
Yok	8	4.1
Gelir Düzeyi Algısı		
Gelir Giderden Az	19	9.7
Gelir Gidere Eşit	158	80.6
Gelir Giderden Fazla	19	9.7
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Eşi ile Birlikte	131	66.8
Ailesi ile Birlikte	65	33.2
Sigara Kullanımı		
Evet	33	16,8
Hayır	132	67,3
Bırakmış	31	15,8

(Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma)

Katılımcıların yaş ortalaması 63.15 ± 10.30 yıl olup, yarıdan fazlası (%51.5) 65-84 yaş grubundadır. Diyabetli bireylerin %52.6'sının erkek, %88.8'inin evli, %74.6'sının köyde yaşadığı, %66.3'ü ilkokul mezunu olduğu ve %49'unun emekli olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılardan %95.9'u sağlık güvencesinin olduğunu, %80.6'sı gelirinin giderine eşit olduğunu, %66.8'i eşi ile birlikte yaşadığını, %67.3'ü sigara kullanmadığını, %89.8'i alkol kullanmadığını belirtmiştir. Beden kitle indeksi ortalama ve standart sapması ise 27.03 ± 4.48 olup, %49.5'inin BKİ'si 25-29.99 aralığında bulunmuştur (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2 Katılımcıların Diyabetle ilgili Özelliklerine göre Dağılımı (n=196)

	Sayı	Yüzde
Diyabet Tanı Süresi (Ort$\pm$SS=10.34$\pm$5.70)		
1-10 Yıl	140	71.4
11-28 Yıl	56	28.6
Ailede Diyabet Öyküsü Varlığı		
Evet	65	33.2
Hayır	131	66.8
Diyabet Tedavi Şekli		
Beslenme Tedavi	6	3.1
Oral Antidiyabetik	149	76.0
İnsülin Tedavisi	18	9.2
OAD ve İnsülin	23	11.7

Tanılanmış Kronik Hastalık Varlığı (DM dışında)		
Evet	131	66.8
Hayır	65	33.2
Diyabetle İlgili Eğitim Alma		
Evet	57	29.1
Hayır	139	70.9
Diyabete Bağlı Komplikasyon Varlığı		
Evet	22	11.2
Hayır	174	88.8
Diyabet Komplikasyonu (n=22)		
SVO	2	9.1
Retinopati	12	54.5
Nefropati	3	13.6
Nöropati	5	22.7
Diyabet Nedeniyle Son Bir Yıl İçinde Hastaneye Yatış		
Evet	6	3.1
Hayır	190	96.9
Diyabet Tedavisi Nedeniyle Düzenli Sağlık Kuruluşlarına Gitme		
Evet	142	72.4
Hayır	54	27.6
Diyabetli Olduğunun Sosyal Çevresinde Bilinme		
Evet	192	98.0
Hayır	4	2.0
Diyabet Bakımı Konusunda Sosyal Çevredeki Kişilerden Yardım İsteme		
Evet	73	37.2
Hayır	123	62.8
Diyabet Bakımında En Çok Yardımcı olan Kişi/Kişiler		
Eş	54	27.6
Diğer Aile Üyeleri (Cocuk, Anne-Baba, Akraba)	65	33.2
Sağlık Profesyonelleri	10	5.1
Yardım Eden Kimse Yok	67	34.2

(Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, OAD:Oral antidiyabetik)

Diyabetli bireylerin diyabet tanı süresi ortalama ve standart sapması 10.34 ± 5.70 yıl olup, yaklaşık üçte ikisinin (%71.4) tanı süresi 1-10 yıl arasındadır. Katılımcıların %33.2'si ailesinde diyabet öyküsü olduğunu, %76'sı oral antidiyabetik tedavi aldığını, %66.8'i DM dışında tanılanmış kronik hastalığının olduğunu, %11.2'si diyabete bağlı komplikasyonu olduğunu ifade etmiştir. Diyabet komplikasyonu olanların %54.5'i ise retinopati yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların %96.9'u son bir yıl içerisinde diyabet nedeniyle hastaneye yatışının olmadığını, %72.4'ü diyabet tedavisi nedeniyle düzenli aralıklarla sağlık kuruluşlarına gittiğini, %98'i diyabetli olduğunu sosyal çevresi tarafından bilindiğini, %37.2'si diyabet bakımı konusunda sosyal çevresinden yardım

istemediğini ve %27.6'sı ise diyabet bakımı konusunda en çok eşinin yardımcı olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.1.2).

4.2 Ölçekler ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 4.2.1. Ölçekler ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
“Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği”	75.18	9.53	51	103
“Tutum ve Duygusal Etmenler”	20.78	3.06	13	29
“Bilgi ve Kişisel Faktörler”	14.56	2.84	7	20
“Yaşam Tarzı Değişikliği”	8.47	1.80	4	12
“Öfke Duyguları”	7.41	2.03	3	13
“Uyuma Uygun Duygu ve Davranışlar”	6.23	2.21	4	14
“Diyet Pazarlığı”	9.67	2.41	3	15
“İnkâr Duygusu”	8.07	2.17	4	15
“Hastalığı Kabul Ölçeği”	31.38	4.80	14	40
“Çok Boyutlu Diyabet Anketi”				
“Engel Algısı”	1.84	1.02	0	4.67
“Ciddiyet Algısı”	4.33	0.89	1.67	6
“Destek Algısı”	2.98	0.35	2.36	3.73
“Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Destek Davranışları Algısı”	0.78	0.95	0	3.75
“Özyeterlik Algısı”	6.41	1.48	3	8.71
“Sonuç Beklentisi Algısı”	8.38	0.96	4.5	10

Tip 2 DM tedavisinde hasta uyum puanları ortalaması 75.18 ± 9.53 iken hastalığı kabul puanları ortalaması 31.38 ± 4.80 'dir. Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği alt boyutları puanlarını incelendiğinde, tutum ve duygusal etmenler alt boyutu puan ortalaması 20.78 ± 3.06 , bilgi ve kişisel faktörler alt boyutu puan ortalaması 14.56 ± 2.84 , yaşam tarzı değişikliği alt boyutu puan ortalaması 8.47 ± 1.80 , öfke duyguları alt boyutu puan ortalaması 7.41 ± 2.03 , uyuma uygun duygu ve davranışlar alt boyutu puan ortalaması 6.23 ± 2.21 , diyet pazarlığı alt boyutu puan ortalaması 9.67 ± 2.41 ve inkâr duyguları alt boyutu puan ortalaması

8.07±2.17'dir. Çok boyutlu diyabet anketi alt boyutları puan ortalamalarını incelendiğinde ise, engel algısı alt boyutu puan ortalaması 1.84±1.02, ciddiye algısı alt boyutu puan ortalaması 4.33±0.89, destek algısı alt boyutu puan ortalaması 2.98±0.35, yanlış yönlendirmeye dayalı destek davranışları algısı alt boyutu puan ortalaması 0.78±0.95, özyeterlilik algısı alt boyutu puan ortalaması 6.41±1.48 ve sonuç beklenti algısı alt boyutu puan ortalaması 8.38±0.96 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.1).

4.3 Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

“Tip 2 DM tedavisinde hasta uyum ölçeği” puanları ile “hastalığı kabul ölçeği” puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0.001$, $r=-0.321$). Buna göre bireylerin tedavi uyum puanları arttıkça hastalığı kabul toplam puanları azalmaktadır. Tedavi uyum puanları ile “çok boyutlu diyabet anketi” alt boyut puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; tedavi uyum ölçeği puanı ile engel algısı ($p=0.001$, $r=0.253$), destek algısı ($p=0.001$, $r=0.516$) ve yanlış yönlendirmeye dayalı destek davranışları algısı ($p=0.001$, $r=0.276$) puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ciddiyet algısı ($p=0.001$, $r=-0.373$), Öz yeterlilik algısı ($p=0.014$, $r=-0.175$), Sonuç beklentisi algısı ($p=0.015$, $r=-0.174$) puanları ile hasta uyum ölçeği arasında ise negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 4.3.1)

“Çok Boyutlu Diyabet Anketi” alt boyutlarından engel algısı alt boyut puanı ile hasta uyum ölçeği alt boyutları tutum ve duygusal etmenler ($p=0.001$, $r=0.380$), öfke duyguları ($p=0.024$, $r=0.024$) ve inkâr duygusu ($p=0.013$, $r=0.177$) alt boyutları puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Ciddiyet alt boyut puanı ile tutum ve duygusal etmenler ($p=0.021$, $r=-0.165$), bilgi ve kişisel faktörler ($p=0.001$, $r=-0.267$), öfke duyguları ($p=0.001$, $r=-0.228$), diyet pazarlığı ($p=0.001$, $r=-0.275$) ve inkâr duygusu ($p=0.001$, $r=-0.275$) puanları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Destek algısı alt boyut puanı ile tutum ve duygusal etmenler ($p=0.001$, $r=0.409$), bilgi ve kişisel faktörler ($p=0.001$, $r=0.460$), yaşam tarzı değişikliği ($p=0.001$, $r=0.396$), öfke duyguları ($p=0.001$, $r=0.359$) ve uyuma uygun duygu-davranışlar ($p=0.001$, $r=0.351$) puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Yanlış yönlendirmeye dayalı destek davranışları algısı alt boyutu ile uyum ölçeği alt

boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, öfke duyguları ($p=0.001$, $r=0.260$), uyuma uygun duygu ve davranışlar ($p=0.044$, $r=0.144$), diyet pazarlığı ($p=0.007$, $r=0.193$) ve inkâr duygusu ($p=0.001$, $r=0.304$) alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı olduğu görülmektedir. Öz yeterlilik algısı alt boyutu puanı ile tutum ve duygusal etmenler ($p=0.019$, $r=-0.167$), bilgi ve kişisel faktörler ($p=0.001$, $r=-0.402$), yaşam tarzı değişikliği ($p=0.001$, $r=-0.372$), uyuma uygun duygu-davranışlar ($p=0.018$, $r=-0.169$) alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunurken diyet pazarlığı ($p=0.017$, $r=0.170$) ve inkâr duygusu ($p=0.001$, $r=0.269$) alt boyutları ile arasında pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Sonuç beklentisi algısı alt boyut puanı ile bilgi ve kişisel faktörler ($p=0.001$, $r=-0.330$), yaşam tarzı değişikliği ($p=0.034$, $r=-0.151$) ve uyuma uygun duygu-davranışlar ($p=0.004$, $r=-0.205$) alt boyut puanları arasında negatif yönlü, inkâr duygusu alt boyut puanıyla ($p=0.016$, $r=0.172$) ise pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.1. “Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği” ve Alt Boyut Puanları ile “Hastalığı Kabul Ölçeği”, “Çok Boyutlu Diyabet Anketi” Alt Boyutu Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

			Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği								
Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği Toplam Puanı			Tutum ve Duygusal Etmenler	Bilgi ve Kişisel Faktörler	Yaşam Tarzı Değişikliği	Öfke Duyguları	Uyuma Uygun Duygu ve Davranışlar	Diyet Pazarlığı	İnkâr Duygusu		
Çok Boyutlu Diyabet Anketi Alt Boyutları	Hastalığı Kabul Ölçeği	r	-.321**	-.349**	-.260**	-.225**	-0.119	-.156*	-0.031	-0.088	
		p	0.001	0.000	0.000	0.002	0.097	0.029	0.670	0.218	
	Engel Algısı	r	.253**	.380**	0.041	0.089	.161*	0.126	-0.009	.177*	
		p	0.000	0.000	0.568	0.214	0.024	0.078	0.902	0.013	
	Ciddiyet Algısı	r	-.373**	-.165*	-.267**	0.042	-.228**	-.292**	-.275**	-.275**	
		p	0.000	0.021	0.000	0.555	0.001	0.000	0.000	0.000	
	Destek Algısı	r	.516**	.409**	.460**	.396**	.359**	.351**	0.037	0.022	
		p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.606	0.756	
	Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Destek Davranışları Algısı	r	.276**	0.136	0.054	0.051	.260**	.144*	.193**	.304**	
		p	0.000	0.057	0.452	0.479	0.000	0.044	0.007	0.000	
	Öz yeterlik Algısı	r	-.175*	-.167*	-.402**	-.372**	0.018	-.169*	.170*	.269**	
		p	0.014	0.019	0.000	0.000	0.799	0.018	0.017	0.000	
	Sonuç Beklentisi Algısı	r	-.174*	-0.104	-.330**	-.151*	-0.059	-.205**	0.03	.172*	
		p	0.015	0.147	0.000	0.034	0.408	0.004	0.673	0.016	
(r:Pearson		Korelasyon	Katsayısı	*:p<0.05						**:p<0.01)	

4.4 Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine göre Tedavi Uyum Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine göre “Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği” Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)

	Tip 2 Hasta Uyum Ölçeği		
	Ort±SS	Test İstatistiği	p
Yaş			
29-64 Yaş	73.69±10.38	t=-2.142	0.033*
65-84 Yaş	76.58±8.46		
Cinsiyet			
Kadın	74.43±9.35	t=-1.053	0.294
Erkek	75.86±9.68		
Medeni Durum			
Bekâr/Boşanmış	70.91±8.86	t=-2.257	0.025*
Evli	75.72±9.49		
Yaşanılan Yer			
Köy	74.19±10.19	t=-3.028	0.003*
İlçe	78.00±6.64		
Eğitim Düzeyi			
İlkokul	76.50±9.84	F=6.077	0.003* Fark: 1>3
Ortaokul	75.06±7.45		
Lise ve Üzeri	70.26±8.60		
Çalışma Durumu			
Evet	74.95±5.78	t=-0.113	0.910
Hayır	75.21±9.85		
Gelir Düzeyi Algısı			
Gelir Giderden Az	75.11±12.17	F=0.800	0.451
Gelir Gidere Eşit	75.51±8.83		
Gelir Giderden Fazla	72.58±12.12		
Birlikte Yaşadığı Kişiler			
Eşi ile Birlikte	75.20±9.45	t=0.031	0.975
Ailesi ile Birlikte	75.15±9.76		
Sigara Kullanımı			
Evet	72.94±9.35	F=4.690	0.008* Fark: 3>1.2
Hayır	74.66±9.19		
Bırakmış	79.81±9.93		
Alkol Kullanımı			
Evet/Bırakmış	77.60±8.88	t=1.198	0.232
Hayır	74.91±9.58		
BKİ			
<24.99	72.48±9.36		0.001*
25-29.99	74.54±7.92		

>30	81.41±11.07	F=11.778	Fark: 3>1.2
(t:Bağımsız Örneklem t Testi, F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fark:Tukey Testi *:p<0.05) (Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, BKİ:Beden kitle indeksi)			

Tip 2 DM tedavisinde hasta uyum puanları yaş, medeni durum, yaşanılan yer, eğitim düzeyi, sigara kullanımı ve BKİ değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ($p<0.05$). Buna göre uyum puanı; 65-84 yaş grubunda, 29-64 yaş grubuna göre, evlilerde bekar/boşanmış/dul olanlara göre, ilçede yaşayanlarda köyde yaşayanlara göre, eğitim düzeyi ilkokul olanların lise ve üzeri olanlara göre ve BKİ>30 olanların BKİ<24.99 ve 25-24.99 olanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.2. Katılımcıların Diyabetle İlgili Özelliklerine göre “Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği” Puanlarının Karşılaştırılması (n=196)

	“Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği” Ort±SS	Test İstatistiği	p
Diyabet Tanı Süresi			
1-10 Yıl	75.57±10.62	t=1.132	0.259
11-28 Yıl	74.21±5.95		
Ailede Diyabet Hastalığı Olan Birey/Bireyler			
Evet	75.18±7.98	t=0.001	0.999
Hayır	75.18±10.23		
Tanılanmış Kronik Hastalık Varlığı (DM dışında)			
Evet	75.47±9.31	t=0.587	0.558
Hayır	74.62±10.00		
Diyabetle İlgili Eğitim Alma			
Evet	74.49±11.15	t=-0.651	0.516
Hayır	75.47±8.80		
Diyabete Bağlı Komplikasyon Varlığı			
Evet	81.00±10.57	t=3.106	0.002*
Hayır	74.45±9.16		
Diyabet Tedavisi Nedeniyle Düzenli Sağlık Kuruluşlarına Gitme			
Evet	73.30±8.76	t=-4.741	0.001*
Hayır	80.15±9.74		

**Diyabet Bakımı Konusunda Sosyal
Çevrenizdeki Kişilerden Yardım İsteme**

Evet	73.23±8.41	t=-2.231	0.027*
Hayır	76.34±9.99		

Diyabet Bakımında En Çok Yardımcı

Olan Kişi/Kişiler

Eş	74.87±8.81		
Diğer Aile Üyeleri (Cocuk, Anne-Baba, Akraba)	75.46±10.27	F=0.842	0.473
Sağlık Profesyonelleri	70.80±8.64		
Yardım Eden Kimse Yok	75.82±9.48		

(t:Bağımsız Örneklem t Testi, F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fark:Tukey Testi
*:p<0,05) (Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, DM: Diabetes Mellitus)

Tablo 4.4.2'ye göre uyum puanları; diyabete bağlı komplikasyonu olanlarda (81.00±10.57) olmayanlara (74.45±9.16) göre, diyabet tedavisi nedeniyle düzenli olarak sağlık kuruluşuna gitmeyenlerde (80.15±9.74) gidenlere (73.30±8.76) göre ve diyabet bakımı konusunda sosyal çevresindeki kişilerden yardım istemeyenlerde (76.34±9.99) isteyenlere (73.23±8.41) göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0.05).

4.5 Hastalığı Kabul ve Türkçe Çok Boyutlu Diyabet Anketi puanlarının Tedavi Uyumlarına Etkisine Yönelik Bulgular

Tablo 4.5.1. Diyabetle ilgili Özelliklere göre “Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği” Puan Farklarının İncelenmesi

	β	St. Hata	St. β	t	p	VIF
Hastalığı Kabul Ölçeği	-0.355	0.150	-0.179	-2.367	0.019*	2.121
Engel Algısı	0.327	0.763	0.035	0.429	0.669	2.498
Ciddiyet Algısı	-2.578	0.616	-0.242	-4.184	0.001*	1.237
Destek Algısı	13.839	1.515	0.507	9.137	0.001*	1.144
Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Destek Davranışları Algısı	2.508	0.626	0.251	4.009	0.001*	1.456
Öz Yeterlik Algısı	0.357	0.436	0.055	0.817	0.415	1.701
Sonuç Beklentisi Algısı	-0.877	0.655	-0.088	-1.339	0.182	1.617
Bağımlı Değişken: Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum						
F=26.168 p=0.001*						
Model İstatistikleri	R ² =0.494		Düz. R ² =0.475		DW=1.973	
<i>β: Regresyon Katsayısı DW: Durbin Watson *: p<0.05</i>						

Hastalığı Kabul Ölçeği ve Çok Boyutlu Diyabet Anketi alt boyut puanlarının Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği puanlarına etkisinin incelenmesi amacıyla kurulan çoklu doğrusal regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bir modeldir (F=26.168, p<0.001). Kurulan modelde çoklu bağlantı ve otokorelasyon sorunu bulunmamaktadır (VIF<5, DW>1.7). Kurulan model ile Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği puanlarındaki değişimin %48’ini açıklanmaktadır (Düzeltilmiş R²=0.475). Modele alınan bağımsız değişkenlerden Hastalığı Kabul Ölçeği, Ciddiyet Algısı, Destek Algısı, Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Destek Davranışları Algısı puanlarının tedavi uyum puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmakta (p<0.05) iken Engel Algısı, Öz Yeterlik Algısı ve Sonuç Beklentisi Algısı puanlarının tedavi uyum puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmamaktadır (p>0.05). Buna göre Hastalığı Kabul Ölçeği puanları bir birim arttığında tedavi uyum puanı 0.355 azalmaktadır (β=-0.355). Ciddiyet Algısı puanları 1 birim arttığında tedavi uyum puanı 2.578 azalmaktadır (β=-2.578). Destek Algısı puanları bir birim arttığında tedavi uyum puanı 13.839 artmaktadır (β=13.839). Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Destek Davranışları Algısı bir birim arttığında tedavi uyum puanı 2.508 artmaktadır (β=2.508) (Tablo 4.5.1)

5. TARTIŞMA

Kırsal bölgede yaşayan Tip 2 diyabetli bireylerin tedaviye uyumu ve uyumu etkileyen faktörleri tespit etmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın sonuçları tartışılmıştır.

5.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların yaş ortalamasının 63.15 ± 10.30 yıl olduğu ve %51.5'ini 65-84 yaş grubu oluşturduğu görülmektedir. TURDEP II verilerine göre, 60'lı yaşlardan sonra her üç kişiden birinin diyabetli olduğu görülmüş olup (41) elde edilen bulguları destekler niteliktedir. Katılımcıların %52.6'sını erkekler oluşturmaktadır. TURDEP II verilerine göre diyabet prevalansı erkeklerde kadınlara oranla daha fazla olduğunu göstermekte fakat anlamlı bir fark olmadığı ifade edilmiştir (41). Araştırmaya katılan bireylerin çoğunlukla evli (%88.8), köyde yaşadığı (%74.6), eğitim durumunun ilkokul (%66.3) ve emekli (%49) olduğu görülmektedir. Sağlık güvencesi olan kişiler katılımcıların %95.9'unu, eşi ile birlikte yaşayanlar %66.8'ini oluşturmaktadır. BKİ ile ilgili veriler incelendiğinde, BKİ ortalamasının 27.03 ± 4.48 olduğu görülmektedir. BKİ, obezite tanımı için belirleyici rol oynamaktadır (136). Obezite ise tip 2 diyabete genellikle eşlik eden bir metabolizma bozukluk olmakla birlikte, kişide diyabet gelişeceğini gösteren önemli bir faktördür. Obez bireylerde tip 2 diyabet olmasa bile diyabetli bireylerin büyük çoğunluğunun obez olduğu bilinmektedir (137). Bununla birlikte obezlerde diyabet prevalansının obez olmayanlara göre en az iki kat daha fazla olduğu görülmektedir (138).

Diyabetle ilgili özelliklerin dağılımı incelendiğinde, diyabet tanı süresi ortalaması 10.34 ± 5.70 yıl olarak belirlenmiştir. Morowatisharifabad ve arkadaşları tarafından İran'da 120 kişi ile yapılan çalışmada diyabet hastalarının diyabet tanı süresinin yaklaşık 10 yıl olduğu bulunmuştur (96). Ünlüsoy tarafından Tip 2 diyabetli bireyle yapılan çalışma sonucunda, katılımcıların ortalama tanı süresi 7.36 ± 5.75 yıl olarak belirlenmiştir (97). Diyabet, sinsi ilerleyen ve uzun süre semptom vermeden varlığını sürdüren bir hastalıktır (6, 16). Bu sebeple çalışmalarda diyabet tanı süresinin ortalama 10 yıl ile sınırlı olduğu düşünülmektedir.

Oral anti diyabetikler, Tip 2 diyabet başlangıç tedavisi olarak tercih edilmekte olup tolere edildikçe devam edilmektedir (119). Ünlüsoy'un 260 hasta ile yapmış olduğu araştırmaya göre diyabetli bireylerin %37.7'si OAD , %36.5'i OAD ve insülin, %23.8'i ise sadece insülin ile tedavi edildiği sonucuna varılmıştır (97). Bu çalışmada tedavi türü en fazla OAD tedavisi (%76) olduğu belirlenmiştir. Ünlüsoy tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarına göre de tedavi türünden en fazla OAD tedavi (%37.7) türüne rastlanmıştır (97). Buna göre mevcut çalışmaya katılanların çoğu OAD'yi tolere edebildiği ve tedavi değişikliğine gidilmediği söylenebilir.

Ailede diyabet öyküsü varlığı sorgulandığında hastaların %33.2'si ailede diyabet öyküsü, %66.8'i DM dışında tanılanmış kronik hastalığı olduğunu ifade etmiştir.

Çalışmaya katılan kişilerin %11.2'si diyabet komplikasyonu yaşadığını ifade etmiştir. Şermet tarafından yapılan çalışmada diyabet hastalarının %28.9'unda komplikasyon olduğu görülmektedir (99). Skarbek'in yapmış olduğu çalışmada ise, 88 diyabetli bireyden %27.5'i en az bir tane komplikasyon olduğunu ifade etmiştir (98). Mevcut çalışmamızda en fazla görülen diyabet komplikasyonu retinopatidir (%54.5). İlerleyen yaş ile birlikte Tip 2 diyabet yönetimi iyi olmazsa retinopati görülme olasılığı artmaktadır (139). Bu sebeple çalışmada en fazla görülen komplikasyonun retinopati olması katılımcıların ileri yaşta olması ile açıklanabilir.

Diyabet bakımı konusunda %37.2'si sosyal çevreden yardım istemektedir. %27.6'sının diyabet bakımında en çok eşi yardımcı olmakta iken %33.2'sinin diğer aile üyeleri (çocuk, anne-baba, akraba) ve %34.2'sinin ise yardım eden kimsenin olmadığı görülmüştür. Diyabetli bireyler; diyabetin getirmiş olduğu fiziksel, ruhsal, sosyal birçok sorun ve çatışmayla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum kişinin depresyon, stres ve sosyal destek üzerinde olumsuz sonuçlara neden olmakta, diyabet şiddetini artırabilmektedir. Baş etme kaynağı olarak sosyal desteği rolü büyüktür. Bireylerin ailelerinin ve kendileri için önem arz eden kişilerin yanında olduklarını hissetmesi kişiye cesaret vererek, hastalığı ile mücadele etmelerine yardımcı olmaktadır (121, 140,141).

5.2 Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine göre Diyabet Tedavisi Uyumlarının Tartışılması

Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği yönergesine (115) göre; ölçekten alınacak toplam puanların yorumlanmasında, %0-20'lik puan diliminde olanların (30-54 puan) “tedaviye uyum iyi”, %20-80'lik puan diliminde olanların (55-125 puan) “tedaviye uyum orta” ve %80-100'lik puan diliminde olanların (126-150 puan) “tedaviye uyum kötü” olarak yorumlanmaktadır. Çalışma sonucunda, katılımcıların tedaviye uyumlarının orta düzeyde (75.18 ± 9.53) olduğu görülmüştür.

Tip 2 diyabet tedavisi uyumu konusunda yapılan çalışma sonuçlarına göre; diyabetli bireylerde tedavi uyum oranının %38.5 ile %93.1 arasında değiştiği görülmüştür (25, 102-104). Arslan'ın çalışması sonucunda, bireylerin %57.3'ünün tedavi uyumlarının iyi olduğu (103), Baykal ve Kapucu'nun çalışmasında da katılımcıların yarısından fazlasının tedavi uyumlarının iyi olduğu (105) görülmüştür. Özkaptan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma sonucunda bu çalışmada olduğu gibi uyumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (104).

Mevcut çalışma ile Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği puanları yaş, medeni durum, yaşanan yer, eğitim düzeyi, sigara kullanımı, BKİ değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır ($p < 0.05$). Buna göre tedavi uyum puanları 65-84 yaş grubunda, evlilerde, ilçede yaşayanlarda, ilkokul mezunlarında, diyabet komplikasyonu olanlarda yüksek bulunmuştur. Cingil ve arkadaşlarının çalışmasında genç hastaların düşük düzeyde tedaviye uyum gösterdiği görülmüş ve bunun nedeninin hastalığı kabul etmeme olduğu belirtilmiştir (120). Evlilerde tedavi uyum puanlarının yüksek bulunması sosyal desteğin önemini ortaya koymaktadır. İlçe merkezinde yaşayanların köyde yaşayanlara göre tedaviye uyumunun daha yüksek olması sağlık kuruluşuna ulaşım ve ilaç temin konusunda daha iyi şartlara sahip olmasından kaynaklanabilir.

Eğitim düzeyi ilkokul olan kişilerin diyabet tedavi uyum puanları diğer eğitim düzeylerine oranla daha fazla bulunmuştur (76.50 ± 9.84). Bu çalışma sonuçlarının aksine literatürde (106, 122, 123) eğitim düzeyi arttıkça tedaviye uyumun arttığı bildirilmiştir. TÜİK verilerine göre; tüm eğitim düzeylerinde

kentsel alanda bulunan yetişkin nüfus oranının kırsal alana göre oldukça yüksek olduğu görülmektedir (129). Bu farklılık çalışmanın kırsal bölgede yürütülmüş olmasından kaynaklanabilir.

5.3 Ölçekler ve Alt Boyutları arasındaki İlişkinin Tartışılması

Diyabetin fiziksel, ruhsal ve psikososyal açıdan etkileri bireyin diyabeti hangi ölçüde kabullendiği ile anlamlandırılabilir (124). Uyum Ölçeği ile Hastalığı Kabul Ölçeği alt boyutlarını karşılaştırılmalı incelediğimizde; hastalık kabul arttıkça tedaviye uyumun azaldığını görülmektedir. Bal Özkaptan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da hastalık kabul düzeyinin düşük olmasına karşın tedaviye uyum orta düzeydedir (104). Tedaviye uyum ölçeği ile Türkçe Çok Boyutlu Diyabet anketi alt boyutları karşılaştırıldığında; diyabetin günlük aktiviteleri (iş, sosyal ve eğlence aktiviteleri) sınırlandırdığı algılandığında, sosyal desteğin iyi olduğu algılandığında ve diyabetli bireye hastalık yönetiminde destek olan kişilerin davranışları rahatsız edici olarak algılandığında diyabetli bireyin tedaviye uyumu arttığı görülmektedir.

Diyabetli bireyin diyabet ciddiyetini algılama derecesi, hastalığa yönelik özbakım konusunda kendine olan güveni, öz bakım aktivitelerini gerçekleştirme ve tedavinin etkisini algılama düzeyi arttıkça tedaviye uyumun azaldığı görülmüştür.

Türkçe Çok Boyutlu Diyabet Anketi ile tedavi uyum ölçeği alt boyutları incelendiğinde; katılımcıların diyabet nedeniyle günlük aktivitelerinin sınırlandığını algılaması tutum ve duygusal etmenleri, öfke ve inkâr duygularını artırmaktadır. Diyabet ciddiyetini algılama düzeyi arttıkça, tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, öfke duyguları, diyet pazarlığı ve inkâr duyguları azalmaktadır. Bireyin sosyal destek algısı olumlu yönde olduğunda, tutum ve duygusal etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, öfke duyguları, uyuma uygun duygu ve davranışlarında artma gözlenmektedir. Diyabetli bireyin hastalık yönetiminde kişiyi destelemek amacıyla yapılan ancak kişiyi rahatsız eden davranış biçiminin düzeyi arttıkça öfke duyguları, uyuma uygun duygu ve davranışlar, diyet pazarlığı ve inkâr duyguları da artmaktadır. Öz yeterlilik algı düzeyi arttıkça tutum ve duygu etmenler, bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, uyuma uygun duygu ve davranışlarda azalma olurken

diyet pazarlığı ve inkâr duygularında artış olmaktadır. Sonuç beklentisi algısı arttıkça bilgi ve kişisel faktörler, yaşam tarzı değişikliği, uyuma uygun duygu ve davranışlarda azalma olmakta; inkâr duygusunda artma görülmektedir.

5.4 Hastalığı Kabul ve Türkçe Çok Boyutlu Diyabet Anketi Alt Boyutlarının Tedaviye Uyuma Etkisinin Tartışılması

Çoklu doğrusal regresyon modele alınan bağımsız değişkenlerden Hastalığı Kabul Ölçeği, Ciddiyet Algısı, Sosyal Destek Algısı, Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Destek Davranışları Algısı puanlarının hasta uyum ölçeği puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre Hastalığı Kabul Ölçeği puanları 1 birim arttığında Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği puanları 0.355 azalmaktadır ($\beta=-0.355$). Diyabetli bireyler hastalığı kontrol altına almak ve yönetmek için yaşam tarzı değişikliklerini de içeren karmaşık bir süreçten geçmektedir. Karmaşık olan bu süreç uyum problemlerini de beraberinde getirmektedir (116). Bu durum katılımcıların hastalığı kabul ettikleri (31.38 ± 4.80) ancak tedavi uyumlarının karmaşık süreçten kaynaklı orta düzeyde (75.18 ± 9.53) olduğunu düşündürmektedir. Ciddiyet algısı, bireyin sağlık bilgisinden etkilenmekte olup, kişinin hastalığı hakkında bilgi sahibi olup olmamasından etkilenmektedir (127). Ciddiyet Algısı puanları 1 birim arttığında Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği puanları 2.578 azalmaktadır ($\beta=-2.578$). Buna göre katılımcıların hastalığını ciddiye aldıkları ancak eksik sağlık bilgisinden kaynaklı olarak tedavi uyumlarının zayıf olduğu söylenebilir. Sosyal Destek Algısı puanları 1 birim arttığında Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği puanları 13.839 artmaktadır ($\beta=13.839$). Bu durum aile ve sosyal çevrenin bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmasında etkili rol oynadığını, tedaviye ve hastalığa uyumu etkilediğini (56.126) göstermektedir. Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Destek Davranışları Algısı 1 birim arttığında Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği puanları 2.508 artmaktadır ($\beta=2.08$). Tedaviye uyum ile yanlış yönlendirmeye dayalı davranışlar alt boyut ilişki açısından literatürde herhangi bir bulguya rastlanmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kırsal bölgede yaşayan Tip 2 diyabetli bireylerin tedaviye uyumu ve uyumu etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla Bolu İlinin Göynük İlçesinde 196 kişi ile yapılan tanımlayıcı ve kesitsel araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Çalışmaya katılanların %52.6'sının erkek, %88.8'inin evli, %74'ünün köyde yaşadığı, %74'ünün OAD kullandığı belirlenmiştir. Diyabet tanı süresi ise ortalaması 10.34 yıldır.
- Katılımcıların %29.1'i diyabet ile ilgili eğitim aldığını, %11.2'si diyabete bağlı komplikasyon olduğunu ifade etmiştir. En sık görülen komplikasyonun retinopati olduğu (%54.5) tespit edilmiştir. %72.4'ü ise diyabet tedavisi nedeniyle düzenli aralıklarla hastaneye gittiğini ifade etmiştir.
- Diyabet bakımı konusunda sosyal çevresindeki kişilerden yardım isteyenler katılımcıların %37.2'sini oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan kişilerin %67'si diyabet bakımı konusunda yardım eden kimsenin olmadığını ifade ederken %10'u sağlık profesyonellerinin yardımcı olduğunu ifade etmiştir.
- Mevcut çalışma sonucunda çalışmaya katılan kişilerin Tip 2 DM tedavisinde hastalığa uyumları orta düzeyde (75.18 ± 9.53) bulunmuştur.
- Katılımcıların 65-84 yaş grubundaki kişilerin Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyumu 29-64 yaş grubundaki kişilere göre daha fazla olduğu görülmüştür.
- Evlilerin tedaviye uyumu bekâr ve boşanmış/dul olanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür.
- Çalışmaya katılanlardan ilçe merkezinde yaşayanların hastalığa uyumu köyde yaşanlara göre anlamlı derecede fazla olduğu bulunmuştur.
- Katılımcıların eğitim düzeyi ilkokul olan kişilerin Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyumu, eğitim durumu lise ve üzeri olan kişilerin puanlarından daha fazla bulunmuştur. Bu sonuca ulaşmamızdaki en büyük etken araştırmaya katılan kişilerin %51.5'inin yaş aralığının 65-84 yaş olmasıdır.

- Bu çalışma sonucunda kişilerin diyabet nedeni ile günlük aktivitelerin (iş, sosyal ve eğlence aktiviteleri) etkilendiğini veya sınırlandığını algılama düzeyi arttıkça tedaviye uyumu da arttığı, diyabetin ciddiyetini algılama düzeyi arttıkça tedaviye uyumu azaldığı, sosyal destek algısını sorgulama düzeyi arttıkça tedaviye uyumun arttığı, diyabet özbakım aktivitelerinin destekleyici olmayan davranışlarının düzeyi artıkça tedaviye uyumun arttığı, hastalığa yönelik özbakım aktivitelerini gerçekleştirmede bireyin kendine olan güveni arttıkça tedaviye uyumun azaldığı, özbakım davranışlarının ve tedavinin gerekliliğini algılama düzeyi arttıkça tedaviye uyumun azaldığı görülmüştür.
- Tutum ve Duygusal Etmenler puanı arttıkça Engel algısı (Diyabet nedeniyle günlük aktivitelerin, iş, sosyal ve eğlence aktivitelerinin etkilendiği/sınırlandığı algısı) ve sosyal destek algısı oluştuğu, diyabet ciddiyet algısı ve diyabete özgü özbakım aktivitelerini yerine getirmede kendine olan güveni azaldığı görülmüştür.
- Bilgi ve Kişisel Faktörler puanı arttıkça Hastalığı kabul, Ciddiyet algısı, hastalığa yönelik özbakım aktivitelerini gerçekleştirmede bireyin kendine olan güveni, metabolik kontrolün sağlanması ve komplikasyonlarının önlenmesi için özbakım davranışlarının ve tedavisinin algılanması artmakta, sosyal destek algısı azalmaktadır.
- Yaşam tarzı değişikliği puanları arttıkça metabolik kontrolün sağlanması, komplikasyonlarının önlenmesi için özbakım davranışlarının ve bireyin hastalığı kabullendiği de görülmektedir; hastalığa yönelik özbakım aktivitelerini gerçekleştirmede bireyin kendine olan güveni de artmakta, destek algısı ise azalmaktadır.
- Öfke duyguları puanları arttıkça engel algısı ve diyabet özbakım aktivitelerini destekleyici olmayan davranışların düzeylerinin azaldığı, ciddiyet algısının arttığı, destek algısının arttığı görülmektedir.
- Hastalığa uyuma uygun duygu ve davranışlar puanları arttıkça hastalığı kabul azalmakta, ciddiyet algısı, özyeterlik algısı, sonuç beklentisi algısı artmakta; destek algısı azalmakta; yanlış yönlendirmeye dayalı destek davranışları algısı azalmaktadır.

- Diyet pazarlığı puanları arttıkça ciddiye algısı artmakta; yanlış yönlendirmeye dayalı destek davranışları algısı, özyeterlik algısı azaldığı belirlenmiştir.
- İnkâr duygusu puanları arttıkça engel algısı, özyeterlik algısı, sonuç beklentisi algısı azaldığını; ciddiye algısının arttığını; yanlış yönlendirmeye dayalı destek davranışları algısının azaldığı görülmektedir.

Araştırma sonucuna göre;

- Yaş, BKİ, aile öyküsünde diyabet varlığı gibi faktörler göz önünde bulundurularak Tip 2 diyabet açısından risk taşıyan bireylerin taramalarına önem verilmesi ve yapılması,
- Tip 2 diyabetli bireylerin kan glikoz düzeyi, komplikasyon varlığı gibi tedavi uyumu hakkında bilgi verecek bulgu ve belirtilerin sağlık profesyonelleri tarafından düzenli olarak kontrolleri yapılarak kişiler bu yönde teşvik edilmesi,
- Tedavi uyumu yeterli olmayan bireylere uyumun arttırılmasına yönelik hemşirelik girişimleri planlanması,
- Diyabetli bireylere ve bu bireylere bakım konusunda destek olan kişilerin yaş, eğitim durumlarına uygun sade, açık, anlaşılır ve çoklu eğitim materyalleri kullanılarak bireyselleştirilmiş diyabet eğitimi ve danışmanlığı (beslenme, egzersiz, karşılaşılabilecek komplikasyonlar vb.) verilmesi,
- Verilen tedavinin ve/veya eğitimlerin verimliliğinin takibi açısından sağlık kuruluşlarına ulaşamayan bireylere düzenli aralıklarla ev ziyaretleri gerçekleştirilip, diyabet bakımı ve tedavi uyumu konusunda kişi kendi yaşam alanında gözlenmesi ve değerlendirilmesi,
- Bu çalışma sadece bir bölgede gerçekleştirildiğinden tüm kırsal bölgelere genellenmesi açısından bu yönde çalışmaların artırılması ve devam etmesi,
- Sosyal destek yada diyabet bakımı konusunda yetersiz kalan bireylere özel diyabet bakım evleri açılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

(Bu tez çalışmasında Vancouver atıf sistemi kullanılmıştır.)

1. Satman İ. İmamoğlu Ş. Yılmaz C. ve TEMD Diabetes Mellitus Çalışma Grubu. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu. Miki Matbacılık: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, Mayıs 2014; 15-25.
2. WHO (World Health Organization), 2016. The Top Ten Causes of Death. Web sitesi. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> - Erişim tarihi: 08.06.2021)
3. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas. 10th Edition, 2022.
4. Satman İ. TURDEP-II Çalışması ilk sonuçlar, 32. TEMH Kongresi, 13-17 Ekim 2010, Antalya kongre kitabı, 2010: 12.
5. Nthangeni G. Steyn N.P. Alberts M. Steyn K. Levitt N.S. Laubscher R. Lesley B. Dick J. and Temple N. Dietary intake and barriers to dietary compliance in black type 2 diabetic patients attending primary health-care services. Public Health Nutrition. 2001; 5(2), 329-338.
6. Satman İ. Ömer B. Tütüncü Y. Kalaca S. Gedik S. Dinççag N. Karşıdağ K. Genç S. Telci A. Canbaz B. Türker F. Yılmaz T. Çakır B. Tuomilehto J. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol. 2013;28(2): 169-180.
7. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye, 2016. (Web sitesi. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf> Erişim tarihi: 30.05.2021)
8. Balkhi B. Alwhaibi M. Alqahtani N. Alhawassi T. Alshammari T.M. Mahmoud M. Almetwazi M. Ata S. Kamal K.M. Oral antidiabetic medication adherence and glycaemic control among patients with type 2 diabetes mellitus: a crosssectional retrospective study in a tertiary hospital in Saudi Arabia. BMJ. 2019; 9(7):292.
9. Khan R.M.M. Chua, Z.J.Y. Tan, J.C. Yang Y. Liao, Z. Zhao Y. From prediabetes to diabetes: diagnosis, treatments and translational research. Medicina, 2019; 55(9):546.
10. Phillips, L.S. Ratner, R.E. Buse, J.B. Kahn, S.E. We can change the natural history of type 2 diabetes. Diabetes Care, 2014; 37:2668-2676.
11. Cortez, D.N. Reis, I.A. Souza, D.A.S., Macedo, M.M.L., Torres, H.C. Complications and the time of diagnosis of diabetes mellitus in primary care. Acta Paul Enferm, 2014; 28(3):250-5.
12. Çalık, A. Kapucu, S. Diyabetli hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2017; 4(2), 62-75.
13. Ünal B, Ergör G, Horasan G, Kalaça S, Sözman K. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 2013; 224-9.
14. Yetkin İ, editor. Yaşlılıkta Endokrinolojik Hastalıkların Tedavi Kılavuzu Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara: Tuna Matbaacılık; 2009:8-11.
15. Guénette, L., Moisan, J., Breton, M.-C., Sirois, C., Grégoire, J.-P. Difficulty adhering to antidiabetic treatment: Factors associated with persistence and compliance. Diabetes and Metabolism. 2013; 39 (3): 250-257.
16. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas. 8th Edition, 2017.
17. Türkiye Diyabet Kontrol Programı Gözden Geçirme Toplantısı, 09 Mart 2010, Ankara.

18. TC. Sağlık Bakanlığı, Refiha Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi; Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Raporu; Aralık 2004.
19. De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., Van Middendorp, H. Psychological Adjustment to Chronic Disease. *The Lancet*, 2008; 372(9634):246-55.
20. Chan, R. The Effect of Acceptance on Health Outcomes in Patients With Chronic Kidney Disease. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2013; 28(1):11-4.
21. Van Damme-Ostapowicz, K., Krajewska-Kulak, E., Nwosu, P.J., Kulak, W., Sobolewski, M., Olszański, R. Acceptance of İllness and Satisfaction With Life Among Malaria Patients in Rivers State, Nigeria. *BMC Health Services Research*, 2014; 14(1):202.
22. Türk Diyabet Vakfı, Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2017; 13-21.
23. Durna Z, Akın S. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2012: 291-329.
24. Cramer J. A. A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes Care*. 2004; 27 (5): 1218-1224.
25. Krass I. Schieback, P. Dhippayom, T. Adherence to diabetes medication: A systematic review. *Diabetic Medicine*. 2015; 32 (6): 725-737.
26. Taşkaya S. Diyabetli Hastaların Tedaviye Uyum Düzeyleri ile Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara, 2014.
27. Jin, J. Sklar G.E. Oh V.M.S. and Li, S.C. Factors Affecting Therapeutic Compliance: A Review From The Patient's Perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 2008; 4(1), 269-286.
28. Teklay, G. Hussien J. and Tesfaye D. Nonadherence and Associated factors Among Type 2 Diabetic Patients at Jimma University Specialized Hospital, Southwest, Ethiopia. *J. Medi. Sci*, 2012, 1-7.
29. Levesque A. Li H.Z. and Pahal J.S. Factors Related to Patients' Adherence to Medication and Lifestyle Change Recommendations: Data from Canada. *International Journal of Psychological Studies*, 2012; 4(2), 42-55.
30. Ahmad N.S. Ramli A. Islahudin F. Ve Paraidathathu T. Medication Adherence in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus Treated At Primaryhealth Clinics İn Malaysia. *Patient Preference and Adherence*, 2013; 7, 525-530.
31. Attyia A.A. El Bahnasy R.E. Abu Salem M.A. Al-Batanony M.A. and Ahamed, A.R., Compliance Of Diabetic Patients With The Prescribed Clinical Regimen. *Menoufia Medical Journal*, 2013; 26,54-57.
32. Galveia A. Cruz S. Deep C. Impact Of Social Demographic Variables On Adherence To Diabetes Treatment And İn The Prevalence Of Stress, Anxiety And Depression. *Advanced Research in Scientific Areas*, 2012; 1, 2145-2152.
33. Farsaei S. Sabzghabae A.M. Zargarzadeh A.H. and Amini M. Adherence To Glyburide And Metformin And Associated Factors in Type 2 Diabetes in Isfahan, Iran. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*, 2011; 10 (4), 933-939.
34. DiMatteo M. R. Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*. 2004; 23 (2): 207.
35. Brides, V. Rapadas J.A.M. Sabella W.R. Sanchez A. TheShorette J.M. ve Tan L. Compliance of Treatment Management Among Diabetes Patients. *Nursing Research Journal*, 2012; 4, 143-167.

36. Rameswarapu R. Bodhare T.N. Bele S.D. and Valsangkar S. Social Class Differentiation And Its Impact Onquality Of Life Among Diabetic Patients, National Journal of Community Medicine, 2011; 2(3), 362-365.
37. Sweileh M.W. Aker O. and Hamooz S. Rate of Compliance among Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension. An-Najah Univ. J. Res, 2005; 19, 1-12.
38. TEMD Diyabet, Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu, Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara; 2020
39. WHO (World Health Organization), (2003) Adherence To Long-Term Therapies: Evidence For Action. Genova: WHO Press.
40. TC. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2022.
41. Satman İ. Yılmaz T. Şengül ., Salman S. Salman F. Uygur S. Bastar I. Tütüncü Y. Sargin M. Dinççağ N. Karşıdağ K, Kalaça S, Özcan C, King H and The TURDEP Group. Populationbased study of diabetes and risk characteristics in Turkey. Diabetes Care. 2002;25(9): 1551-6.
42. Satman İ. Diabetes Mellitus'un Epidemiyolojisi. Yenigün M. (ed) Her Yönüyle Diabetes Mellitus. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2011; 69-84.
43. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Diyabet Programı. Prof. Dr. Eyüp Gümüş (editör) , 2015-2020.
44. Abacı A., Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu, Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol, 2011;39 Suppl 4:1-5
45. American Diabetes Association (ADA). Clinical Practice Recommendations. Diabetes Care, 1999; Suppl. 1
46. American Diabetes Association (ADA). Standarts of medical care in diabetes. Diabetes Care, 2019; 42 (1): 13-135.
47. Rawshani A. Franzén S. Eliasson B. Svensson A. Miftaraj M. McGuire D. Sattar N. Rosengren A. Gudbjörnsdottir S. Mortality and Cardiovascular Disease in Type 1 and Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2017; 376(15):1407-1418.
48. Durna Z. İç Hastalıkları Hemşireliği, 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayın, 2013, 239-252.
49. American Diabetes Association (ADA). Standarts of medical care in diabetes. Diabetes Care, 2018; 42 (1): 13- 28.
50. Ovayolu N. Ovayolu Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar, Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2016; 335-346.
51. American Diabetes Association (ADA). Standarts of medical care in diabetes. Diabetes Care, 2013; 36 (1): 11- 66.
52. Akdemir N. Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara, Sistem Ofset, 2011:708-725.
53. Akın S. Diyabetli Hastalarda Uyumun ve Aile Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011 (Danışman: Prof. Dr. Zehra Durna)
54. Türkiye Diyabet Vakfı, TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019.
55. American Diabetes Association (ADA). Classification and diagnosis of diabetes. Diabetes

Care, 2017; 40 (1) : 11-24.

56. Şireci E. Yılmaz Karabulut E. “Tip 2 diabetes mellituslu hastaların hastalıklarını kabullenme ve kendi bakımlarındaki öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi”, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; 20(1), 48-55.
57. Demirtaş A. Akbayrak N. “Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların, hastalıklarına uyum ve kabullenme kriterlerinin belirlenmesi.”, Anatolian Journal Of Clinical Investigation, 2009; 3(1), 10-18.
58. Yalın H. Demir H. G. Olgun N. Diyabetli birey nasıl İzlenmelidir? The Journal of Turkish Family Physician. 2011; 2 (3): 6-18.
59. Emral R. Sarı R.. Güler S. Implication of findings from international studies on hypoglycemia for management of diabetes in insulin-treated patients in Turkey. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism. 2018; 22 (1): 32-40.
60. Tüzün, D. “Diyabetes mellitusun akut komplikasyonları”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2015; 10(2), 32-36.
61. Büyükkaragöz A. “Diyabet egzersiz ve beslenme”, Sağlık Afiyet Dergisi, 2015.
62. Andrade Castellanos C. A. Colunga Lozano L. E. Delgado Figueroa N. Gonzalez Padilla, D. A. “Subcutaneous rapid-acting insulin analogues for diabetic ketoacidosis”, The Cochrane Collaboration, 2016; 1, 1-73.
63. Kurt, M. Atmaca, A. Gürlek, A. “Diyabetik nefropati”, Hacettepe Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 35(1), 12-17.
64. Jawa A. Kcomt J. Fonseca V.A. Diabetic Nephropathy and Retinopathy. The Medical Clinics of North America, 2004; 88: 1001-1036
65. Atasoy A. Atay A. Ahbab S. Hanedar M. Yengün M. “Diyabetik nefropatiye genel bir bakış”, Haseki Tıp Bülteni, 2015; 53(1), 16-19.
66. Bilgiç T. Acar K. The Treatment Approaches in Diabetic Foot and The Role of Wagner Classification in The Guidance of Treatment. ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg., 2019; 5(1): 1267-1277
67. Dinççağ N. Diabetes Mellitus Tanı ve Tedavisinde Güncel Durum. İç Hastalıkları Dergisi 2011; 18(4): 181- 223.
68. Birol L. İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir, N., Birol, L. (Editörler), Ankara: Sistem Ofset, 2011.708-725
69. Longo R. Understanding oral antidiabetic agents. Am. J. Nursing. 2010; 110: 49-52.
70. Mycek JM, Harvey AR, Champe CP. Lippincott’s Illustrated Reviews Serisinden: Farmakoloji, Çeviri-Ed; Oktay Ş, Nobel Tıp Kitabevi, 2. Baskı, İstanbul, 1998; 255-262.
71. Canadian Diabetes Asociation (CDA) Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada, 2008.
72. Kayacan Ç. Kronik Hastalıklarda Hastalık Algısının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012. (Danışman: Prof. Dr. Gülay Görak)
73. Yılmaz T.M. Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, Ulusal Diyabet Kongresi Konsensüs Grubu. Eos Ajans ve Yayıncılık, İstanbul, 2011.
74. Hayes, C. Diabetes and exercise. Sports nutrition A practice manual for professionals. 5th edition. Eatright. Academy of nutrition and dietetics, 2012.

75. Kaptan, G. Dedeli, Ö. Endokrin Sistem Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. Kaptan, G. (Editor). Teoriden Uygulamaya Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 2011; 345-384.
76. Funnel, M.M. Brown, T.L. Childs, B.P., Haas, L.B., Hosey, G.M., Jensen, B., Maryniuk, M., Peyrot, M., Piette, J.D., Reader, D., Siminerio, L.M., Weinger, K., Weiss, M.A. National standards for diabetes self-management education. Diabetes Care, 2007; 30, 1630-1637
77. Sürücü HA. Diyabet özyönetim eğitimi grup temelli eğitim ve bireysel eğitim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi (DEUHYO ED). 2014;7(1):46-51.
78. Sivrikaya S. Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarına Verilen Planlı Eğitimin Hastaların Tutumlarına, İyilik Hallerine ve Metabolik Kontrol Değişkenlerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, 2006. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Seher Ergüney)
79. Ervatan SÖ, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. Depresif hastalarda tedaviye uyum: doğal izlem çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2003; 6:5-11.
80. World Health Organization (WHO), (www.who.int/health-topics/diabetes#tab#tab-1 Erişim Tarihi: 12.03.2023)
81. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A Systematic review of Randomized Controlled Trials. Diabetes Care, 2001, 24:561-87.
82. Wood B. Medication Adherence: The Real Problem When Treating Chronic Conditions. US Pharmist, 2012; 37(4), 3-6.
83. Jimmy B. and Jose J. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. Oman Medical Journal, 2011; 26(3), 155-159.
84. MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly. Drugs & aging. 2005; 22(3):231-55.
85. Kaymaz Türten, T, Akdemir, N. Psychosocial Adjustment Of Diabetic Patients To Their Disease. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi; 2016; 7(2):61-67.
86. İçyeroğlu G. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi: Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik; 2012.
87. Yavuz D.G, Bilen H, Sancak S, et al. Impact of telephonic interviews on persistence and daily adherence to insulin treatment in insulin-naïve type 2 diabetes patients: dropout study. Patient preference and adherence. Dove Medical Press, 2016, 10:851-861.
88. Lutfey KE, Wishner WJ. Beyond "compliance" is "adherence". Improving the prospect of diabetes care. Diabetes care. 1999; 22(4):635-9.
89. Guillausseau P.J. Impact of compliance with oral antihyperglycemic agents on health outcomes in type 2 diabetes mellitus. Treatments in Endocrinology. 2005; 4 (3): 167- 175.
90. Lerman I. Adherence to treatment: The key for avoiding long-term complications of diabetes. Archives of Medical Research. 2005; 36 (3): 300-306.
91. Erdoğan D, Yılmaz F. Diyabet ile ilgili sorunlu alanlar (DİSA) ölçeğinin türk diyabetliler için psikometrik uygunluğunun değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, 2011.
92. İrkil S. Astımlı hastalarda eğitimin yaşam kalitesine etkisi: Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
93. Aslan S, Diler R, Alparslan Z, Tetiker T. Diyabetik hastalarda depresyon, kaygı, aleksitimi ve kan şekeri kontrolü. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1997;22(1):48-52.

94. Mumcu CD. Vardar İnkaya B. Web Tabanlı Eğitim İle Diyabet Öz Bakım Yönetimi. Acta Medica Nicomedia. 2020;3(2).
95. Akgüç N. Tip 2 diyabet hastalarında hastalık algısı ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi: Tıpta Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013.
96. Morowatisharifabad M. Mahmoodabad S.M. Baghianimoghadam M. and Tonekaboni N.R. Relationships Between Locus Of Control And Adherence To Diabetes Regimen in A Sample Of Iranians. Int J Diabetes Dev Ctries, 2010; 30, 27-32.
97. Ünlüsoy F. Tip 2 Diyabetlilerde Kan Şekerini İzlemenin Yaşam Kalitesi Ve Diyabet Kontrolü Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2009.
98. Skarbek E.A. Psychosocial Predictors of Self-Care Behaviors in Type 2 Diabetes Mellitus Patients: Analysis of Social Support, Self-Efficacy, and Depression. Unpublished Doctorate Thesis, Graduate Faculty of Texas Tech University, USA, 2006.
99. Şermet Ş. Diyabetli Yaşlıların Diyabetin Bakım Ve Tedavisine Yönelik Sağlık İnançları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, 2012.
100. DiMatteo M. R. Variations in Patients' Adherence To Medical Recommendations: A Quantitative Review Of 50 Years Of Research. Medical Care, 2004; 42, 200-209.
101. Hagerstrom G.E. Personal Factors, Perceptions, Influences and Their Relationship with Adherence Behaviors in Patients with Diabetes. Dissertation, Georgia State University, 2010.
102. Cramer J. Benedict A. Muszbek N. Keskinaslan A. and Khan Z. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: A review. International Journal of Clinical Practice. 2008; 62 (1): 76-87.
103. Arslan E. Tip 2 diabetes mellituslu hastaların tedaviye uyumlarını etkileyen faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Diyarbakır; 2011 (Danışman; Prof. Dr. M. Melikşah Ertem).
104. Bal Özkaptan B. Kapucu S. Demirci İ. Relationship between adherence to treatment and acceptance of illness in patients with type 2 diabetes. Cukurova Med J. 2019; 44 (1): 447-454
105. Baykal A. Kapucu S. Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların tedavilerine uyumlarının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2 (2): 44- 58.
106. Ayman S.A. Abd-El-Aziz A.E. Degree of Compliance towards Therapeutic Tasks among Diabetic Patients Attending a Health Insurance Setting In Cairo. The Egyptian Journal of Hospital Medicine, 2007; 27: 234– 244.
107. Eşer A. Doğan E. Kav S. Bulut Y. (2018). Tip 2 Diyabete Mellitus Tedavisinde Hasta Uyumunun Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 34(2). 64-76.
108. Gülşen G. Olgun N. İnsülin Kullanan Erişkin Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tedaviye Uyum Süreçlerindeki Deneyimleri. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi; 2016, 8(2).48-49.
109. Jankowska-Polańska B, Świątoniowska-Lonc N, Karniej P, Polański J, Tański W, Grochans E. Influential factors in adherence to the therapeutic regime in patients 45 with type 2 diabetes and hypertension. Diabetes Res Clin Pract, 2021, 173: 108693.
110. Miller TA, DiMatteo MR. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. Diabetes Metab Syndr obes, 2013, 6: 421-426.
111. İstek N, Karakurt P. Global bir sağlık sorunu: tip 2 diyabet ve öz-bakım yönetimi. JAREN 2018, 4: 179-182.
112. Wang J, Zhao Y, Xie F. Study on the Nursing Effect of Diabetes Health Education Nursing Methods Applied to Diabetes Patients in the Endocrinology Department. J Healthc Eng,

2022: 3363096.

113. Zou J, Huang J. Effect of high-quality nursing on blood glucose level, psychological state, and treatment compliance of patients with gestational diabetes mellitus. *Am J Transl Res*, 2021, 13: 13084-13092.
114. Currie CJ, Peyrot M, Morgan CL, Poole CD, Jenkins-Jones S, Rubin RR, Burton CM, Evans M. The impact of treatment noncompliance on mortality in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 2012, 35: 1279-1284.
115. Demirtaş A. Akbayrak N. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyumunun Değerlendirilmesine Yönelik Yeni Bir Ölçek Oluşturulması. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
116. Demirtaş A, Akbayrak N. Development of an assessment scale for treatment compliance in type 2 Diabetes Mellitus in Turkish population: Psychometric evaluation. *Int J Nurs Sci*. 2017; 4(3):244-251.
117. Talbot, F., Nouwen, A., Gingras, J., Gosselin, M., Audet, J. The Assessment of Diabetes-Related Cognitive and Social Factors: The Multidimensional Diabetes Questionnaire, *Journal of Behavioral Medicine*, 1997; 20(3), 291-312.
118. Coşansu G., Erdoğan S. Çok Boyutlu Diyabet Anketi Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13: 4.
119. Çetinkalp Ş. Güncel kılavuzların ışığında prediyabet ve diyabet yönetiminde metformin. Çetinkalp Ş (Editörler). *Türkiye Klinikleri*; Kasım 2019.
120. Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A. Evaluation of compliance and level of knowledge of patients with hypertension living in Karaman city center, Turkey. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2009; 37(8):551-6.
121. Buzlu S. Diyabetin psikososyal yönü. In: Erdoğan S, editor. *Diyabet hemşireliği temel bilgiler*. Yüce Reklam Yayın Dağıtım A.Ş., İstanbul 2002:195-203.
122. Rolnick SJ, Pawloski PA, Hedblom BD, Asche SE, Bruzek RJ. Patient characteristics associated with medication adherence. *Clinical medicine & research*. 2013;11(2):54-65.
123. Goudswaard AN, Stolk RP, Zuithoff P, Rutten GE. Patient characteristics do not predict poor glycaemic control in type 2 diabetes patients treated in primary care. *European journal of epidemiology*. 2004;19(6):541-5.
124. Rogon I, Kasprzak Z, Szczesniak L. Perceived quality of life and acceptance of illness in people with type 2 diabetes mellitus. *Prz Menopauzalny*. 2017;16(3):79-85.
125. H. Turhan, Tip II Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Tedavi Şekline ve Hastalık Süresine Göre Depresyon ve Anksiyete. Uzmanlık tezi, İstanbul, 2007.
126. Pesantes MA, Del Valle A, Diez-Canseco F, Bernabé-Ortiz A, Portocarrero J, Trujillo A, Cornejo P, Manrique K, Miranda JJ. Family support and diabetes: patient's experiences from a public hospital in Peru. *Qual Health Res*. 2018;28(12):1871- 1882.
127. Hayden J. Health belief model. *Introduction to health behavior theory*. Canada. Jones and Barlett Publishers, 2009.
128. Taşkın M. Diyabet hastalarının tedaviye uyumunu etkileyen faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, 2006, İstanbul.
129. TÜİK, Kent-Kır Nüfus İstatistikleri, 2022. ([TÜİK Kurumsal \(tuik.gov.tr\)](https://tuik.gov.tr)) / Erişim tarihi:15.06.2023)
130. Kızılçelik S. Post modernizm ve alternatif tıp I. *Birikim Dergisi*. 1995; 80, s. 38-47.

131. Besen D.B. Esen A. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması. TAF Prev Med Bull 2011; 10(2): 155-164.
132. https://www.nufusu.com/ilce/goynuk_bolu-nufusu (Erişim tarihi: 18.02.2023).
133. George, D. & Mallery, M. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference 10.0 update. (3.Baskı). Allyn and Bacon, 2001.
134. Leech, N. L., Barrett, K. C. & Morgan, G. A. SPSS for intermediate statistics: Use and interpretation. (2. Baskı). Taylor & Francis, 2005.
135. George D, & Mallery P. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon, 2003.
136. Prevention and Management of the Global Epidemic of Obesity. Report of the WHO Consultation on Obesity (Geneva, June 3-5, 1997) Geneva: WHO.
137. Smith SR. Obesity: The endocrinology of obesity. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America 1996; 25: 921-42.
138. Cherrington A. Wallston KA. Rothman RL. Exploring the relationship between diabetes self-efficacy, depressive symptoms and glycemic control among men and women with type 2 diabetes. J Behav Med, 2010;33 (1): 81-9.
139. Altomare F. Kherani A. Lovshin J. Retinopathy. Can J Diabetes, 2018; 42(6):S210– S216.
140. Gelling L: The role of the hope for relatives of critically ill patients: a review of the literature. Nurs Stand 1999;14(1):33-8.
141. Jensen BO, Petersson K. The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. Patient Educ Couns 2003;51(2):123-31.

8. EKLER

EK-1. TANITICI BİLGİ FORMU

A. SOSYO - DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız :
2. Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz nedir? : () Bekar () Evli () Boşanmış/Dul
4. Şuan yaşadığınız yer neresidir? : () Köy () İlçe
5. Eğitim düzeyiniz nedir? : () Okur-yazar Değil () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite
6. Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır (Hayır ise 8. soruya geçin)
7. Çalışıyorsanız işiniz/Mesleğiniz nedir?
() İşçi () Memur () Serbest Meslek () Emekli () Ev Hanımı () Diğer.....
8. Sağlık güvenceniz var mı? Varsa belirtiniz ?
() Var (Emekli Sandığı / Yeşil kart / SSK / Özel Sağlık Sigortası / Bağkur)
() Yok
9. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız? :
() Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla
10. Kimler ile birlikte yaşıyorsunuz? :
() Yalnız () Eşi ile birlikte () Ailesi ile birlikte (Eş ve /veya çocuklar)
() Aile dışında biri/leri ile birlikte (akraba , bakıcı vs.)
11. Sigara Kullanıyor musunuz?
() Evet (..... günde,paket/tane)
() Hayır
() Bırakmış (.....aydır / yıldır içmiyor)
12. Alkol kullanıyor musunuz?
() Evet (..... sıklıkla,miktarda)
() Hayır
() Bırakmış (.....aydır/yıldır kullanmıyor)
13. Kilo:kg Boy:.....cm BKİ:kg/ cm²

B. DİYABETLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

14. Diyabet tanısı süresi? :
15. Diyabet hastalığınız için hangi tedavi/tedavileri uygulamaktasınız? :
() Beslenme tedavisi
() Oral Anti Diyabetik (OAD)
() İnsülin tedavisi
() Oral Anti Diyabetik + İnsülin tedavisi
16. Diyabetiniz dışında başka ek hastalığınız var mı? :
() Evet (Nedir?.....) () Hayır
17. Diyabetle ilgili daha önce eğitim aldınız mı? (Cevabınız “Hayır” ise 25.soruya geçiniz.)
() Evet (hangi konuda?.....kimden/nereden?) () Hayır
18. Herhangi bir diyabet komplikasyonu geçirdiniz mi?
(Cevabınız “Hayır” ise 28.soruya geçiniz.)
() Evet () Hayır
19. Hangi komplikasyonu yaşadınız?

() Kalp problemleri () Felç () Görme problemleri () Böbrek problemleri
() El ve/veya ayaklarda karıncalanma, uyuşma () Ayak problemleri

20. Diyabet nedeniyle son 1 yıl içerisinde hastaneye yatışınız oldu mu?

() Evet (..... kez)

() Hayır

21. Diyabet tedaviniz için düzenli aralıklarla sağlık kuruluşlarına gidiyor musunuz?

() Evet (..... sıklıkla, amacıyla)

() Hayır

22. Diyabetli olduğunuzu sosyal çevrenizde (aile / arkadaş ortamı) bilen var mı?

() Evet (Kimler?)

() Hayır

23. Diyabet bakımınız konusunda (Öğün planlama/ilaç alma/şeker kontrolü/fiziksel aktivite/ayak bakımı vs) sosyal çevrenizdeki kişilerden yardım ister misiniz?

() Evet (Kimden? , Hangi konuda?)

() Hayır

24. Diyabet bakımınızda size en çok yardımcı olan kişi / kişiler kimlerdir?

() Eş

() Diğer aile üyeleri (Çocuk / Anne – Baba / Akraba)

() Arkadaşlar

() Sağlık profesyonelleri (Hekim / Hemşire)

() Yardım eden kimse yok

EK-2: TİP 2 DİYABET TEDAVİSİNDE HASTA UYUM ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı, aşağıda tip 2 diabetes mellitus (şeker hastalığı) hastalığı konusunda çeşitli ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeye vereceğiniz yanıt sizin genellikle inandıklarınızın, düşündüklerinizin göstergesi olmalıdır. Her bir ifade için, “Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Kısmen Katılıyorum, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum” şıklarından, sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüzü işaretleyerek cevaplayınız. Her bir açıklamaya cevap vermeniz önem taşımaktadır. Bu ölçekte “doğru” ya da “yanlış” cevap yoktur. Toplam 30 madde bulunmaktadır. Aşağıda yer alan ifadeleri cevaplamanız yaklaşık olarak 10-15 dk. sürecektir.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Kan şekerimi düzenli olarak ölçüp/ölçtürüp, takip ediyorum.					
2. Kendimi şeker hastası gibi hissetmiyorum. *					
3. Şeker haplarımı/insülinimi hiç aksatmadan kullanıyorum.					
4. Hayatımdaki üzüntü ve sıkıntılar geçince hastalığımanın da tamamen iyileşeceğine inanıyorum. *					
5. Uzmanın önerdiği şekilde ve miktarda besleniyorum.					
6. Şeker hapları veya insülin kullanmaktansa diyet yaparak hastalığıımı idare etmek istiyorum. *					
7. Kan şekerim yüksek olsa da bana bir şey olmaz diye düşünüyorum. *					
8. Doktor kontrollerimi önerilen sıklıkla düzenli olarak yaptırıyorum.					
9. Şeker hastası olduktan sonra hayatımda hiçbir değişiklik olmadı*					
10. Hasta olduktan sonra arkadaş ve akrabalarım daha çabuk kızıyor. *					
11. Ağızdan ilaç/insülin dozlarımı o gün yediğim yiyeceklere göre kendim ayarlarım. *					
12. Şeker hastalığıının zorluklarından dolayı, eskisinden daha sinirli ve öfkeliyim *					

	Kesimlikle Katlıyorum	Katlıyorum	Kısmen Katlıyorum	Katılmıyorum	Kesimlikle Katılmıyorum
13. Şeker hastalığı ile ilgili bilgimi her fırsatta artırmaya çalışıyorum.					
14. Şeker hastası olduğum için daima geleceğimle ilgili karamsar düşüncelere sahibim.*					
15. Şeker hastası olduğumu herkese saklamadan rahatlıkla söyleyebilirim.					
16. Şeker hastası olduktan sonra bana zararlı olduğunu düşündüğüm alışkanlıklarımı bıraktım.					
17. Şekerimin düştüğünü hissederim.					
18. Sağlık personeline güvenmiyorum, bana yararları yok*					
19. Önerildiği şekilde yazın ve kışın düzenli egzersiz yaparım.					
20. Başka insanlardan farklı beslenme ve ihtiyaçlarımın olmasına kıızıyorum.*					
21. Bu hastalık neden beni buldu diye çok kıızıyorum.*					
22. İlaç/insülin zamanım gelince gergin oluyorum.*					
23. Şeker hastalığının gerektirdiği her şeyi yaparak, bu hastalıkla rahatlıkla yaşayabilirim.					
24. Hastalığımın keşke diyeti olmasaydı.*					
25. Şekerimin yükseldiğini hissederim.					
26. Şeker hastası olduktan sonra ayak bakımına özel önem gösteriyorum.					
27. Egzersiz yapmamak için çoğunlukla bir bahanem vardır.*					
28. Hastalığıma katlanmak zorunda olmak beni üzüyor.*					
29. Kendimi, hastalığımla mücadele edebilecek güçte hissediyorum.					
30. Diyetime tam uyarsam şeker hastalığımdan geçeceğimi düşünüyorum.*					

EK-3: HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ (ACCEPTANCE OF ILLNESS SCALE)

Aşağıda hastalığınıza ilişkin kabullenme düzeyinizi belirleyen bir dizi cümle bulunmaktadır. Her cümle “Tamamen Katılıyorum” (1) ile “Hiç Katılmıyorum” (5) arasında değerlendirilmektedir. Her bir cümle için sizi en iyi tanımladığını hissettiğiniz puanı daire içine alınız. Cümlelerin sizi iyi tanımladığını düşünüyorsanız 1 ya da yakın puan, cümlelerin size uymadığını düşünüyorsanız 5 ya da yakın puan veriniz. Bu cümlelerin kesinlikle doğru ya da yanlış yoktur. Katkılarımız için teşekkür ederiz.

1. Hastalığının getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

2. Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

3. Hastalığım zaman zaman kendimi işe yaramaz hissetmeme sebep oluyor.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

4. Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı/muhtaç yapıyor.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

5. Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

6. Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

7. Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

8. Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

8.Diyabetiniz eşiniz veya aynı evi paylaştığınız ve sizin için önemli olan kişi ile olan ilişkinizi ne kadar olumsuz etkiliyor?

(Eğer yalnız yaşıyorsanız burayı işaretleyiniz_____)

Hiç Oldukça çok

0 1 2 3 4 5 6

9.Diyabetiniz hakkında ne kadar endişeleniyorsunuz?

Hiç Oldukça çok

0 1 2 3 4 5 6

10. Eşiniz veya aynı evi paylaştığınız ve sizin için önemli olan kişi , diyabetli olduğunuz için size ne kadar özen gösteriyor ?

(Eğer yalnız yaşıyorsanız burayı işaretleyiniz_____)

Hiç Oldukça çok

0 1 2 3 4 5 6

11.Diyabetiniz dilediğiniz kadar seyahat etmenizi ne kadar önlüyor?

Hiç Oldukça çok

0 1 2 3 4 5 6

12.Diyabetiniz sosyal ya da eğlenceli aktivitelere katılabilmenizi ne kadar engelliyor?

Hiç Oldukça çok

0 1 2 3 4 5 6

13.Diyabetiniz aktivitelerinizi planlayabilmenizi ne kadar etkiliyor?

Hiç Oldukça çok

0 1 2 3 4 5 6

14.Diyabetiniz istediğiniz kadar aktif olabilmenizi ne kadar önlüyor?

Hiç Oldukça çok

0 1 2 3 4 5 6

15. Diyabetiniz istediğiniz programa göre hareket etmenizi ne kadar önlüyor? (Örneğin geç yatmak gibi)

Hiç Oldukça çok

0 1 2 3 4 5 6

EK-4: TÜRKÇE ÇOK BOYUTLU DİYABET ANKETİ (T-ÇBDA)

Bölüm I

Bu bölümde diyabetin hayatınızı nasıl etkilediği hakkında daha çok şey öğrenmek istiyoruz. Lütfen her soruyu dikkatle okuyunuz ve her bir soru için durumunuza en çok uyan sayıyı daire içine alınız.

1. Diyabetiniz günlük aktivitelerinize ne kadar engel oluyor?

Hiç Oldukça çok

0 1 2 3 4 5 6

2.Eşiniz veya aynı evi paylaştığınız ve sizin için önemli olan kişi, diyabetiniz ile ilgili size ne kadar destek oluyor?

(Eğer yalnız yaşıyorsanız burayı işaretleyiniz _____)

Hiç Oldukça çok

0 1 2 3 4 5 6

3.Diyabetinizi ne kadar ciddi bir sağlık problemi olarak görüyorsunuz?

Hiç Oldukça çok

0 1 2 3 4 5 6

4.Diyabetiniz sosyal hayattan veya eğlenceli aktivitelerden aldığınız keyfi ve memnuniyeti ne kadar azaltıyor?

Hiç Oldukça çok

0 1 2 3 4 5 6

5.Aileniz ve arkadaşlarınız diyabetiniz ile ilgili size ne kadar destek oluyor veya yardım ediyor?

Hiç Oldukça çok

0 1 2 3 4 5 6

6.Diyabetin uzun vadede organlarınızda oluşturabileceği hasarlar hakkında ne kadar endişeleniyorsunuz?

Hiç Oldukça çok

0 1 2 3 4 5 6

7. Diyabetiniz işlerinizdeki verimliliğinizi ne kadar olumsuz etkiliyor?

Hiç Oldukça çok

0 1 2 3 4 5 6

Bölüm II.

Bu bölümde, Eşinizin veya aynı evi paylaştığınız ve sizin için önemli olan kişinin, sizin öz-bakım programınız ile ilgili tepkisini öğrenmek istiyoruz. Lütfen ifadeleri dikkatle okuyunuz ve ifadelerin size göre uygunluğunu altında bulunan uygun sayıyı işaretleyerek belirtiniz. Eğer yalnız yaşıyorsanız bu bölümü işaretlemeyen diğer bölüme geçiniz.

Eşim veya aynı evi paylaştığım ve benim için önemli olan kişi;

16.Diyetime uyduğum zaman beni kutlar.

Asla Her zaman

0 1 2 3 4 5 6

17. Diyabet ilaçlarımla (hap- insülin) ilgili bana zorluk çıkartır.

(Diyabetiniz için ilaç almıyorsanız burayı işaretleyiniz ____)

Asla Her zaman

0 1 2 3 4 5 6

18.Kan şekerimi düzenli ölçtüğüm için beni kutlar.

(Kendi kendinize kan şekerinizi ölçmeniz önerilmemişse burayı işaretleyiniz ____)

Asla Her zaman

0 1 2 3 4 5 6

19.Egzersiz konusunda bana zorluk çıkartır.

(Egzersiz tavsiye edilmemişse burayı işaretleyiniz ____)

Asla Her zaman

0 1 2 3 4 5 6

20.Ayaklarıma bakmamı bana hatırlatır

(Ayak bakımı önerilmemişse burayı işaretleyiniz ____)

Asla Her zaman

0 1 2 3 4 5 6

21. Öğün programıma uyduğum zaman beni kutlar (ana ve ara öğünler).

Asla Her zaman

0 1 2 3 4 5 6

22. Diyabet ilaçlarımı (haplar- insülin)almamı hatırlatır.

(Diyabetiniz için ilaç almıyorsanız burayı işaretleyiniz ____)

Asla Her zaman

0 1 2 3 4 5 6

23. Egzersiz yaptığım zaman besin almıımı ayarlamamda bana yardımcı olur.

(Egzersiz yapmanız tavsiye edilmemişse burayı işaretleyiniz ____)

Asla Her zaman

0 1 2 3 4 5 6

24. Diyetim konusunda bana zorluk çıkartır.

Asla Her zaman

0 1 2 3 4 5 6

25. Aile faaliyetlerini ilaçlarımı zamanında alabileceğim şekilde planlar.

(Diyabetiniz için ilaç almıyorsanız burayı işaretleyiniz ____)

Asla Her zaman

0 1 2 3 4 5 6

26. Kan şekeri ölçme konusunda bana zorluk çıkartır.

(Kendi kendinize kan şekerinizi ölçmeniz önerilmemişse burayı işaretleyiniz ____)

Asla Her zaman

0 1 2 3 4 5 6

27. Egzersiz yapmam için beni teşvik eder.

(Egzersiz yapmanız tavsiye edilmemişse burayı işaretleyiniz ____)

Asla Her zaman

0 1 2 3 4 5 6

Bölüm III.

Diyabetin tedavisi diyet, egzersiz gibi birçok öz-bakım aktivitesini kapsar. Bazen bu öz-bakım aktivitelerini yapmak insanlara zor gelebilir veya bunları yapmanın ne kadar önemli olduğunu göremeyebilirler. Bu bölümde bu durumun sizin için nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Her soruyu dikkatle okuyunuz ve sizin durumunuza uyan sayıyı daire içine alınız.

28. Diyetinize uyabildiğinizden ne kadar eminsiniz ?

Hiç emin değilim

Çok eminim

/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

29. Kan şekerinizi önerilen sıklıkta ölçebildiğinizden ne kadar eminsiniz?

(Kan şekeri ölçümü önerilmemişse burayı işaretleyiniz____)

Hiç emin değilim

Çok eminim

/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

30. Düzenli olarak egzersiz yapabildiğinizden ne kadar eminsiniz?

(Egzersiz tavsiye edilmemişse burayı işaretleyiniz____)

Hiç emin değilim

Çok eminim

/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

31. Kilonuzu kontrol altında tutabildiğinizden ne kadar eminsiniz?

Hiç emin değilim

Çok eminim

/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

32. Kan şekerinizi kontrol altında tutabildiğinizden ne kadar eminsiniz?

Hiç emin değilim

Çok eminim

/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

33. Yasak olan yiyeceklere karşı koyabildiğinizden (kendinizi tutabildiğinizden) ne kadar eminsiniz?

Hiç emin değilim

Çok eminim

/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

34. Diyabet tedavinize (diyet, ilaç kullanımı, kan şekeri testi, fiziksel aktivite gibi) uyabildiğinizden ne kadar eminsiniz ?

Hiç emin değilim

Çok eminim

/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

35. Diyabetinizi kontrol altında tutmak için diyetinize uymak sizce ne kadar önemli ?

Hiç önemli değil

Çok önemli

/ / / / / / / / / / /
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

36.Diyabetinizi kontrol altında tutmak için ilaçlarınızı önerildiği şekilde almak sizce ne kadar önemli?

(Diyabetiniz için ilaç almıyorsanız burayı işaretleyiniz____)

Hiç önemli değil

Çok önemli

/ / / / / / / / / / /
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

37. Diyabetinizi kontrol altında tutmak için egzersiz sizce ne kadar önemli ?

(Egzersiz önerilmemişse burayı işaretleyiniz____)

Hiç önemli değil

Çok önemli

/ / / / / / / / / / /
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

38.Diyabetinizi kontrol altında tutmak için kan şekerinizi ölçmek sizce ne kadar önemli?

(Kendi kendinize kan şekerinizi ölçmeniz önerilmemişse burayı işaretleyiniz____)

Hiç önemli değil

Çok önemli

/ / / / / / / / / / /
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

39. Diyabetinizi kontrol altında tutmak için diyabet tedavinize bağlı kalmak sizce ne kadar önemli?

Hiç önemli değil

Çok önemli

/ / / / / / / / / / /
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

40.Uzun vadede diyabete bağlı olarak gelişebilecek hasarları (böbrek, göz , kalp ve ayakla ilgili problemler) önlemek veya geciktirmek için tedaviye bağlı kalmak sizce ne kadar önemli?

Hiç önemli değil

Çok önemli

/ / / / / / / / / / /
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

EK-5 : ETİK KURUL ONAYI



BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI
BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL

Sayı : 28 14.2.2022

Konu: Kararlar

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Kırsal Bölgede Yaşayan Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Uyumu Etkileyen Faktörler.
	ARAŞTIRMANIN İNGİLİZCE ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Factors Affecting the Adherence and Adherence to Treatment of Individuals with Type 2 Diabetes Living in Rural Areas.
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Dr. Öğr. Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Yük. Lisans Öğrencisi Hüsnüye TÖLE
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Bolu İlinin Göynük İlçe Merkezi ve Köyleri

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2022/09	Tarih (Date) 18.01.2022
	Dr. Öğr. Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu	İmzası
Prof. Dr. Mehmet Hayri ERKOL (Başkan)	Genel Cerrahi	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Erkan KILINÇ (Başkan Yardımcısı)	Fizyoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Mehmet Hamid BOZTAŞ (Üye)	Ruh Sağlığı Hastalıkları	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Akif Hakan KURT (Üye)	Farmakoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Hamit YOLDAŞ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Aslı ÇELEBİ TAYFUR (Üye)	Çocuk Sağlığı Hastalıkları / Nefroloji Bilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Tuba TASLAMACIOĞLU DUMAN (Üye)	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Oya KALAYCIOĞLU (Bildirimden Sorumlu Üye)	Biyoistatistik	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN (Üye)	Hemşirelik	BAİBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Abdulgani KAYMAZ (Üye)	Göz Hastalıkları	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Kübra DEĞİRMENÇİ (Üye)	Protetik Diş Tedavisi	BAİBÜ Diş Hekimliği Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Tuğba KOCAAĞA (Üye)	Antrenörlük Eğitimi	BAİBÜ Spor Bilimleri Fakültesi	
Dr. Hatice Selen SÖYLEMEZ (Üye)	Farmakoloji/Eczane	Eczane (BOLU)	
Av. Huri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Avukat	Genel Hukuk Bürosu (BOLU)	
Ramazan KAYNARPINAR (Sivil-Üye)	Estetik	Serbest Meslek (BOLU)	

EK-6: KURUM İZİNLERİ

T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-38244951-604.01.01
Konu : Dr. Öğretim Üyesi Saadet CAN
ÇİÇEK'in Araştırma İzni

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü)

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde görevli Dr.Öğr.Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK sorumluluğunda yardımcı araştırmacı Hemşire Hüsnüye TÜLE tarafından yürütülecek olan "Kırsal Bölgede Yaşayan Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Uyumu Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmanın Bolu Göynük Ziya SARP KAYA İlçe Devlet Hastanesinde yapılması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur. Valilik Oluru ve Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kararı yazımız ekinde sunulmuş olup, kişiye gerekli bilgilendirmenin yapılarak araştırmayı başlatmak üzere ilgili sağlık tesisinin eğitim birimine başvurusunun sağlanması hususunda; Gereğini arz ederim.

Uzm.Dr. Mehmet BALCI
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek:

- 1- Dr.Öğr.Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK'in Araştırma Komisyon Kararı 1
- 2- Dr.Öğr.Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK'in Araştırma Valilik Oluru



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-38244951-604.01.02
Konu : Dr.Öğr.Üyesi Saadet CAN
ÇİÇEK'in Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde görevli Dr.Öğr.Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK sorumluluğunda yardımcı araştırmacı Hemşire Hüsnüye TÜLE tarafından yürütülecek olan "Kırsal Bölgede Yaşayan Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Uyumu Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmanın Bolu Göynük Ziya SARP KAYA İlçe Devlet Hastanesinde yapılması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde bahse konu araştırmanın yapılmasını tensiplerinize arz ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Muhammed Emin DEMİRKOL
İl Sağlık Müdürü

O L U R
İlhan TURGUT
Vali Yardımcısı

Ek: Dr.Öğr.Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK'in Araştırma Komisyon Kararı

 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BÖLÜ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	PASHB.EAGB.FR.004.00
		Yayın Tarihi	8.03.2019
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	İlk Yayın
		Sayfa No	1/1

Araştırma Sahibinin					
Adı Soyadı	:	Dr. Öğr. Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK			
Kurum / Üniversite	:	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi			
Araştırma Yapılacak İller	:	Bolu			
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	:	Bolu Şehit Ziya SARP KAYA Göynük İlçe Devlet Hastanesi			
Araştırmanın Konusu	:	Kırsal Bölgede Yaşayan Tıp 2 Diyabetli Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Uyumu Etkileyen Faktörler			
Araştırma Statüsü	Tezsiz Yüksek Lisans Projesi	☐	Doktora Tezi	☐	
	Lisans Bitirme Projesi	☐	Uzmanlık Tezi	☐	
	Yüksek Lisans Tezi	☒	Bireysel Araştırma Projesi	☐	
	Diğer ise, belirtiniz.				
Sağlık Tesisi Ön İzin Formu	Var	☒	Yok	☐	
Başvuru Belgeleri	Dilekçe	Var	☒	Yok	☐
	Etik Kurul Kararı	Var	☒	Yok	☐
	Üniversite / Kurum Talebi	Var	☒	Yok	☐
	Araştırma Yöntemi Örneği	Var	☒	Yok	☐
	Araştırma Detay Formu	Var	☒	Yok	☐
	Kurumsal Kimlik Belgesi	Var	☒	Yok	☐
	Bütçe Formu	Var	☐	Yok	☐
Veri Toplama Araçları	Anket/Ölçek form kullanılacaktır.				
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	28.02.2022-31.12.2022				
Görüş İstenilecek Birimler					
Komisyon Görüşü					
Uygundur.					
Komisyon Kararı	Oybirliği ile alınmıştır.				
Muhalef Üye(ler)in Adı Soyadı	Gerekçesi				

Başkan

EK- 7: ÖLÇEK İZİNLERİ

**Gulhan Coşansu**

26 Ara 2021 Paz 17:46 (7 gün önce) ★ ↩ ⋮

Alici: ben ▾

Sayın Tüle

Tez çalışmanızda "Çok Boyutlu Diyabet Anketi"ni kullanabilirsiniz. Ekte anketi ve makalesini gönderiyorum Daha ayrıntılı bilgiye YÖK tez veri tabanında bulunan doktora tezimden ulaşabilirsiniz.

Çalışma sonuçlarınızı benimle paylaşırsanız çok sevinirim. İyi çalışmalar

Hüsnüye Tüle · 26 Ara 2021 Paz 10:40 tarihinde şunu yazdı:

...

Doç.Dr. Gülhan Coşansu
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Emekli Öğretim Üyesi

2 Ek

2 Ek

**Dilek Büyükkaya Besen**

24 Ara 2021 Cum 09:52 (9 gün önce) ★ ↩ ⋮

Alici: ben ▾

Sayın Tüle,

çalışmanızda "Hastalığı Kabul Ölçeğini (Acceptance of Illness Scale)" kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar

Hüsnüye Tüle · 23 Ara 2021 Per, 20:56 tarihinde şunu yazdı:

...

Doç. Dr. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı
Mithatpaşa Cad. İnciraltı
Balçova İzmir

2 Ek

2 Ek



Dr. Öğr. Üy. Ayla DEMİRTAŞ

Alıcı: ben

21 Eyi 2021 Sal 15:44



Sayın Töle,

Çalışmanızda Tip2 DM Tedavisinde Hasta Uyum ölçeğini kullanmanıza izin veriyorum. Ölçeği ve kullanım yönergesini EK'te gönderiyorum.

Dr. Öğr. Üyesi Ayla DEMİRTAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Gülhane Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıklar Hemşireliği



Yanıtla

Yönlendir