T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TİP 2 DİYABETLİ YAŞLILARIN HASTALIĞA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARI İLE ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Kezban ŞAYLAN

Temmuz 2021
DENİZLİ

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TİP 2 DİYABETLİ YAŞLILARIN HASTALIĞA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARI İLE ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kezban ŞAYLAN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Asiye KARTAL

Denizli, 2021

ETİK BEYAN

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

Öğrenci Adı Soyadı: K e z b a n Ş A Y L A N

İmza :

ÖZET

TİP 2 DİYABETLİ YAŞLILARIN HASTALIĞA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARI İLE ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Kezban ŞAYLAN

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD

Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Asiye KARTAL

Temmuz 2021,122 Sayfa

Ülkemizde ve dünyada toplumun demografik yapısında değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişimlerin etkisi ile yaşlı nüfus sürekli artmaktadır. Yaşlı nüfusunun artması kronik hastalık bakımını gündeme getirmektedir. Yaşlı sağlığını olumsuz etkileyen en önemli kronik hastalıklardan biri de Diabetus Mellitus'tur. Diyabet Dünya'da ve ülkemizde diyabet ve komplikasyonları ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Yaşlı diyabet hastalarının sağlık ve hastalıklarına yönelik inançları ve hastalıklarını yönetebilmesi bu noktada çok önemlidir. Bu çalışma tip 2 diyabetli yaşlıların hastalığa ilişkin sağlık inançları ile öz bakım yönetimi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Ekim- Aralık 2019 tarihleri arasında Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 335 yaşlıda toplanmıştır. Bu araştırmada, "Diyabetli Yaşlıların Sosyo demografik ve Hastalığa İlişkin Soru Formu", "Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" ve "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" olmak üzere toplamda 3 tane veri toplama aracı kullanılmıştır. Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 21.0 İstatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizi için sayı ve yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapma, Spearmann testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis kullanılmıştır. Analiz sonucunda hastaların Sağlık İnanç Modeli toplam ölçek puan ortalaması 3.26±0.31 ve Öz Bakım Yönetimi toplam ölçek puan ortalaması 116.13±21.95'tir. Tip 2 diyabeti olan yaşlı diyabetlilerin sağlık inanç modeli toplam ölçek puan ortalaması ile öz bakım yönetimi toplam ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış ve sağlık inançları arttıkça öz bakım yönetiminin de arttığı belirlenmiştir. Sonuç olarak tip 2 diyabetli yaşlıların genel sağlık inanç puan ortalamaları düşük düzeyde bulunmuştur. Tip 2 diyabetli yaşlıların kronik hastalık öz bakım yönetimi orta düzeydedir. Hastaların diyabete yönelik sağlık inançları olumlu yönde arttıkça öz bakım yönetimi davranışı da buna bağlı olarak iyileşecektir. Yaşlı diyabetlilerin hastalığa ilişkin sağlık inançlarının düşük düzeyde olmasından yola çıkılarak öz bakım yönetiminin artırılması ve hastalığa ilişkin klinik sonuçların iyileştirilmesi için sağlık inançlarının olumlu hale getirilmesine gereksinim olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık inancı, öz bakım yönetimi, tip 2 diyabet

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEFS RELATING TO THE DISEASE AND SELF-CARE MANAGEMENT OF ELDERLY WITH TYPE 2 DIABETES

ŞAYLAN, Kezban

Master Thesis, Department of Public Health Nursing

Supervisor: Assoc. Doç. Dr. Asiye KARTAL

July 2021, 122 Pages

There are changes in the demographic structure of society in our country and in the world. With the effect of these changes, the elderly population is constantly increasing. The increase in the elderly population brings chronic disease care to the agenda. One of the most important chronic diseases that negatively affect the health of the elderly is Diabetus Mellitus. Diabetes Diabetes and its complications are among the leading causes of death in the world and in our country. At this point, it is very important for elderly diabetes patients to be able to manage their beliefs about their health and diseases and their diseases. This study was conducted to examine the relationship between the health beliefs of the elderly with type 2 diabetes and self-care management. It was collected from 335 elderly people who were registered to Family Health Centers affiliated to Denizli Provincial Health Directorate between October and December 2019 and accepted to participate in the research. In this study, a total of 3 data collection tools were used: “Socio-demographic and Disease-Related Questionnaire for Elderly Diabetics”, “Health Belief Model Scale” and “Self-Care Management Scale in Chronic Diseases”. Statistical analyzes of the research were evaluated using SPSS 21.0 Statistics package program. Number and percentage distributions, mean and standard deviation, Spearmann test, Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis were used for statistical analysis of the data. As a result of the analysis, the patients' Health Belief Model total scale score average was 3.26±0.31 and the Self-Care Management total scale score average was 116.13±21.95. It was determined that there was a significant relationship between the health belief model total scale score average of the elderly diabetics with type 2 diabetes and the self-care management total scale score average, and it was determined that as health beliefs increased, self-care management also increased. As a result, the mean general health belief scores of the elderly with type 2 diabetes were found to be low. The chronic disease self-care management of the elderly with type 2 diabetes is moderate. As patients' health beliefs towards diabetes increase positively, their self-care management behavior will improve accordingly. Based on the low level of health beliefs about the disease in elderly diabetics, it was concluded that there is a need to make health beliefs positive in order to increase self-care management and improve clinical outcomes related to the disease.

Keywords: Health belief, self-care management, type 2 diabetes

TEŞEKKÜR

Öncelikle bu çalışmanın var olmasında kıymetli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine ne zaman danışsam değerli zamanını bana ayırıp, sabır ve bilgi birikimiyle bana faydalı olabilmek için tüm emeklerini sarf eden, yaşadığım tüm sorunlarımı kendisiyle çekinmeden paylaşabildiğim, güler yüzlü ve neşeli tavrını benden esirgemeyen, gelecekteki mesleki hayatımda verdiği değerli bilgileri sürekli kullanabileceğimi düşündüğüm, bulunduğu statüsünü sonuna kadar hak eden danışman hocam Doç. Dr. Asiye KARTAL'a teşekkürü bir borç biliyor ve şükranlarımı sunuyorum.

- Tüm eğitim hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen her zaman yanımda olan sevgili anne ve babama,
- Çalışma sürecimde tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve hayatımın her evresinde bana destek olan değerli ablam Meltem ŞAYLAN ve kardeşim Ceren ŞAYLAN'a,
- Tez çalışmam boyunca dostluğunu hissettiren değerli arkadaşım Ayten YILMAZ'a

tüm kalbimle teşekkür ederim.

Kezban ŞAYLAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa

YÜKSEK LİSANS TEZ ONAY FORMU..... İ
ETİK BEYAN…….. İİ
ÖZET…… İİİ
ABSTRACT…..…… IV
TEŞEKKÜR…….. V
İÇİNDEKİLER…….. VI
ŞEKİLLER DİZİNİ…… XI
TABLOLAR DİZİNİ..... XII
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ……. XIV
1.GİRİŞ..... 1
1.1. Araştırmanın Amacı…… 4
2.GENEL BİLGİLER……... 5
2.1. Diyabetin Tanımı ve Önemi……... 5
2.2. Diyabetin Epidemiyolojisi…… 6
2.3. Diyabetin Sınıflaması…….. 8
2.3.1. Tip 1 Diabetes Mellitus…… 9
2.3.2. Tip 2 Diabetes Mellitus…… 9
2.3.3. Gebelik Nedeni İle Oluşan Diyabet (Gestasyonel Diyabet)…….. 10
2.3.4. Sebebe Bağlı Oluşan Diyabet…… 10
2.4. Diyabetin Tanı Kriterleri…….. 10
2.5. Diyabetin Semptomları (Belirtileri)…… 12
2.6. Diyabetin Komplikasyonları…… 13
2.6.1. Diyabetin Akut Komplikasyonları……... 13
2.6.1.1.Diyabetik Ketoasidoz……. 13
2.6.1.2.Hiperglisemik Hiperozmolar Durum…… 14
2.6.1.3.Laktik Asidoz…….. 14
2.6.1.4.Hipoglisemi……. 14
2.6.2. Diyabetin Kronik Komplikasyonları…… 14
2.6.2.1. Diyabetik Retinopati……. 14
2.6.2.2. Diyabetik Nefropati……... 15
2.6.2.3. Diyabetik Nöropati…… 15

2.6.2.4. Diyabetik Ayak Ülserleri……..... 15
2.6.2.5. Kardiyovasküler Hastalıklar…… 16
2.6.2.6. Diyabette Ağız ve Diş Komplikasyonları……..... 16
2.7. Diyabetin Tedavisi…….. 16
2.7.1. Tıbbi Tedavi…….. 17
2.7.1.1.Oral Antidiyabetikler (OAD) ve İnkretinmimetikler…… 18
2.7.1.2.İnsülin Tedavisi…….. 20
2.7.1.2.1.İnsan İnsülinleri……... 21
2.7.1.2.2.İnsülin Analogları……..... 22
2.7.2.Fiziksel Aktivite…….. 22
2.7.3.Diyet (Beslenme Tedavisi)……... 23
2.7.4.Kendi Kendine İzlem……. 23
2.7.5. Eğitim…… 24
2.8. Diyabetin Önlenmesi…….. 25
2.9. Diyabetli Yaşlı Hastada Öz Bakım Yönetimi ve Önemi……. 26
2.10. Diyabetli Yaşlılarda Öz Bakım Yönetimini Etkileyen Faktörler…….. 28
2.11. Öz Bakım Yönetimi Arttırmak İçin Hemşirenin Sorumlulukları…….. 30
2.12. Sağlık İnanç Modeli…….. 32
2.13. Öz Bakım Yönetiminin Sağlık İnanç Modeli İle İlişkisi……. 34
3.GEREÇ VE YÖNTEM…….. 36
3.1.Araştırmanın Tipi…….. 36
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri…….. 36
3.3. Araştırmanın Evreni…… 37
3.4. Araştırmanın Örneklemi……. 37
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları…… 38
3.5.1. Diyabetli Yaşlıların Sosyo Demografik ve Hastalığına İlişkin Soru Formu……. 38
3.5.2. Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği…….. 39
3.5.3. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği……. 39
3.6. Veri Toplama Yöntemi…… 40
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri…… 40
3.7.1. Bağımlı Değişken……. 40
3.7.2. Bağımsız Değişken……..... 40
3.8. Verilerin İstatistiksel analizi…… 40
3.9. Araştırmanın Etiği…… 41
3.10. Süre ve Olanaklar……. 41

3.11. Zaman Çizelgesi…… 42
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları……. 43
3.13. Araştırmanın hipotezi…… 43
4.BULGULAR…….. 44
5.TARTIŞMA…… 81
5.1.Yaşlı Diyabetlilerin Sosyo Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi…… 81
5.2.Yaşlı Diyabetlilerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine Ait Puan Ortalamalarının Dağılımlarının İncelenmesi…… 84
5.3. Yaşlı Diyabetlilerin Öz Bakım Yönetimi Ölçeğine Ait Puan Ortalamalarının Dağılımlarının İncelenmesi…… 85
5.4. Yaşlı Diyabetlilerin Sağlık İnancı İle Öz Bakım Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi…….. 87
5.5. Yaşlı Diyabetlilerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımlarının İncelenmesi……. 89
5.6. Yaşlı Diyabetlilerin Hastalığa İlişkin Bilgileri İle Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi…… 90
5.7. Yaşlı Diyabetlilerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımlarının İncelenmesi……. 93
5.8. Yaşlı Diyabetlilerin Hastalığa ilişkin Bazı Bilgileri İle Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımlarının İncelenmesi……. 94
6. SONUÇ VE ÖNERİLER…… 96
KAYNAKÇA…….. 101
ÖZGEÇMİŞ…… 128

EKLER

Ek-1 Diyabetli Yaşlıların Sosyo Demografik ve Hastalığına İlişkin Soru Formu

Ek-2 Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Ek-3 Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği

Ek-4 Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Etik Araştırmalar Kurulu Etik Kurul İzni

Ek-5 Denizli İl Sağlık Müdürlüğü Aile Sağlığı Merkezlerinden Çalışma İzni

Ek-6 Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Kullanım İzni

Ek-7 Girişimsel Olmayan Klinik Etik Araştırmalar Kurulu İsim Değişikliği Etik Kurul İzni

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1.1 İnsülin Üretimi ve Aktivasyonu (IDF 2017)……..... 5
Şekil 2.7.1 Diyabetin Tedavisi…… 17
Şekil 2.7.1.2.1.1 İnsan İnsülinleri…….. 20
Şekil 2.7.1.2.2.1 İnsülin Analogları…… 21
Şekil 2.12.1 Değişken Faktörler, İnançlar ve Eylem…….. 34
Şekil 3.11.1 Zaman Çizelgesi…… 42

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 2.3.1 Diyabetin Sınıflandırılması…….. 8
Tablo 2.4.1 Diyabet Tanı Kriterleri…….. 11
Tablo 2.5.1 Diyabet Belirtileri……... 12
Tablo 2.7.1.1.1 Oral Antidiyabetikler (OAD) ve Inkretinmimetikler Kan Şekerini Düzenlerken Vücuda Etkileri…… 19
Tablo 4.1 Yaşlı Diyabetlilerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı……. 44
Tablo 4.2 Yaşlı Diyabetlilerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı……. 45
Tablo 4.3 Yaşlı Diyabetlilerin Tedaviye Uyum Düzeylerine Göre Dağılımları…….. 46
Tablo 4.4 Yaşlı Diyabetlilerin İnsülin Kullanımı, Kan Şekeri Ölçümü ve Kan Şekeri Ölçüm Sıklığına Göre Dağılımları…… 46
Tablo 4.5 Yaşlı Diyabetlilerin Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Dağılımları…… 47
Tablo 4.6 Yaşlı Diyabetlilerin Kan Şekeri Yüksekliği ve Düşüklüğü Yaşama Durumlarına Göre Dağılımları…….. 47
Tablo 4.7 Yaşlı Diyabetlilerin Diyabet Hastalığına Yönelik Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımları……. 48
Tablo 4.8 Yaşlı Diyabetlilerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları……. 48
Tablo 4.9 Yaşlı Diyabetlilerin Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları……. 49
Tablo 4.10 Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamaları İle Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki……. 50
Tablo 4.11 Yaşlı Diyabetlilerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı……... 52
Tablo 4.12 Yaşlı Diyabetlilerin Hastalığa İlişkin Özellikleri İle Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı…… 55
Tablo 4.13 Tip 2 Diyabetli Yaşlıların Tedaviye Uyum Düzeyleri İle Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı……... 58
Tablo 4.14 Yaşlı Diyabetlilerin İnsülin Kullanımı, Kan Şekeri Ölçümü ve Kan Şekeri Ölçüm Sıklığı İle Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı…… 60
Tablo 4.15 Yaşlı Diyabetlilerin Kan Şekeri Yüksekliği ve Düşüklüğü Yaşama Durumları ile Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı……... 63
Tablo 4.16 Yaşlı Diyabetlilerin Hastalığına Yönelik Eğitim Alma Durumları ile Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı…… 65
Tablo 4.17 Tip 2 Diyabetli Yaşlıların Egzersiz Yapma Durumları İle Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı……... 68
Tablo 4.18 Yaşlı Diyabetlilerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı…… 70
Tablo 4.19 Yaşlı Diyabetlilerin Hastalığa İlişkin Bilgileri İle Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı……. 72
Tablo 4.20 Yaşlı Diyabetlilerin Tedaviye Uyum Düzeyleri İle Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı……. 75
Tablo 4.21 Yaşlı Diyabetlilerin İnsülin Kullanımı, Kan Şekeri Ölçümü ve Kan Şekeri Ölçüm Sıklığı İle Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı…….. 76
Tablo 4.22 Yaşlı Diyabetlilerin Kan Şekeri Yüksekliği ve Düşüklüğü Yaşama Durumları İle Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı…… 77
Tablo 4.23 Yaşlı Diyabetlilerin Diyabet Hastalığına Yönelik Eğitim Alma Durumları İle Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı…….. 78
Tablo 4.24 Yaşlı Diyabetlilerin Egzersiz Yapma Durumları İle Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı…… 79

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD…….	Amerika Birleşik Devletleri
ADNKS……	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
ASM…….	Aile Sağlığı Merkezi
BGT……...	Bozulmuş Glikoz Toleranslı
D-SMART®……	Diyabet Öz Yönetim Değerlendirme Rapor Aracı
DM……...	Diyabetus Melliutus
DSÖ…….	Dünya Sağlık Örgütü
Gr…….	Gram
IDF……..	Uluslararası Diyabet Federasyonu
KETEM……	Kanser Erken Teşhis Tarama Eğitim Merkezi
KKY…….	Kronik Kalp Yetmezliği
KOAH……..	Kronik Obstriktif Akciğer Hastalığı
Mg/dl……	Miligram/Desilitre
Max……..	Maksimum
Min……..	Minimum
n……..	Sıklık
OGTT……..	Oral Glikoz Tolerans Testi
OAD…….	Oral Antidiyabetik
SCMP……..	Öz Bakım Yönetimi Süreci
SHM…….	Sağlıklı Hayat Merkezi
SİM……..	Sağlık İnanç Modeli
SPSS……..	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
SS……	Standart Sapma
TEMD……..	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TC……	Türkiye Cumhuriyeti
TDK…….	Türk Dil Kurumu
TUİK……	Türkiye İstatistik Kurumu
TURDEP…… ……	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalansı
USD…….	Amerikan Doları
VKI……...	Vücut Kitle İndeksi
X……...	Ortalama
%.....	Yüzde

1. GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde toplumun demografik yapısında değişiklikler yaşanmaktadır. Demografik yapıdaki değişimin pek çok sebebi bulunmaktadır. Bilim ve teknolojinin sürekli gelişmesi, tıptaki ilerleme ve gelişmeler, hastalıkların önlenmesi veya kontrol altına alınması, erken dönemde hastalıkların teşhis ve tedavinin sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesi, doğurganlığın azalması, bebek ölüm oranlarının düşmesi gibi sebepler demografik yapıda değişikliğe sebep olmaktadır (Bahar ve Savaş 2009, Mandıracıoğlu 2010, Bennett 2015, James ve Goli 2016).

Demografik yapıdaki değişiklikler ile birlikte toplumdaki nüfus yoğunluğu, nüfus artış hızı, yaş dönemlerine göre nüfus dağılımı değişmektedir. Bu değişikliklerin etkisi ile yaşlı nüfus artarken genç nüfus azalmaktadır. Demografik yapıda meydana gelen bu değişim dünyanın yaşlanması kavramını ön plana çıkarmaktadır. Dünyanın yaşlanması, bir toplumda yaş gruplarının nüfus içerisindeki dağılımının değişerek çocuk ve genç sayısının azalması, yaşlı sayısının artması demektir (Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007). Dünya Sağlık Örgütü (2015) yayınlamış olduğu 'Dünya Yaşlanma ve Sağlık Raporu'na göre nüfusun yaşlanmasının başlıca iki nedeni olduğundan söz edilmektedir. Bunlardan ilki neredeyse her ülkede doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması ikincisi ise doğum oranlarının azalmasıdır. Bu da insanların yaşlandığında hemen ölmediğini göstermektedir (DSÖ 2015). Doğuştan beklenen yaşam süresi TUİK (2018) verilerine göre artmıştır. Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süresi toplamda 78, kadınlar için 80.8, erkekler için 75.3 yaş olarak belirtilmiştir (TUİK 2018). İkinci olarak gösterilen doğum oranlarının azalması kaba doğum hızının kaba ölüm hızından daha az olduğunu göstermektedir (DSÖ 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (2012) Dünya'daki yaşlı oranını 2020 yılına kadar 1 milyardan fazla olacağını ve bunun 700 milyondan fazlasının da gelişmekte olan ülkelerde bulunacağını tahmin etmektedir. Bu tahminler ışığında ise 2050 yılında yaşlı sayısının 2 milyar olacağı ve de %80 inin gelişmekte olan ülkelerde olacağını belirtmektedir (DSÖ 2012).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlıların sayısı ve cinsiyetlere göre dağılımı son yıllarda değişikliğe uğramıştır. Yaşlı nüfus oranı 2014'ten 2018'e kadar %16 artış göstermiştir. Türkiye'deki yaşlı sayısının (2020) TÜİK verilerine göre 2019 yılında yaşlı nüfus son beş yıl içerisinde %21.9 artarak 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 kişiye

ulaştığı belirtilmiştir. Yaşlı nüfusun toplum içindeki yüzdesi beş yıl önce %8 iken, 2019 yılında bu oran %9.1 olmuştur. Bu yüzde içerisinde erkekler nüfusun %44.2'sini, kadınlar ise %55.8'ini oluşturmaktadır. TÜİK (2020) verileri yaşlı nüfusun kendi içerisindeki dağılımlarını şu şekilde belirtmektedir: 65-74 yaş grubu %62.8, 75-84 yaş grubu %28.2 ve 85 yaş ve üzeri %9.1 olarak dağılım göstermektedir (TÜİK 2020).

Dünyada ve ülkemizde demografik yapıdaki değişimler sonucunda sağlık ve hastalıklara yüklenen anlam da değişebilmektedir. Bazı hastalıkların önemi artarken bazı hastalıklar önemini yitirebilmektedir (Mandıracıoğlu 2010, Lendrum vd 2015, Asrani vd 2019). Yaşlı sayısındaki artış ile kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Kronik hastalıklardan en önemlilerinden biri de diabetus mellitustur (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011). En büyük küresel sağlık tehditlerinden biri olan diyabetes mellitus günümüzde pek çok ülkede diyabet ve komplikasyonları ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Tüm dünyada 2015 yılı itibari ile diyabetli kişi sayısı 415 milyon iken, 2040 yılında bu sayının 642 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (IDF 2015). Türkiye'de 20-79 yaş aralığında toplam yaklaşık 7 milyon diyabet hastası olduğunu ve bu rakamın toplam yetişkin nüfusun yaklaşık %15'ine denk geldiğini göstermektedir (WEB_1).

Diyabet insan sağlığını tehdit eden kronik bir hastalık olmasının yanında, hem bireye hem de ülkelerin sağlık sistemlerine maliyeti oldukça yüksektir (IDF 2015). Ülkelerin çoğunluğu toplam sağlık harcamalarının %5 ile % 20'sini diyabet hastalığına harcamaktadır (IDF 2015). Diyabetin kişiye ve topluma yükünü azaltmak için diyabet hastalarında akut ve kronik komplikasyonların önlenmesi önemlidir (TC. Sağlık Bakanlığı 2015).

Diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarını önleme veya geciktirme yöntemlerinden biri, hastalığın ilerlemesini etkin bir şekilde kontrol etmek ve önlemek için erken teşhis ve hastanın uygun bakımıdır (Shabbi vd 2017).

Diyabetli kişilerin, diyabete bağlı komplikasyonları önlemek veya geciktirmek için kendi kendine yönetim faaliyetlerini yürütmeleri gerekmektedir (Anderson ve Funnell 2003).

Ancak bireyler kendi kendine yönetimde çeşitli engellerle karşılaşabilmektedirler. Karşılaşılan bu engeller öz bakım yönetimlerini aksatmaktadır (Song ve Kim 2009, Boussageon, Gueyffier ve Cornu 2014). Diyabetli hastalarda öz bakım yönetimini etkileyen önemli engellerden biri bireylerin inanç ve tutumlarıdır.

Bazı araştırmalar diyabetin komplikasyonlarını azaltmak için, sağlık çalışanlarının sadece insanlara bilgi sağlamaması gerektiğini, aynı zamanda sağlık davranışlarını anlamak ve davranışta değişiklikler oluşturabilmek için temel kavram olarak inanç ve tutuma ilişkin algıların dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır (Shabbi 2017).

Bireylerin sağlıklı olma ve hastalık hali ile ilgili düşünce ve davranışlarını ifade eden sağlık inancı, sağlık için neler yapılması gerektiği konusundaki davranışlara yön vermesi bakımından önem taşımaktadır (Ünsal 2017). Sağlıkla ilgili davranışları açıklamada ve olumlu sağlık davranışları kazandırmada çeşitli modeller kullanılmaktadır. Bu modellerden birisi de Sağlık İnanç Modelidir (Champion ve Skinner 2008).

Sağlık İnanç modeli, insanların kendilerini bir duruma karşı (algılanan duyarlılık) duyarlı olarak görmeleri, o durumun potansiyel olarak ciddi sonuçlara (algılanan ciddiyet) neden olacağına ya da o durumdan kaçınmak için belirli bir eylem planının uygun olduğuna-inanmaları, durumunda hastalığı önlemek için harekete geçeceklerini varsaymaktadır. Yine o eylemin kendisinde yarar sağlayacağına (algılanan yarar) ilişkin inançlar bireyi davranışı gerçekleştirmede harekete geçirecektir (Rosenstock vd 1988). Literatürde sağlık inanç modelinin bileşenleri ile öz bakım davranışları arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Örneğin modelin bileşenlerinden biri olan ciddiyet algısının bireyde yüksek olması öz bakım davranışlarını beraberinde getirmekte ve geliştirmektedir. Yine algılanan engellerin azaltılması, öz bakım davranışlarına yönelik engelleri aşmalarına ve düzenli ve doğru öz bakım davranışlarını yapmaya hazır olmalarına yardımcı olmaktadır (Shabbi vd 2017). Diyabetlilerde daha önceden yapılan çalışmalar, algılanan duyarlılığı yüksek olan bireylerin glisemik kontrol düzeyini daha iyi kontrol altına alabildiklerini (Beranth 1999), ayak bakımlarını daha iyi yapabildiklerini (Sharifirad vd 2007) önerilen tedaviye daha iyi uyum sağladıklarını göstermektedir. Shamsi'nin çalışmasında, algılanan duyarlılıktaki iyileşmenin hastalarda yürüme gibi egzersiz davranışlarını arttırdığı sonucuna varılmıştır (Shamsi vd 2010). Tüm bu bulgular öz bakım yönetimini geliştirmede bireylerin hastalığa ilişkin sağlık inançlarının önemini ortaya koymaktadır.

Hastalığa ilişkin olumlu inanç ve tutum yaşlılık döneminde daha da önem kazanmaktadır. Bu dönemde şikayetlerin normal olarak kabul edilmesi, sağlık sorunlarına karşı farkındalığın azalması, var olan semptomların reddedilmesi, eğitim düzeyleri, şikayetleri ifade etmede güçlük, sağlık hizmetlerine erişimde zorluk, sağlık personelinin yetersiz ilgisi gibi nedenler yaşlılarda diyabet kontrolünü daha da zorlaştırmaktadır (Şermet vd 2018).

Yaşlanma ile ilişkili ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik, sosyokültürel ve ekonomik değişiklikler kronik hastalıkların öz bakım yönetimini güçleştirmektedir (Kubat ve Akın 2019). Yaşlı bireylerin yaşam tarzlarını ve sağlık davranışlarını değiştirmenin yaşlılığa bağlı tüm bu değişiklikler nedeniyle daha zor olabileceği düşünüldüğünde sağlık inançlarının ve öz bakım yönetimlerinin değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır ve bu konuda literatür sınırlı görünmektedir. Bu nedenle yaşlı diyabetli hastaların sağlık

inançlarının öz bakım yönetimlerini etkileyeceği hipotezinden yola çıkılarak, bu araştırma planlanmıştır

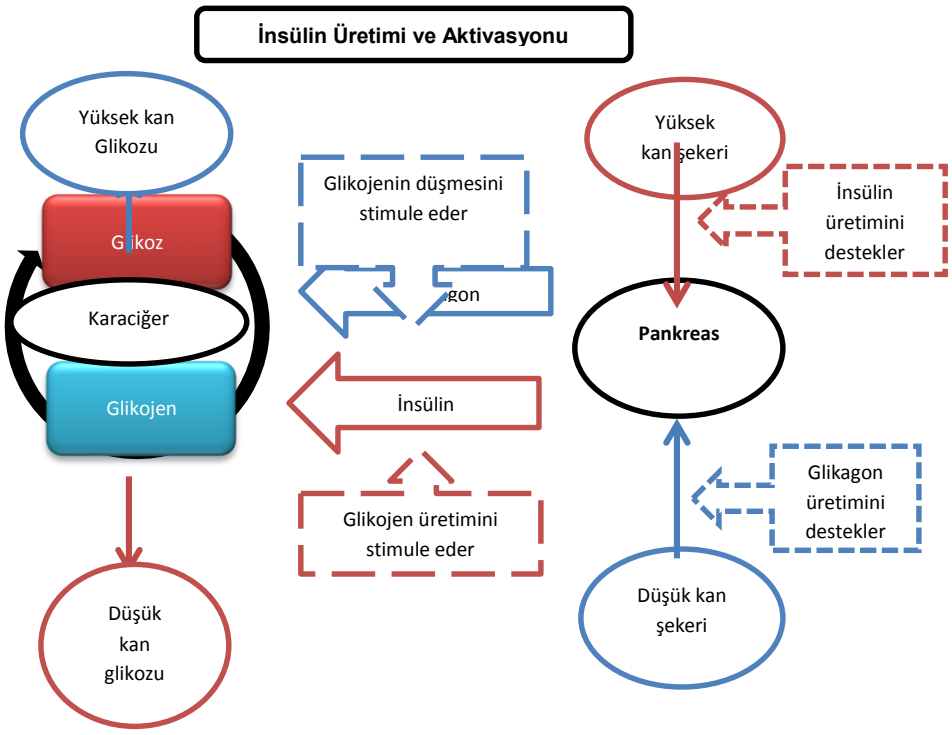
1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada tip 2 diyabetli yaşlıların hastalığa ilişkin sağlık inançları ile öz bakım yönetimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabetin Tanımı ve Önemi

Diyabet yaşam boyu süren, bireyi aileyi toplumu ve Dünya'yı etkileyen sağlık sorunlarından biridir. Etkili yönetilmediğinde bireylerin yaşamlarını olumsuz etkilemesi ve ülkenin sağlık sistemine ve ekonomisine verdiği zarar sebebi ile ciddiye alınması gereken bir hastalıktır. Diyabet yaşam şekli değişiklikleri ile sıklığı giderek artan bir sağlık sorunudur (Bullard vd 2018, Uçan ve Ovayolu 2010). Diyabetin oluşumunda etkisi olan insülin üretimi ve kullanımı önemlidir. İnsülin üretimi ve aktivasyonu için gerekli hormonlardan insülin ve gulikagonun etki mekanizması şekil 1'de verilmiştir.



Şekil1.1. İnsülin Üretimi ve Aktivasyonu (IDF 2017)

Diyabetin görülme sıklığı Dünyada ve ülkemizde giderek artmaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (IDF) (2017) verilerine göre Dünyadaki diyabetli kişi sayısı 425 milyon, bozulmuş glikoz toleranslı birey sayısı ise 352 milyondur. Diyabeti olan kişi sayısı 2045 yılında 629 milyon olacağı öngörülmektedir. Ülkemizde ise TURDEP 2 çalışmasına göre diyabet prevelansı %90 artış göstermiş ve %13.7 ye

yükselmiştir. Bozulmuş glikoz toleransının prevelansı ise %7.9'a ulaşmıştır. Uluslararası Diyabet Federasyonuna (2017) göre ülkemizde diyabet prevelansı %12.8 ve diyabetli kişi sayısı 6.700.000'dır (IDF 2017).

Diyabet için yayınlanan son veriler diyabetin önemini ortaya koymaktadır. Diyabet Dünya'da tüm ölüm nedenleri arasında 8. sırada gelmektedir. Dünya'da 2017 yılında diyabete bağlı gerçekleşen ölüm 4 milyondur. Diyabet için harcanan sağlık harcamaları 2017 yılında USD 727 billion, 2045 yılındaki tahmin edilen sağlık harcaması ise USD 776 billiondur. Tip 1 diyabetli çocuk ve adölesan sayısı 2017 yılında 1.106.500 olarak belirtilmektedir. Her yıl yeni tanı konulan tip 1 diyabetli sayısı ise 2017 yılında 132 bin 600 kişidir (IDF 2017). Önlem alınmadığı takdirde diyabetli hasta sayısı ve bozulmuş glikoz toleranslı birey sayısı her geçen gün artacaktır. Diyabet sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile önlenebilen ve kontrol altında tutulabilen bir hastalıktır (WEB_2). Yerli ve yabancı çalışmalarda kronik hastalıklar için risk faktörleri tanımlanmış ve bu risk faktörleri ortadan kaldırıldığında kronik hastalıkların önlenebildiği ortaya konulmuştur (Gonzales vd 2017, Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017, Cardosa vd 2018).

2.2. Diyabetin Epidemiyolojisi

Diyabet prevelans ve insidansı Dünya'da ve Türkiye'de birbirine paralel şekilde artış göstermektedir. Yıllara göre diyabetli sayısı her geçen gün artış göstermektedir. Uluslarası Diyabet Federasyonu (IDF) Dıabetes Atlas Eighth Edition (2017) güncel verileri ülkelere göre diyabetteki artışları 2017-2045 yılları için belirtmiştir (IDF 2017). En yüksek artış %156 artış ile Afrika, daha sonra ise %110 artış ile Orta Doğu-Kuzey Afrika takip etmektedir. En az artış Batı Pasifik'te %15'dir. Dünya genelinde 2017-2045 yılları arasındaki diyabet artışı %48 olacağı düşünülmektedir (IDF 2017).

Diyabetteki beklenen artış yaş gruplarına göre değişmektedir. Dünyada 2017 yılında 20-64 yaş arasında 327 milyon diyabetli varken bu sayının 2045 yılında 438 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Yaşı 65-79 aralığındaki diyabetli sayısındaki artış ise 93 milyon olacağı ve 191 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (IDF 2017).

Yaşlanma ile tip 2 diyabetin görülme sıklığını arttıran bazı faktörler bulunmaktadır. İnsülin salınımında azalma, insülin direncinin artması, fiziksel inaktivite vb. etkenlere bağlı yağ dokusunun artması ve kullanılan çeşitli ilaçlar yaşlılardaki görülen diyabetin görülme sıklığını arttırmaktadır (Arısoy 2013, Kalra ve Sharma 2018).

Yaş gruplarını geniş kapsamda ele alarak incelendiğinde ise 2017 yılında sağlık harcamalarının en iyi olan ve 20-79 yaş arasındaki diyabetli sayısının en yüksek olduğu

10 ülke arasında en yüksek hasta sayısına sahip ülke 348 milyon ile ABD'dir. En az diyabetli sayısına sahip ülke ise 2017 yılında 2 milyon ile Pakistan'dır (IDF 2020).

Diyabetin görülme sıklığı, ülkelerin gelir durumlarına göre sıklığı değişmektedir. Tanı konulmamış diyabetin en sık görüldüğü bölgeler %76.5 oranla yüksek gelirli ülkelerdir. Tanı konulmamış diyabetli bireylerin en az görüldüğü ülke %37.3 ile düşük gelirli ülkelerdir (IDF 2017). Dünyada kronik hastalıkların ölümlere sebebiyet verme durumu bulaşıcı hastalıkların önüne geçmiş durumdadır. Diyabete bağlı ölümler ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Bu değişikliğin sebebi, ülkelerin gelişmişlik düzeyi, ülkelerin nüfus yapısı, sağlık sistemlerinin durumuna göre değişmektedir. Diyabete bağlı ölümlerin diğer ölümlere oranı uluslararası diyabet federasyonuna göre Afrika'da ve %77 orana sahiptir. En az orana sahip bölge ise Avrupa ve %32.9 orana sahiptir (IDF 2017).

Türkiye'de diyabet prevelansı dünyadaki diyabet prevelansı ile doğru orantılı ve yıllara göre artış göstermektedir. Türkiye'de 2008 yılında diyabetli birey sayısı ortalama 2 milyon 514 bin civarında iken 2012 yılında toplam diyabetli sayısı ortalama 5 milyon 217 bin civarındadır. Kadın ve erkek diyabetli sayılarında ise bariz farklılıklar vardır. Kadınlarda görülen diyabet erkeklere göre daha fazla olmakla birlikte, 2008 yılında aralarındaki fark ortalama 600 bin iken 2012 yılında 1 milyon 321 bin civarındadır (IDF 2017). Diyabet görülme sıklığının artması ülkelerin sağlık sistemine ve maliyet giderlerine zarar vermektedir. Diyabet kontrol altına alınmadığı veya alınamadığı durumlarda diyabetin akut ve kronik komplikasyonları oluşmaktadır. IDF' ye göre diyabet komplikasyonlarına göre harcanan maliyet dağılımı en yüksek %28 oranla kardiyovasküller hastalıklardır. Retinopati ise %5 'lik oranla en az diyabet giderine sebep olan kronik komplikasyondur (IDF 2017).

2.3. Diyabetin Sınıflaması

Yaşlı ve gençler için diyabetin çeşidi değişebilmektedir. Yaşlılarda ve gençlerde diyabetin fizyopatolojisi değişmektedir. Diyabet tipleri farklı kaynaklarda değişik şekillerde tanımlanmaktadır. En genel şekilde diyabet dört gruba ayrılmaktadır. Bunlar aşağıdaki tabloda verilmiştir (Olgun 2012, IDF 2015).

Tablo 2.3.1 Diyabetin sınıflandırılması

• **Tip 1 Diyabet**	➢ İmmün Nedenli Tip 1 Diyabet ➢ Nedeni Bilinmeyen Tip 1 Diyabet

• **Tip 2 Diyabet**	➢ Periferik İnsülin Direncinin Ön Planda Olduğu ➢ İnsülin Sekresyon Yetmezliğinin Ön Planda Olduğu
• **Gestasyonel Diyabet**	➢ Gebelik sırasında ortaya çıkan ve gebelikten sonra sonlanan diyabet ➢ Gebelik sırasında ortaya çıkan ve sonra da devam eden diyabet
• **Belirli Sebebe Bağlı Diyabet**	➢ İnsülin Fonksiyonunda Genetik Bozukluklar ➢ Beta Hücre Fonksiyonunda Genetik Bozukluklar ➢ Pankreas Hastalıkları ➢ Endokrin Hastalıkları ➢ İlaçlar Ve Diğer Kimyasallar ➢ Enfeksiyonlar

2.3.1. Tip 1 Diabetes Mellitus

Bu diyabet tipi diğer isimleri ile ‘çocukluk diyabeti’, ‘insüline bağımlı diyabet’, ‘juvenil diyabet’ olarak da bilinmektedir. Tip 1 diyabette pankreas beta hücrelerinin otoimmun hasarına bağlı olarak daimi insülin eksikliği söz konusudur. Tip 1 diyabete sebep olan etmenler arasında ailesel yatkınlık ve de henüz sebebi tam olarak ortaya konulamayan çevresel etmenlerin sebep olduğu düşünülmektedir. Tip 1 diyabet çocukluk çağı hastalığı gibi düşünülse de son zamanlarda yetişkin bireylerde de saptanan tip 1 diyabet vakaları hızla artmaktadır.

Yetişkin bireylerde (25 yaş altı) görülen tip 1 diyabet ‘erişkinlerde latent otoimmun diyabet’ olarak isimlendirilir (IDF 2015).

Türkiye Diyabet Vakfı toplumdaki diyabet vakalarının %10’unun tip 1 diyabet olduğunu belirtmektedir. Her yıl 15 yaş ve altı 100 bin çocuktan 1-42 sinde diyabet gelişmekte ve kuzey ülkelerinde daha sıklıkla rastlanmaktadır (Türkiye Diyabet Vakfı 2016). Uluslarası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından yayımlanan ‘Yedinci Diyabet

Atlası' na göre tip 1 diyabetli çocuk sayısı yaklaşık 542 bin, bir yıl içinde tip 1 diyabet gelişen çocuk sayısı 86 bindir (WEB_2).

Tip 1 diyabetin tedavisi, diyabetin ortaya çıkmasına sebep olan insülin eksikliği nedeni ile insülin takviyesi ile hastalık tedavisi sağlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı Diyabet Tedavi Ve İzlem Klinik Protokolleri 2019). Bunun yanında hastalara önerilen diyet, fizik aktivite, düzenli izlem ile diyabet kontrol altına alınabilmektedir. Hastalığın glisemik kontrolünde hastaların kendilerini tanımaları ve glisemik kontrollerini yapmaları gerekmektedir (Klug 2016).

2.3.2. Tip 2 Diabetes Mellitus

Günümüze kadar tip 2 diyabet değişik şekilde isimlendirilmiştir. 'İnsüline bağlı olmayan diyabet', 'erişkin diyabet' bu duruma örnek gösterilebilir. Amerikan Diyabet Association (2014) tüm diyabet olguları içerisinde Tip 2 diyabetin %90'dan fazlasını oluşturduğunu belirtmiştir (Amerikan Diyabet Derneği 2014). Tüm dünyadaki nüfusun yaklaşık %5-10' erişkin diyabete sahiptir. Erişkin diyabeti genellikle orta yaşlarda ortaya çıkmakta ve bireylerin yaş alması ile sıklığı ve şiddeti artmaktadır (WEB_2). Yaşam şeklindeki değişimler, obezite görülme sıklığının artması, fiziksel aktivitenin azalması gibi toplumda meydana gelen değişimler tip 2 diyabetin daha küçük yaşlara çekilmesine sebep olmuştur (IDF 2015).

Bireyin bulunduğu ailede diyabet öyküsünün olması, hipertansiyon, gebelik diyabetinin olması, fazla kilolu olma, fiziksel inaktivite ve benzeri (vb.) tip 2 diyabet açısından risk oluşturan durumlardır (Diyabetes Mellitus Tedavisi İçin Klinik Uygulama Kılavuzu 2010).

2.3.3. Gebelik Nedeni İle Oluşan Diyabet (Gestasyonel Diyabet)

Bu diyabet türü gebelik oluşmadan önce bireydeki kan glikoz düzeyi normal olmasına rağmen birey gebelik sürecine girdikten sonra kan glikoz düzeyinin yüksek seyretmesi ile karakterizedir. Genellikle gebeliğin 24. Haftasından sonra genellikle

plasenta hormonlarının insülinin etkisini olumsuz etkilemesi sonucu oluşur (Blumer vd 2013).

IDF tarafından yayınlanan Yedinci Diyabet Atlası'na göre yedi doğumdan biri gebelik diyabetinden etkilenmektedir (WEB_2). Gebelerin %7 oranında gestasyonel diyabet görülmekte ve bu oran kullanılan tanı yöntemleri ve de bireylerin yoğunluğuna göre %1- %22 arasında değişmektedir (Amerikan Diyabet Derneği 2014).

2.3.4. Sebebe Bağlı Oluşan Diyabet

Diyabetin ortaya çıkabilmesi için her zaman İnsülin eksikliği olması gerekmez. Bazı nadir hastalıklar diyabetin oluşmasına neden olabilir. Bu hastalıklardan bazıları ise şunlardır; monogenik defektler, tip a insülin direnci sendromu, rabson-mendenhall sendromu, ekzokrin pankreas hastalıkları, endokrinopatiler, infeksiyonlar, down sendromu, klinefelter sendromu, turner sendromu vb.dir (IDF 2015).

2.4. Diyabetin Tanı Kriterleri

Türkiye Diyabet Programı'na göre diyabet tanı kriterleri aşağıdaki tabloda verilmiştir (IDF 2015).

Tablo 2.4.1 Diyabet tanı kriterleri

Açlık Kan Şekeri Ölçümü	126mg/dl veya Üstü
Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT)	200mg/dl veya Üstü
Rastgele Kan Şekeri Ölçümü	200mg/dl veya Üstü
Hba1c Değeri	%6.5 veya Üstü

Diyabet tanısı konulacak bireylerin yaşı değiştikçe diyabet tipi açısından riskler de değişebilmektedir. Diyabet tanı programlarında bireylerin vücut kitle indeksi (VKI) normal ve de yaşı 40'ı geçtiğinde rutin olarak taranması gerekmektedir. Ancak Bireylerin vücut kitle indeksi (VKI) 25 kg/m2 ve üzerinde olanlara her hangi bir yaşta diyabet taramalarına başlanılması rutin olarak önerilmektedir (Amerikan Diyabet Derneği 2014). Tarama yapıldıktan sonra diyabet tanısı konulmasa dahi üç yılda bir rutin taramalara devam edilmesi gerekmektedir.

Bireylerde diyabet açısından risk faktörü olan bazı durumlar vardır. Bunlardan bazıları ise şöyledir: ailede diyabet öyküsünün olması, insülin direnci varlığı, yüksek riskli etnik gruba mensup olmak, gestasyonel diyabet vb (IDF 2015).

Diyabet tanısı koymak için açlık kan şekeri ölçümü, oral glikoz tolerans testi (OGTT), Rastgele kan şekeri ölçümü ve HbA1c değeri kullanılan yöntemlerdir. En fazla

tercih edilen ve ekonomik olan yöntem açlık kan şekeri ölçümüdür. Bu yöntem gece en az 8 saat açlıktan sonra açlık kan şekerinin 126 mg/dl üzerinde olması sonucu diyabet tanısı konulmaktadır. OGGT uygulanışı diyabet açısından riskli olan bireye 75 gram (gr) glikoz içeren sıvı içirilir ve 2 saat sonra kan şekeri düzeyi 200 mg/dl ve üzerinde olması ile tanı konulur. Rastgele kan şekeri ölçümü günün herhangi bir saatinde bireyden alınan kanda kan şekeri düzeyinin 200mg/dl'nin üzerinde olması tanı koydurucudur (IDF 2015). HbA1c değerinin %6.5 veya üzerinde olması diyabet açısından tanı koyulması için yeterlidir. Bu yöntem diğer yöntemlere göre daha pahalı ve anemi, kan kaybı gibi durumlardan etkilenmesi dezavantaj oluşturmaktadır (Uluslararası Uzman Komitesi Diyabet Bakımı 2009).

2.5. Diyabetin Semptomları (Belirtileri)

Tip 1 diyabet ve tip 2 diyabet semptomları benzer olmakla birlikte ortaya çıkma zamanları değişiklik göstermektedir. Tip 1 diyabet belirtileri genellikle hızlı bir şekilde ortaya çıkmakta ve birkaç hafta içerisinde kendini göstermektedir. Tip 2 diyabet ise yıllarca kendini gizleyebilmektedir. Tip 2 diyabet hastalarında başlarda neredeyse hiç belirti yoktur. Bu tür hastalarda yıllar geçtikçe diyabet belirtileri kendini göstermektedir (IDF 2015). Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu'na göre diyabet belirtileri aşağıda sıralanmıştır (TEMD Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu Hasta Eğitim Kitapçıkları Serisi 2019).

Tablo 2.5.1 Diyabet belirtileri

Ağız Kuruluğu ve Polidipsi (Çok Susama)	Şeker idrar ile atıldığında vücuttan suyu da beraberinde götürür. Bu durum

	susama ve ağız kuruluğu yapabilmektedir.
Çok Yemek Yeme	Kandaki şekerin hücrelerin içine girmesi için insülin yetersiz kaldığı için kas ve organlarda enerji açlığı oluşur. Bu durum fazla yemek yemeğe neden olur.
Kilo Alamama veya kilo kaybı	Enerji olarak kullanılacak şeker bulunamadığı için kas dokuları ve yağ depoları büzüşür.
Poliüri (Sık İdrara Çıkma)	Şeker idrar ile atıldığında vücuttan suyu da beraberinde götürür bu durum sık idrara çıkmaya neden olur.
Halsizlik veya Yorgunluk	Hücre içinde enerji yokluğu hastalarda yorgunluğa neden olur.
Bulanık Görme	Vücuttan çok fazla su çekildiği için göz içindeki mercekte de su seviyesi azalır. Bu durum odaklanmayı zorlar ve bulanık görme olabilir (Ting vd 2013).
İdrar Yolu Enfeksiyonları	Kan şekerinin yüksek olması idrar yolu enfeksiyonunu arttırır.

2.6. Diyabetin Komplikasyonları

Komplikasyon kelime anlamı ile karmaşıklık demektir (TDK 2019). Tıp sözlüğüne göre ise bir hastalık varken yeni bir hastalığın veya sorunun eklenmesi durumu olarak tanımlanmaktadır (WEB_3). Diğer bir tanım ise bir ilacın ya da bir hastalığın sonucunda ortaya çıkabilecek yan etkidir (Hekimlik Terimi 2019). Diyabet hastalığı sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yönetilmesi kolay bir hastalıktır. Ancak diyabet düzgün yönetilemediği takdirde geri dönüşü olabilen veya geri dönüşü olamayan komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Diyabetin komplikasyonları akut ve kronik komplikasyon olarak ikiye ayrılmaktadır. Akut komplikasyonlar hızlı bir şekilde müdahale edilmesi gereken ve edilmediği takdirde mortalite sebebi olabilen durumları içermektedir.

Kronik komplikasyonlar ise zaman içerisinde yavaş yavaş oluşan sorunları içermektedir (Türkiye Diyabet Vakfı 2020). Makalenin bundan sonraki bölümünde diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarına sırası ile yer verilecektir.

2.6.1. Diyabetin Akut Komplikasyonları

Diyabetin akut komplikasyonları diyabetik ketoasidoz, hiperglisemik hiperozmolar durum, laktik asidoz ve hipoglisemi olarak dörde ayrılmaktadır.

2.6.1.1. Diyabetik Ketoasidoz

Diyabetik ketoasidoz insülin hormonunun mutlak veya görece eksikliği sonucu ortaya çıkan (tip 1 diyabetin başlangıç döneminde, yeteri kadar insülin kullanılmaması sonucu, doğru ölçüm yapılmaması sonucu insülin dozunun gereksiz azaltılması, enfeksiyonlar, travma, emosyonel stresler vb.) poliüri, polidipsi, karın ağrısı, dehidratasyon, hiperpne, nefeste aseton kokusu, taşikardi gibi bulgular gösteren diyabet komplikasyonlarının akut durumudur (Türkiye Diyabet Vakfı 2018). Bu durum sonucu idrarda keton yüksekliği ortaya çıkmaktadır. Diyabetik ketoasidoz çoğunlukla tip 1 diyabeti olan çocuklarda ölüm ve hastalıklara sebep olmaktadır (Kitabchi vd 2004, Wilk vd 2018). Genellikle bu durum ortaya çıktığında ilk olarak çok idrara çıkma, çok su içme, halsizlik, bulantı, kusma görülürken daha sonra durum bilinç bulanıklığı ve komaya kadar gidebilmektedir (IDF 2015).

2.6.1.2. Hiperglisemik Hiperozmolar Durum

Hiperglisemik hiperozmolar durum tip 2 diyabetli hastalarda akut insülin ihtiyacının artması kronik hastalıklar, gebelik, enfeksiyonlar ve pulmoner emboli gibi durumlar sonucu gelişen, taşikardi, poliüri, polidipsi, hipertansiyon, koma ve nörolojik semptomlar ile ortaya çıkan kan şekeri yükselmesi durumudur (Türkiye Diyabet Vakfı 2018). Hiperglisemik hiperozmolar durum çoğunlukla ileri yaşlarda ortaya çıkar ve diyabetik ketoasidoza göre daha ciddi seyretmektedir (IDF 2015).

2.6.1.3. Laktik Asidoz

Genellikle yaşlı diyabetik hastalarda görülen ve nadir olarak rastlanan bir sendromdur. Dokulara ihtiyacı olan oksijenin taşınamaması ya da yetersiz taşınması sonucu ortaya çıkmaktadır (IDF 2015).

2.6.1.4. Hipoglisemi

İnsülin dozunun ayarlanamaması ya da yanlış dozda ayarlanması, yüksek doz antidiyabetik ilaç uygulanması, aşırı hareket veya egzersiz yapma sonucu glikoz

ihtiyacının arması gibi sebeplerle ortaya çıkan; hafif düzeyde soluk, nemli, çarpıntı, terleme yapan, ağır düzeyde ise konvülsiyon, komaya kadar giden durumdur. Hipoglisemi için alarm düzeyi kan glikoz düzeyinin 70 mg/dl veya daha az olduğu durumlar, klinik olarak ise anlamlı hipoglisemide ise kan glikoz düzeyi 54 mg/dl veya daha az olduğu durumlar hipoglisemi olarak kabul edilir (Türkiye Diyabet Vakfı 2018).

2.6.2. Diyabetin Kronik Komplikasyonları

Diyabetin kronik komplikasyonları; diyabetik retinopati, diyabetik nefropati, diyabetik nöropati, diyabetik ayak ülserleri ve kardiyovasküler hastalıklar olarak gruplandırılmaktadır.

2.6.2.1. Diyabetik Retinopati

Diyabetik retinopati, gözün retinasında meydana gelen sistematik ve yapısal şekilde ilerleyici nörovasküler bir hastalıktır (Türkiye Diyabet Vakfı 2018). Retinada kan damarlarında meydana gelen hiperglisemiye bağlı yapısal bozukluk sonucu oluşur. Diyabet hastalığı gözde körlüğe sebep olan üç hastalıktan biridir.

Hastalık tanısı konduktan 20 yıl sonra tip1 diyabetli hastaların neredeyse hepsinde, tip2 diyabetli hastaların ise yarısında diyabetik retinopati gelişebilmektedir (IDF 2015). Bu sebeple bu hastaların gözleri doktor istemine bağlı olarak 3-6 ay ara ile doktor tarafından muayene edilmelidir (WEB_1).

2.6.2.2. Diyabetik Nefropati

Diyabet hastalarının neredeyse %20-%40 arasında diyabetik nefropati görülmektedir. Diyabetik nefropati böbrek glomerüllerindeki arterlerin hasar görmesi sonucu böbrek işlevlerinin geri dönüşü olmayacak şekilde bozulmasıdır (Türkiye Diyabet Vakfı 2018). Nefropati son dönemde saptanan böbrek yetmezliğinin en sık görülen sebebidir. Tip 1 ve tip 2 diyabetlilerde farklı zamanlarda saptanabilmektedir. Tip1 diyabetli hastalarda ortalama 10 yıl içinde görülebilirken, tip 2 diyabetlilerde diyabet tanısı konulduğunda bile saptanabilmektedir (IDF 2015).

Böbrek yetmezliği sebebi ile diyaliz tedavisi alan hastalarının neredeyse yarısı şeker hastalarından oluşmaktadır (DSÖ 2015). Türkiye Diyabet Cemiyeti'ne göre tip 1 diyabet hastalarında diyabetik nefropati gelişme riski %25-%40 daha fazladır.

Tip 2 diyabet hastalarında diyabetik nefropati gelişme riski ise %5-%40 arasındadır. Hemodiyalizdeki hastalarda tip 2 diyabet gelişme oranı %80 oranlarındadır (Süleymanlar ve Sönmez 2019).

2.6.2.3. Diyabetik Nöropati

Diyabetin kronik komplikasyonları arasında nöropati en uzun dönemde ortaya çıkan bir hastalıktır. Diyabet sebebi ile periferik ya da otonom sinir sisteminde değişik klinik tablolar göstererek ortaya çıkmaktadır (Türkiye Diyabet Vakfı 2018). Nöropati belirtileri arasında ayaklarda uyuşma, karıncalanma, yanma, ağrı ve güçsüzlük bulunmaktadır. Diyabetik nöropati muayeneleri tip 1 diyabetli hastalarda tanı konulduktan beş yıl sonra, tip 2 diyabetlilerde ise tanı konulduktan hemen sonra başlanmalıdır (IDF 2020).

2.6.2.4. Diyabetik Ayak Ülserleri

Diyabetik nöropati gibi komplikasyonlar sebebi ile hissizlik ortaya çıkmakta ve diyabetik ayak ülseri oluşmaktadır. Kazalar yaralanmalar dışında ayak ampütasyonu yapılma nedeninin neredeyse %60'ı şeker hastalığıdır (Eldor vd 2004). Diyabet hastaları hastalıkları süresince nereyse beşte biri diyabetik ayak komplikasyonu yaşamaktadır (IDF 2020).

Diyabetik ayak ülserleri ayak ampütasyonuna %20 oranında sebep olabilmektedir (Türkiye Diyabet Vakfı 2018). Bu gibi sebepler nedeniyle diyabet hastalarının muayeneleri sırasında ayak bakımı yapılmalı ve hastalara ayak bakımı öğretilmelidir (IDF 2020).

2.6.2.5. Kardiyovasküler Hastalıklar

Diyabet sebebi ile ortaya çıkan kardiyovasküler hastalıklar diğer komplikasyonlar kadar bilinmese de ciddiye alınması gereken bir komplikasyondur. Diyabet sebebi ile kardiyovasküler hastalıklar önemli derecede morbidite ve mortalite sebebidir. Diyabetli kişilerin inme ve korener arter hastalığı yaşama olasılığı diğer kişilere göre yaklaşık 3 kat daha fazladır (Amerikan Diyabet Derneği 2019).

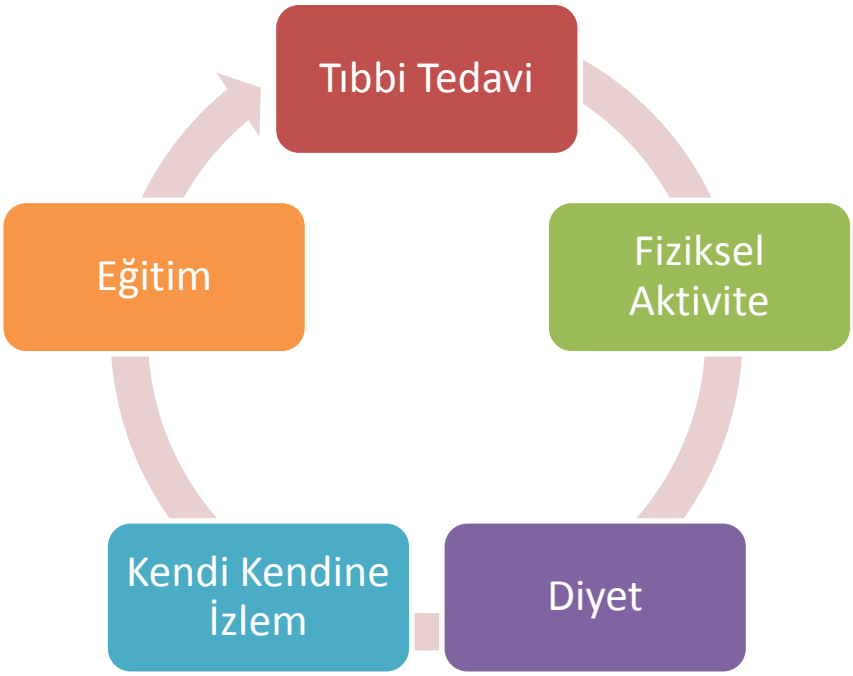
Diyabetli hastalarının kan glikoz seviyelerinin normal seviyelerde tutulması, lipit ve kan basıncılarının normal değerlerde tutulması diyabetin akut ve kronik komplikasyonları için koruyucudur (IDF 2015).

2.6.2.6. Diyabette Ağız Ve Diş Komplikasyonları

Diyabet hastalarında kan glikoz düzeyindeki değişimler ile beraber tükürük bezlerinde büyüme, tükürük glikoz seviyesinde artış, ağız kuruluğu, tat alma bozukluğu gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Bu sebeple diyabet hastalarının ağız diş sağlığı sık sık değerlendirilmesi gerekmektedir (Türkiye Diyabet Vakfı 2018). Diyabetli hastalarının kan glikoz seviyelerinin normal seviyelerde tutulması, lipit ve kan basıncılarının normal değerlerde tutulması diyabetin akut ve kronik komplikasyonları için koruyucudur (IDF 2020).

2.7. Diyabetin Tedavisi

Diyabetin yönetilmesi ve tedavi edilebilmesi için kullanılan yöntemler farklı kaynaklara göre değişebilmektedir. Bu bölümde çeşitli kaynaklar göz önünde bulundurularak diyabetin tedavisi 5 başlık halinde ele alınmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011, Olgun vd 2014, TEMD 2017).



Şekil 2.7. Diyabetin Tedavisi

2.7.1. Tıbbi Tedavi

Tıbbi tedavi Oral Antidiyabetikler(OAD), İnkretinmimetikler ve İnsülin Tedavisi olarak ikiye ayrılır.

2.7.1.1.Oral Antidiyabetikler (OAD) ve İnkretinmimetikler

Oral Antidiyabetikler (OAD) ve İnkretinmimetikler kan şekerini düzenlerken vücuda etkileri farklı şekilde olabilmektedir. Bu etkiler kısaca şu şekildedir:

Tablo 2.7.1.1.1 Oral antidiyabetikler (OAD) ve inkretinmimetikler kan şekerini düzenlerken vücuda etkileri

1. İnsülin Salgısını Arttıranlar	**2. İnsülin Etkisini Güçlendirenler**	**3. İnsülinomimetik Etki Gösterenler**	**4. Karbonhidratların Parçalanmasını Geciktirerek Etki Gösterenler**	**5. İdrar Yoluyla Glukoz Atılımını Artırarak Etki Gösterenler**
Sülfonilüreler (SU) ➢ Günde 1-2 kez yemekten önce kullanılır. ➢ Başlanmadan önce eğitim verilmelidir. **Glinidler (GLN)** ➢ Etki süresi kısadır. ➢ Yemeklerden önce 3 kez kullanılır.	**Biguanidler** ➢ *Metformin* tip 2 diyabette en etkilisidir. ➢ Yemekle veya yemekten hemen sonra alınır. **Tiazolidindionlar (TZD),Glitazonlar**	**İnkretin mimetikler GLP1A** **DPP-4 İnhibitörler** ➢ Genellikle günde 1 kez kullanılır. ➢ Önemli yan etki yoktur. **Amilin mimetikler*** ➢ Tip 1 tedavide de kullanılır. ➢ Ülkemizde yoktur.	Alfa glukozidaz inhibitörler (AGİ) ➢ Glikoz emilimini geciktirir. ➢ Mide bağırsak şikayetleri en önemli yan etkisidir. ➢ Günde 3 kez yemekle beraber alınır. ➢ Orta etkililiktedir.	Sodyum glukoz ko-transporter 2 inhibitörleri SGLT-2 İnh. ➢ Glikozun böbrekten atılımını arttırırlar. ➢ En önemli yan etkisi genitoüriner enfeksiyondur. ➢ İnsülinden bağımsız etki gösterir.

Diyabet tiplerine göre kullanılan ilaç çeşitleri değişmektedir. Tip 2 diyabetli hastalarda ilk olarak tercih edilen oral antidiyabetik (OAD) ilaç metformindir. Tip 1 diyabetli ve gestasyonel diyabetli hastalar için ise kullanılan tedavi yöntemi ise insülin tercih edilmektedir (Inzucchi vd 2012). Diyabet tedavisinde kullanılan bir diğer OAD ilaç grubu ise Glitazon'dır. Glitazan ödem yapıcı etkisi nedeniyle kullanımında dikkat edilmesi gerekmektedir (Yki-Järvinen 2004). Bunun dışında kullanılan ilaçlar ise şunlardır; Sulfonilüreler, Glinidler, Sitagliptin ve Vildagliptin vb. dir (IDF 2020).

2.7.1.2. İnsülin tedavisi

Diyabet Hastalığının tedavisinde insan insülinleri ve insülin analogları olmak üzere iki tip insülin çeşidi kullanılmaktadır (TEMD 2020).

2.7.1.2.1. İnsan İnsülinleri

Saflık Derecesine Göre

-Günümüzde sadece saf insülinler kullanılmaktadır.

Konsantrasyonlarına Göre

-Kristalize

-Tamponlanmış

-Hazır karışım

Etki Biçimine Göre

-Kısa etkililer

-Orta etkililer

Etkilerin Başlama Biçimi Ve Süresine Göre

-Kısa süreli ve çabuk etki gösterenler(Berrak görünümlü)

-Etkisi yavaş başlayıp orta derecede yavaş etki gösterenler (Bulanık görünümlü)

-Kısa ve orta etkili insülinlerin belli oranda karışımı(%30-%70) (bulanık görünümlü)

Uygulama Biçimine Göre

-Deri altı

-Kas içi

-Damar içi (yalnızca berrak ve kısa etkili insülinler kullanılır.)

Etki Gücüne Göre

-Her bir milimetresindeki insülin miktarını gösterir.

-Enjektör veya kalemle uygulananır.

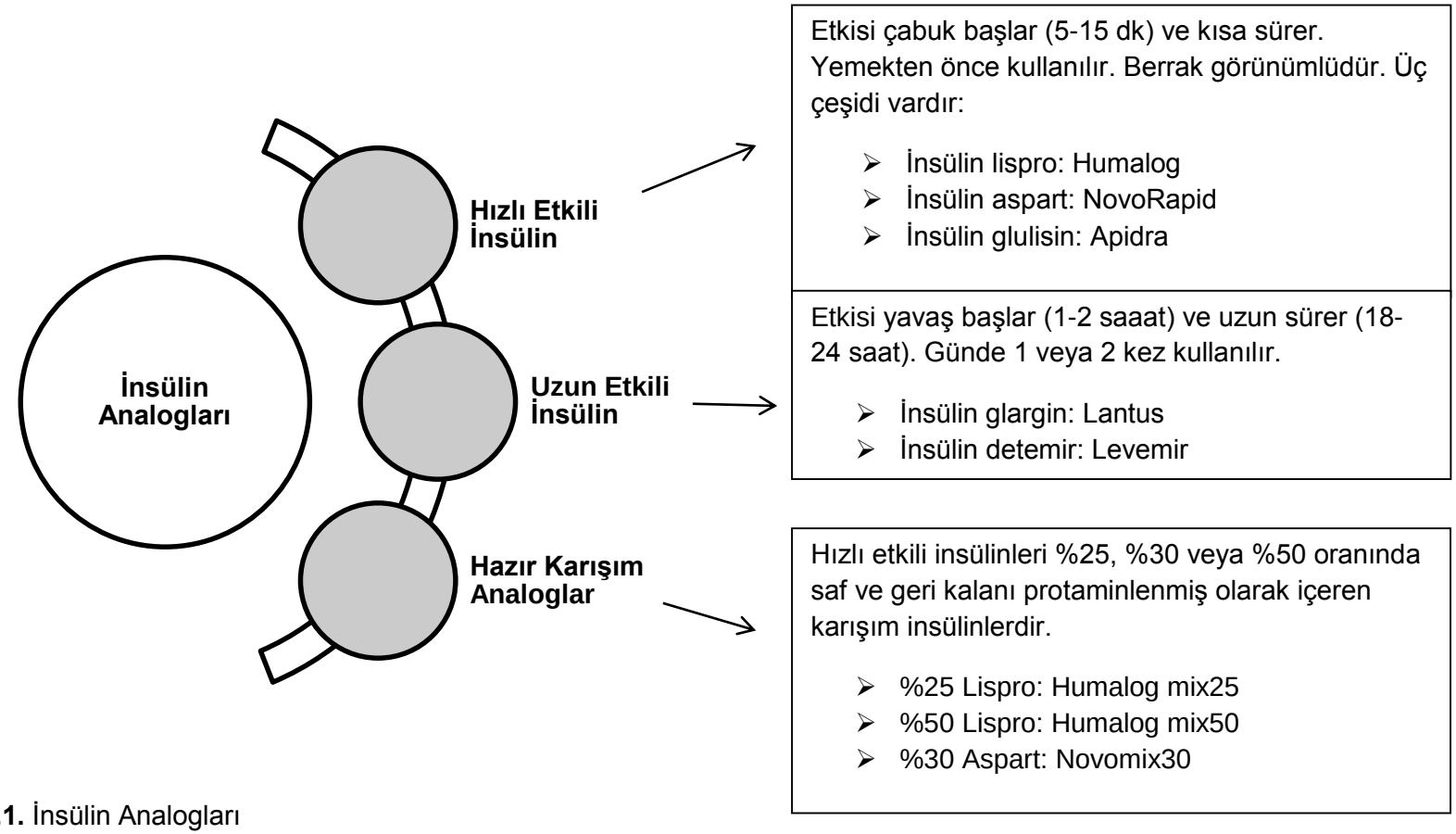
-Bir milimetresinde 100 inüte insülin vardır.

-U-100 insülin olarak adlandırılır.

Şekil 2.7.1.2.1.1. İnsan İnsülinleri

2.7.1.2.2. İnsülin Analogları

İnsülin molekülündeki diziliş sırasını değiştirerek veya bu zincirlere yeni aminoasitler eklenerek oluşturulmuş insülinlerdir. Bu insülinler normal fizyolojiye daha uygun oldukları için hipoglisemi riski daha düşüktür (TEMD 2020).



Şekil 2.7.1.2.2.1. İnsülin Analogları

İnsülin tedavisi ise hastaların kan şekerini normale getirmek ve normalde tutmak, oluşabilecek komplikasyonları önlemek, önlenemeyecek derecede komplikasyonlar gelişti ise ilerlemesini durdurmak amaçlanmaktadır (Türkiye Diyabet Vakfı 2021).

2.7.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite diyabet hastalığının yönetiminde etkili olan yöntemlerden biridir. Düzenli yapılan fiziksel aktivite diyabetin ortaya çıkmasını engelleyebilmektedir. Bunu kan şekerini normal seviyede tutması insüline olan direncin azaltılması vücut kitle indeksini normal sınırlarda tutması ile sağlamaktadır. Bunun dışında düzenli yapılan fiziksel aktivite ile diyabetin erken ve geç dönem komplikasyonları önlenebilmektedir (Çelik ve Pınar 2014, ADA 2015). Çalışmalar düzenli yapılan fiziksel aktivitenin diyabetin gelişimini %30-%50 oranında azalttığını ortaya koymaktadır (Şekir 2015, Colberg vd 2016). Tip 2 diyabetli hastaların düzenli fiziksel aktivie programları hazırlanırken bireylerin istek ve önerileri dikkate alınarak planlama yapılmalıdır. Egzersiz öncesinde ve sonrasında hastaların kan şekeri düzeyleri kontrol edilerek müdahale gerektiğinde girişimde bulunulmalıdır (TEMD 2013). Fiziksel aktivitenin vücuda olan diğer faydaları ise şunlardır:

- Bireylerin mortalite oranı azalır.
- Kalp hastalığı, tansiyon gibi kardiyovasküler sorunlar azalır.
- Depresyonu önler.
- Uykuyu düzenler.
- Vücut kilosunu normal sınırlarda tutar (Alpözgen ve Özdinçer 2016, Betlehem vd 2020).

Okburan ve Büyükkaragöz (2018) ‘Tip 2 Diyabet Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişikliği - Beslenme ve Fiziksel Aktivite’ adlı çalışmasında egzersizlerin kan glukoz düzeyini olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir. Aerobik egzersizlerin direnç egzersizleri ile beraber yapılması kan glukoz düzeyini düşürdüğü belirtilmiştir (Büyükkaragöz ve Okburan 2018). Yabancı literatür incelendiğinde de egzersiz programlarının diyabet yönetiminde etkili olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalar hastanın fiziksel özelliklerine göre belirlenmiş egzersizin diyabet hastalarının HbA1c değerlerini normal düzeyde tutmaya yardımcı olduğu görülmüştür (Colberg vd 2016).

2.7.3. Diyet (Beslenme Tedavisi)

Diyabetli hastalarda diyet programlarının oluşturulması, bireylere sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması diyabetin yönetimini kolaylaştırmaktadır. Diyabet bireyin beslenme alışkanlığından direk olarak etkilenmektedir (Deed vd 2015). Diyet programı oluştururken diyabetli hastanın ihtiyaçları göz önünde bulundurularak hasta ile beraber karar verilmelidir. Öncelikle hastanın kilo durumu değerlendirilip kilo vermesi gerekiyorsa fiziksel aktivite programı ile beraber diyet uygulanmalıdır. Fazla kilolu diyabeti olan hastaların %5 kilo kaybetmesi HbA1C düzeylerini normal sınırlara indirmesinde çok etkili yöntemlerden birisidir (Olgun 2012, Osman Nuri 2016). Diyabet hastalarında beslenme tedavisi uygulanmasındaki amaçlar şu şekilde özetlenebilir:

- Akut hiperglisemik atakların önüne geçilmesi
- Kardiyovasküler açıdan oluşabilecek komplikasyonları önlemek
- Nöropati, nefropatiyi önlemek
- Obezitenin önlenmesi
- Kilo kaybının önlenmesi
- Sindirim sisteminin düzenli çalışmasının sağlanması
- HbA1c'nın normal sınırlarda tutulması
- Vücut için gerekli enerjinin sağlanması (Liu vd 2015, Mercanlıgil 2019).

Beslenmenin diyabet hastalarının hastalık yönetiminde son derece önemli olduğu yerli ve yabancı çalışmalarla ortaya koyulmuştur. Özer (2019) yaptığı çalışmada kişilere yönelik hazırlanmış beslenme tedavisi diyabetin sebep olabileceği akut ve kronik komplikasyonları önlemede önemli olduğunu belirtmiştir (Özer 2019). Yapılmış bir diğer çalışmada ise beslenme tedavisi ile diyabet hastalarının sağlık sorunu yaşama ve hastaneye yatış sıklığının azaldığı belirtilmiştir (Uusitupa ve Schwab 2020).

2.7.4. Kendi Kendine İzlem

Diyabet kronik bir hastalık olması sebebi ile ömür boyu izlem ve tedaviyi gerektirmektedir. İzlem bireylerin günlük yaşamını sağlıklı olarak sürdürebilmesi için şarttır. Diyabet hastalarında izlem iki şekilde yapılmaktadır. Bunlardan ilki doktor tarafından hastanın düzenli olarak izlenmesi, ikincisi ise hastanın kendi kendini izlemidir. Kendi kendini izlem hastaların doktor izlemleri sırasında sağlık profesyonellerinden aldığı bilgi ve eğitimlerden direk olarak etkilenmektedir. Bu eğitimler hastaların ihtiyacına göre yapılmalıdır (Olczuk ve Priefer 2018).

Eğitim alan hastalar diyabetlerini yönetmek için kendi öz kontrollerini daha kolay geliştirebilmektedir (Olgun vd 2011). Diyabetli bireylerin hastalıkları birlikte yaşadıkları

sosyal çevre ve ailesini de etkileyebilmektedir. Bu nedenle yakın çevresine de verilen diyabet izlemine yönelik eğitimler bireyler açısından fayda sağlayacaktır (Swiatoniowska vd 2019).

Diyabetli bireyler kendi sağlık sorumluluklarını aldıklarında hastalıklarını yönetmek daha da kolaylaşacaktır. Kendi kendine izlem kavramı 1960'lı yılların sonunda ortaya çıkmış ve günümüzde daha da önemli hale gelmiştir. Kendi kendine izlem içerisinde hastalar kendi kan şekerini ölçme ve ölçüm sonucunu kaydetme, düşük veya yüksek çıktığında insülin dozunu ayarlama, kendi idrarlarındaki ketona bakma gibi tıbbi uygulamalara katılabilmektedir (Erol 2013). Bunun yanında hastalar beslenmesini düzenleme ve düzenli fiziksel aktivite yaparak diyabetlerinin izlemine katılabilmektedir.

Hindistan'da, tip 2 diyabet hastaların tedavi reçetelerine uyup uymadığını değerlendirmek ve uyumsuzluk nedenlerini analiz etmek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Tedaviye daha iyi uyum sağlanması için hastalarla sürekli motivasyonal görüşme ve sık aralıklarla yüz yüze eğitim yapılması gerektiği vurgulanmıştır (Rao vd 2014). Yapılan yerli ve yabancı çalışmalar hastaların kendi kendine izlemleri sonucunda diyabet yönetimlerinin kolaylaştığı, bakım ve tedavi sorumluluklarını üstlenen bireylerin glisemik kontrollerini daha kolay sağladıkları ortaya konmuştur (Kara ve Çınar 2011, Mamykina vd 2017).

2.7.5. Eğitim

Hasta eğitimi; hastalar ile sağlık profesyonelleri arasında oluşan öğrenme ve öğretme sürecidir. Hasta eğitimleri ile kendi hastalıklarından haberdar olmaları, memnuniyet ve uyum düzeylerinin artması sağlanmaktadır. Hasta eğitimi planlama uygulama ve değerlendirme basamaklarını içine alır (Günnar ve Saatcı 2017). Diyabet eğitiminde amaç:

- Diyabet hastasının diyabeti ile uyumunun sağlanması
- Metabolik kontrolünün düzenli bir şekilde sağlanması
- Hastanın tansiyonunu normal sınırlarda tutmak ve hastanın kendi takibini yapmasını sağlamak
- Hastayı kendisine uygun egzersiz programına alıştırmak
- Diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarını önlemek
- Komplikasyon oluştuysa ilerlemesini önlemek
- Diyabete bağlı ölümleri azaltmaktır (Funnel vd 2007, Yacoub vd 2015).

Diyabet eğitimi ile hastaların diyabetin ne olduğunu, diyabetin tedavisini, fiziksel aktivitenin önemini, diyabet ilaçlarını kullanabilmeyi, kan şekerini düzenli aralıklarla kontrol etmeyi, komplikasyonlarını tespit etmeyi, diyabeti yönetmek için kişisel stratejiyi

öğrenmesi beklenir. Diyabet eğitiminde hedef kitle diyabet hastası ve ailesi, diyabet riski yüksek olan kişi ve kişiler ve kitle iletişim araçlarıdır. Diyabet eğitiminde etkin rol alan sağlık personelleri doktor, diyabet hemşiresi, diyetisyen, egzersiz fizyoloğu, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve eczacıdır (Alotaibi vd 2016).

Diyabet hemşiresi;

- Diyabet eğitim planı oluşturur, eğitimin içeriğini belirler ve eğitim metaryali geliştirir.
- Diyabet eğitiminin grup mu bireysel mi yapılacağına hastanın ihtiyacına göre karar verir.
- Birinci basamak hizmetlerinde hastayı evinde ziyaret ederek eksikleri belirleyip girişimde bulunur.
- Diyabetle ilgisi olabilecek kişilere (öğretmen, polis vb.) eğitim verir.
- Hastanede diyabetli bireyler için hizmetleri koordine ederek etkililiği değerlendirir.
- Diyabetle ilgili güncel literatürü takip ederek araştırmalara katılır. Gerektiğinde kendisi de literatüre katkıda bulunur (Azami vd 2018, Türkiye Diyabet Vakfı 2020).

2.8. Diyabetin Önlenmesi

Günümüzde tip 1 ve tip 2 diyabetin önlenmesi henüz mümkün değildir ancak tip 2 diyabet bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanması ile yakalanma riski azaltılabilmektedir. Bu konu ile ilgili yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır (IDF 2015). Bu çalışmalarda sağlıklı beslenen ve spor yapan bozulmuş glikoz toleranslı (BGT) hastalarda diyabete yakalanma ihtimalinin, müdahalede bulunulmayan BGT'li hastaların diyabette yakalanma ihtimalinden düşük olduğu belirtilmektedir (Alphan ve Tüfekçi 2017).

Kronik hastalık olan diyabet, etkin ve doğru bir şekilde yönetildiğinde bireylerin yaşam kalitesi bu durumdan olumlu etkilenir. Kronik hastalıkların çoğunda olduğu gibi diyabette de bireylerin sağlıklarını nasıl algıladıkları, hastalıklarına yükledikleri anlam ve ciddiyet doğru tanımlanıp tespit edildiği taktirde yönetilmesi ve kontrol altına alınması kolaydır.

Diyabetin etkin yönetildiğinde yaşam kalitesi artar. Bayrak ve Çolak (2012) yaptığı çalışmada diyabet eğitimi verilen hastaların hastalıklarını daha kolay yönettikleri ve yaşam kalitesinin arttığı belirtilmiştir (Bayrak ve Çolak 2012).

Diyabet doğru yönetildiğinde hem bireylere, hem topluma hem de ülkenin sağlık sistemine olumlu etkileri vardır (IDF 2016). Diyabetin doğru şekilde yönetilmesi, bireylerin hastalıklarına uygun diyet programını benimsemesi, önerilen tedavileri doğru ve eksiksiz

uygulamaları, doktor kontrolüne gitmeleri, fizik aktivite yapmaları gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını hayatlarına entegre edebilmelerine bağlıdır (Herman vd 2015, Williams 2015). Finlandiya'da yapılmış bir çalışma ile bir grup BGT'li hasta iki gruba ayrılarak bir süre izlenmiştir. Gruplardan birine sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılarak iki grup da yaklaşık üç yıl takip edilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazandırılan grupta diyabetin oluşma ihtimali %58 azalmıştır (Tuomilehto vd 2001).

Diyabetli insanlar, yetenekli bir sağlayıcı ekibi tarafından sunulan sistematik, düzenli ve organize sağlık hizmetlerine erişime ihtiyaç duyarlar. Temel bakım düzeyinde, ilaçlar, sağlık ve yaşam tarzı danışmanlığı gibi temel müdahaleler ve düzenli ve uygun takibi olan bireysel ve / veya grup eğitimi ile sonuçlar iyileştirilebilir. Bu sistematik bakım, metabolik kontrol ve komplikasyonların periyodik olarak gözden geçirilmesini, sürekli güncellenen diyabet bakım planını ve belirtildiğinde multidisipliner bir ekip tarafından sağlanan hasta merkezli bakıma erişimi içermelidir (Speight vd 2020).

Bu tür bir bakım özellikle dünyanın birçok yerinde kaynaklar sınırlıysa, eğitim eksikliği nedeniyle öz bakımın daha zor olabileceği ve diyabet komplikasyonlarını saptamak için ev cihazlarıyla veya programlarıyla gliseminin izlenmesinin kısıtlı veya sınırlı olması durumunda, özellikle gereklidir (IDF 2005, ISPAD 2011). Sınırlamalar, kapsamlı yaşam tarzı programlarının yerel uyarlamaları veya teletıp ve mobil sağlık araçları gibi yeni teknoloji yenilikleriyle etkili bir şekilde ele alınabilir (IDF 2016).

2.9. Diyabetli Yaşlı Hastada Öz Bakım Yönetimi ve Önemi

Hastalıklar kendi içerisinde kronik ve akut olarak ikiye ayrılsa da her ikisinde de tedavisinin sağlanması ve bakım yönetiminin bireylere kazandırılması gerektiğidir (Hançerlioğlu ve Aykar 2018). Clark ve Gong'a göre öz yönetim becerisi bireylerin bir durum ile karşılaştıklarında o durum ile başa çıkmaya yönelik karar alma, değerlendirme, uygun tepkiler verme davranışları göstererek süreci tamamlamasıdır (Clark ve Gong 2000).

Velioğlu'na göre bireylerin öz bakım becerisi ise hastalıklarını yönetebilmek için yaptıkları etkinlikler olarak tanımlanmıştır (Velioğlu 1999).

Öz bakım yönetimi diyabetli yaşlı hastaların hastalıkları üzerinde söz sahibi olma durumlarını kapsayarak uygulamaya geçmelerinde katkıda bulunan özelliktir. Bireyler yaşlandıklarında çeşitli kronik hastalıklarla karşı karşıya kalmakta ve onların yönetimine katılabilmektedir (Durna ve Oğuz 2018).

Yaşlıların öz bakım yönetimi davranışı kazanması sağlık çalışanlarının hastaya verdikleri eğitim ile ilgilidir. Yaşlılara verilen eğitim onun hastalığı üzerinde söz sahibi olmasını kolaylaştırabilmektedir. Yaşlıların kronik hastalıkların tedavi ve bakımında

başarı sağlanması direk olarak öz bakım ve öz yönetim davranışları ile ilgili olan bir durumdur. Diyabetli yaşlılar kendi sağlıklarına ne kadar katılırsa öz bakım yönetimleri ve öz bakım becerileri o kadar yükselecektir (Bakır ve Akın 2019). Yaşlılar kronik olarak hastalıklarını yönetebildiklerinde olumlu sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bunlar:

- Hastaneye yatışların azalması
- Acile başvuruların azalması
- Hastaların fizyolojik ve psikolojik sorunlarının azalması
- Diyabet komplikasyonlarının azalması
- Yaşam kalitesinin artması olarak sıralanabilir (Kalender ve Sütçü 2014).

Öz bakım yönetimi kronik ve akut hastalıklar üzerine etkisi çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur. Bu çalışmalarda tanımlayıcı, kesitsel, randomize kontrollü çalışma teknikleri gibi teknikler kullanılmıştır. Elizabeth vd (2015) Amerika'da yaptıkları çalışmada Arap Amerikan diyabeti olan hastaların öz bakım yönetimlerine yardımcı ve engelleyici nedenleri bulmak için niteliksel bir çalışma yapmıştır. Toplamda örneklemi 23 kişiden oluşan çalışmada, yiyecek paylaşımları, dini inançlar, toplumsal cinsiyet rolleri gibi etkenlerin hastalıkların öz bakım yönetimini hem kolaylaştırdığı hem de zorlaştırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Bazı hastalar hekim ile hasta ilişkisinin hastalık yönetimi için önemli olduğunu savunurken, bazıları iletişim problemi yaşanmasının normal olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmanın sonunda öz bakım yönetimi için en büyük engelin eğitimsel eksiklik ve hastaları destekleyici kaynakların yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu eksiklerin giderilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur (Elizabeth vd 2015). Diyabet üzerine öz bakım yönetimi ile ilgili yapılmış bir diğer niteliksel çalışma Melissa L. ve Carmit K. (2015) Hawaii'deki Filipinli Amerikalılar arasında yapılmıştır. Bu çalışmada amaç tip 2 diyabetli hastaların kültürel değerlerinin, geleneklerinin, kendi kendine bakımlarının, eğitime katılımlarını kolaylaştıran ve engelleyen etmenlerin öz bakım algılarını ne düzeyde etkilediğini belirlemektir. Çalışmaya 15 tane tip iki diyabetli hasta alınarak odak görüşme tekniği kullanılmıştır. Çalışma sonucunda diyabet hastalığının öz bakım yönetimini zorlaştıran etmenler tespit edilmiştir. Bu etmenler; aileye ve yakın çevreye öncelik verirken hastalığı ikinci plana atmak, sosyal hayat içerisinde diyetlerini değiştirmek zorunda kalmak, korku ve kontrol davranışlarını yönetmekte zorlanmak vb. olarak belirlenmiştir (Melissa ve Carmit 2015). İspanya'da James A. (2015) tarafından 174 tip 2 diyabet hastasında yapılan Diyabet Özyönetim Değerlendirme Rapor Aracı (D-SMART®) geçerlilik çalışmasında diyabetin öz yönetiminin önemi ortaya konulmuştur (James 2015).

Diyabetin yönetimi ile metabolik kontrol değerleri arasında anlamlı ilişki olduğu yapılmış çalışmalar ile desteklenmektedir. Kara ve Çınar (2011) 207 diyabetli hastada

yaptıkları çalışmada, hastaların hastalık yönetimlerine ait pozitif tutumları arttığında hastalıklarını daha iyi yönettiklerini ortaya koymuştur (Kara ve Çınar 2011). Sürücü A. (2014) diyabetin öz bakım yönetiminde eğitimin önemli olduğunu ortaya koymuştur. Diyabetli bireye verilecek eğitimde bireyler grup eğitimine ya da bireysel eğitime alınabilmektedir. Bu iki eğitim yönteminin birbirine üstün olan özellikleri vardır. Bu derlemede grup temelli eğitimin bireysel diyabet öz yönetim eğitimine göre üstün olduğu veya eş değer olduğu belirtilmektedir (Sürücü 2014).

2.10. Diyabetli Yaşlılarda Öz Bakım Yönetimini Etkileyen Faktörler

Diyabetli yaşlıların öz bakım becerisi birçok değişkenden etkilenmektedir (Amelia vd 2018). Bu değişkenler çeşitli kaynaklarda farklı şekillerde sınıflandırılmıştır. Ünsar vd öz bakım yönetimini etkileyen etmenleri yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, aile ilişkileri, daha önceki hastalık geçmişi, stres yönetimi, benlik saygısı vb. olarak sıralamıştır (Ünsar vd 2006). Başka bir kaynakta ise Kalender ve Sütçü Çiçek (2018) kronik hastalık yönetimine etki eden etmenleri 3 başlık altında toplamıştır. Bunlar; hastadan kaynaklanan etmenler, sağlık çalışanlarından kaynaklanan etmenler ve sağlık sisteminden kaynaklı etmenler olarak belirtilmiştir.

- *Hasta Tarafından Kaynaklanan Etmenler:* Tip 2 diyabetli yaşlıların öz bakım yönetimi hastalığa uyumu, bilgi düzeyi, tutum ve inançları, sosyokültürel özellikleri, finansal kaynakları, komorbid durumu ve sosyal destek sistemlerinden direk olarak etkilenmektedir.
- *Sağlık Çalışanı Tarafından Kaynaklanan Etmenler:* sağlık çalışanının inançları, bilgisi ve hastaya yönelik tutumu diyabetin yönetiminde bireyler üzerinde son derece etkilidir. Hastalarla kurduğu etkileşim ve iletişimin niteliği ve kalitesi öz bakım yönetimini etkiler.

- *Sağlık Bakım Sistemi:* Sağlık sisteminin tüm bireyleri kapsaması, ulaşılabilir olması, ucuz veya ücretsiz olması tip 2 diyabetli yaşlıların öz bakım yönetimi davranışını olumlu yönde etkiler (Kalender ve Sütçü Çiçek 2018). Bu gibi sebepler tip 2 diyabetli yaşlıların öz bakım yönetimi becerisini geliştirmede, hastalığın ilerlemesi ve seyrini değiştirmede son derece önemlidir.

Literatür tarandığında Amelia vd (2018) tip 2 diyabet hastaları ile yaptıkları çalışmada öz bakım davranışına etki eden etmenleri araştırmıştır. Bireylerin öz yeterliliği, hastalık bilgisi ve aile desteğinin öz bakım davranışı üzerinde etkisi olduğu tespit

edilmiştir. Öz bakım davranışında en önemli faktörün motivasyon olduğu belirtilmiştir (Amelia vd 2018).

Kim ve Lee (2019) 'Tip 2 Diyabetli Hastaların Öz bakım Davranış Düzeylerini Etkileyen Faktörler' adlı çalışmasında öz bakım becerisine etki eden etmenler incelenmiş ve stres yönetiminin öz bakım davranışını yönetmede etkili olduğu tespit edilmiştir (Kim ve Lee 2019). Bonger vd (2018) tip 2 diyabetli hastalarla yaptıkları çalışmada diyabet yönetiminin ilaç tedavisine uyum, glisemik kontrol ve diyet yönetiminden etkilendiği ortaya konulmuştur (Bonger vd 2018).

2.11. Öz Bakım Yönetimi Arttırmak İçin Hemşirenin Sorumlulukları

Diyabet hastaları öz bakım yönetimini geliştirme noktasında sağlık personellerine gereksinim duymaktadır. Hemşireler hastaların öz bakım yönetimini geliştirmelerinde hastalara yardımcı olmaktadır (Vas vd 2017).

Hemşirelerin hastalarda öz bakım yönetimini sağlamada pek çok rolü bulunmaktadır. Bu roller arasında bakım verici rolü, eğitici rolü, araştırmacı rolü, savunucu rolü, danışman rolü, liderlik rolü, değişim ajanı rolü, güçlendirici rolü, yönetici rolü ve rol model olma rolü vardır. Hemşireler tip 2 diyabet eğitimini düzenlerken eğitici rolünü kullanırlar (Janice 2017). Tip 2 Bu gereksinimi karşılarken hastalara verilen eğitimler ihtiyaca yönelik düzenlenmelidir. Hemşireler eğitim sırasında hastaları eğitim sürecinin içine alarak bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu almasını sağlamalıdır (Sivrikaya ve Ergün 2017). Düzenli olarak diyabet eğitimine katılan bireyler kendi kontrollerini sağlamada daha başarılı olmaktadır.

Bu nedenle diyabetli yaşlılara düzenli olarak hasta eğitimleri verilmeli ve hastaların eğitime katılımı desteklenmelidir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014). Hemşireler diyabet eğitimi ve hastaların diyabetlerini yönetmeleri konusunda anahtar rol oynamaktadır.

Hemşireler hastalara eğitim sırasında hastayı dinlemeli, en verimli iletişim yolunu seçerek diyabet hakkında hastayı en iyi şekilde bilgilendirmeli, hastalığın tedavisi sırasında hastaların kendi sağlık sorumluluğunu almasını sağlamalıdır (Adams vd 2019). Hemşirelerin verdiği diyabet eğitimleri sayesinde bireysel toplumsal ve sağlık sistemi açısından fayda sağlanmaktadır. Bu faydalardan bazıları aşağıda sıralanmıştır:

- Bireyin hissettiği hastalık yükü azalır.
- Hasta kendi sağlık sorumluluğunu üstlenir.
- Hastaneye yatışlar azalır.
- Diyabetin ülke ekonomisine olan yükü azalır.
- Diyabete yönelik olan toplumsal farkındalık artar (Oktay vd 2014).

Değişen ve gelişen toplum ihtiyaçları hemşirelerin araştırıcı rolünün önemini ortaya çıkarmaktadır. Hemşireler araştırıcı rolünü kullandığında, hastaların öz bakım yönetiminde rol oynayan etmenleri belirler, literatürde yayınlanan güncel verilere ulaşır ve bu yenilik ve gelişmeleri hastaların öz bakım yönetimlerine yön vermede kullanır (Karadaş ve Özdemir 2015). Hemşireler öz bakım yönetimini sağlarken savunucu rolü ile hastalarının haklarını koruyarak, onların haklarının farkına varmasını sağlar. Hastalar gerek duyduğunda hemşirelerin bilgisine başvurarak danışman rolünden faydalanmaktadır.

Hemşireler hastaların öz bakım yönetimini sağlarken onlara olumlu tutumu kazandırmaktadır. Bu sayede değişim ajanı rolü kullanılmaktadır. Hemşirelerin hastalarda öz bakım yönetimini sağlarken kullandığı bir diğer rolü güçlendirici rolüdür. Güçlendirme kavramı, bireylere kendileri ile ilgili konularda güç ve yetki kazandırma anlamını taşımaktadır (Dedeli ve Fadıoğlu 2012). Güçlendirme rolü kullanılarak tip 2 diyabeti olan yaşlı hastaların öz bakımlarını sağlayabilmeleri ve hastalıklarını kontrol edebilmeleri sağlanmaktadır (Alkaya 2016).

ABD'de hemşirenin diyabet bakımındaki rollerine ilişkin algılarını incelemek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre; hemşirelerin diyabet yönetiminde daha büyük bir rol almaları gerektiği belirtilmiştir. Hemşireler ve hekimler arasında tespit edilen en yaygın fark olarak hemşirelerin daha iyi eğitim vermeleri, hastalarla daha fazla zaman geçirmeleri, daha iyi dinleyiciler olmaları ve hastalarını hekimlerden daha iyi tanımaları olarak bildirilmiştir (Siminerio vd 2007).

Yapılan başka bir çalışmada Tip 2 diyabet hastaları ile hemşire arasındaki iletişiminin kalitesi ve bu kaliteye göre hastaların öz bakım yönetimi davranışları değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda hastaların öz bakım yönetimi davranışını kazanmasında hemşirelerle kurulan iletişimin etkili olduğu belirtilmiştir (Mulder vd 2015).

Hemşirenin diyabetin önlenmesinde ve bireyleri diyabetten korumada birincil, ikincil (sekonder) ve üçüncül (tersiyer) düzeyde görev ve sorumlukları bulunmaktadır. *Birincil koruma* hastalık ortaya çıkmadan önce yapılan girişimleri kapsamaktadır. Birincil koruma sağlanabilmesi için hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler birincil koruma kapsamında bireylerin kilolarını normal düzeyde tutmalarını, fiziksel olarak aktif kalmalarını ve sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanmalarını sağlayabilmektedir (Busse vd 2018). Diyabet hastalarında *İkincil (sekonder) koruma* diyabetin erken dönemde saptanarak hastalığın akut ve kronik komplikasyonlarının önlenmesini kapsamaktadır. Bu kapsamda hemşireler riskli gruplara eğitim vererek kan şekeri ölçüm sıklığı belirlenmesinde, bozulmuş glikoz toleranslı kişilerin doktor

kontrolüne düzenli gelmesini sağlayabilir (Nurses Leading Chronic Care 2010). *Üçüncül (tersiyer) koruma* diyabet sebebi ile ortaya çıkan komlikasyonların rehabilite edilmesi üzerinde durmaktadır. Hemşirelerin komplikasyon gelişmiş diyabet hastalarının bakımında çok büyük önemi bulunmaktadır (Akın 2012).

Kısaca diyabet hastalarında öz bakım yönetimi arttırmak için diyabet hemşiresinin sorumlulukları aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir:

- Tip 2 diyabetli yaşlıların ihtiyacına göre eğitim metodunu belirleyip uygun eğitim tekniğini kullanır.
- Eğitim içeriğini hastanın ihtiyacına göre belirler.
- Eğitimin bireysel mi grup mu yapılacağına karar verir.
- Gerekli gördüğü hastaları evinde takip eder.
- Hastanın tıbbı tedavisini takip ederek ilaçlarının düzenli kullanımını sağlar.
- Hastanın ve ailesinin diyabet konusunda bilinçlenmesini sağlar.
- Diyabet hemşiresi diyabet hakkında bilimsel gelişmeleri yakından takip edip diyabet hakkındaki bilgilerini sürekli güncellemelidir.
- Hastanın yaşam koşullarını diyabete göre şekillendirmede yol gösterici olmalıdır.
- Hastanın öz bakım yönetimi davranışlarını sürekli takip etmelidir (Powers vd 2016).

Bireylerin öz bakım yönetimlerini sağlamak için hemşirelerin teorik temellerinin sağlam olması gerekmektedir. Teorik temeller iki yönelime ayrılmaktadır. Bunlardan ilki sağlığı yükseltmeye yönelimidir. Bunu yaparken bireysel bakış açısını kullanmalı, bireyleri güçlendirmeye çalışmalı, sağlık ve sosyal politikaları takip etmeli, toplumu yönlendirmelidir. İkinci olarak ise halk sağlığına yönelim önemlidir. Bunu yaparken hastalığı önleme yaklaşımını benimsemeli gerektiğinde otoriter davranabilmelidir (Durna ve Oğuz 2018).

Literatürde öz bakım yönetimini etkileyen prediktörlerin incelenmesinde sağlık inanç modeli yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle sağlık inancının öz bakım yönetimi üzerine etkisinin araştırılması önemlidir.

2.12. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık inanç modeli, davranışçı modeller arasında tanımlanmaktadır. Davranışçı modeller arasında tanımlanan en eski model 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından tanımlanan sağlık inanç modelidir (Champion 1985). Daha sonra sağlık inanç modeli 1994 yılında Schwab vd geliştirdiği beş alt boyut ele alınarak Tan tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir (Tan 2004).

Sağlık inanç modelinin Tip 2 diyabetli hastalarla Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını Kartal ve Özsoy tarafından (2007) yapılmıştır (Kartal ve Özsoy 2007).

Sağlık inanç modeli kişilerin hastalık veya hastalığa yakalanma ihtimali halinde eylemlerine yön veren düşüncelerin nasıl şekillendiğini açıklamaya çalışmaktadır. Eylemi yapmaya veya yapmamaya sebep olan motivatörlerin anlaşılması için ortaya atılmış motivasyon modelidir (Adıbelli 2016). Sağlık inanç modeli önceden kamu sağlığı ve tarama programlarından faydalanması gereken bireyleri belirlemek için kullanılırken, günümüzde hastalık taraması, hastalık ve önleyici davranışları belirlemek için kullanılmaktadır (Bulduk vd 2015). Sağlık inanç modeli 6 temel kavram olarak alt boyutlara ayrılmıştır. Bunlar;

- Algılanan duyarlılık
- Algılanan ciddiyet
- Algılanan yarar
- Algılanan engeller (Redding vd 2000).
- Eylem ipuçları
- Öz yeterlilik

-*Algılanan duyarlılık*, Bireylerin hastalık veya sağlığına yönelik yüklediği anlamlar doğduğu andan itibaren gelişmeye başlar. İnsanlar hastalıkla karşılaştıkları anda eyleme geçme ve hastalıklarını yönetme davranışları bireylerin hastalıklarına ne kadar duyarlı olduklarından direk etkilenmektedir. Hastalık çıktıları ve sürecin nasıl sonlandığı algılanan duyarlılık algısı ile şekillenir. Kişilerin hastalığa ne kadar yakalanma ihtimali verdikleri ile ilişkilidir (Potter ve Perry 1999). Bu alt boyut koruyucu sağlık hizmetlerine katılımı belirler.

-*Algılanan ciddiyet,* kişilerin hastalıklarının sonucunun ne kadar ciddi olabileceğine yönelik inancını ifade etmektedir. Eğer bireyler hastalıkları ile ilgili önlem almazsa sonuçlarının ne kadar kötü olabileceğine yükledikleri anlamdır. Hastaların algıladıkları ciddiyet yüksek ise eyleme geçme olasılığı daha yüksektir (Finfgeld vd 2003).

-*Algılanan yarar*, bireyler hastalıklarını kontrol altına alabilecekleri önlemlerin ne kadar önemli olduğunu düşünmesi ile ilgilidir. Tedbirli davranışların hastalığı önlemede önemli olduğunun düşünülmesidir (Becker ve Janz 1985).

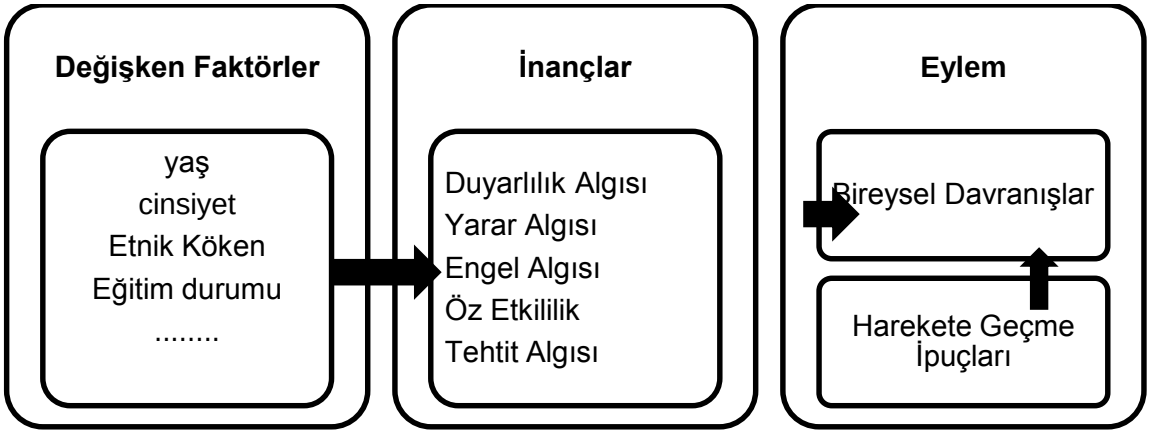
-*Algılanan engeller,* kişilerin hastalıkları ile olumlu olabilecek davranışlara geçmesini önleyen durumları ifade etmektedir.

Hastalık tedavisinin maliyetli olacağının düşünülmesi, düzenli doktor kontrolünün gereksiz olduğuna inanılması, hastalığın tedavisi olmadığının düşünülmesi algılanan engellere örnek verilebilir (Finfgeld vd 2003).

-*Eylem ipuçları*, bireylerin eyleme geçmesine yardım eden uyarıcıları ifade etmektedir. Bu uyarıcılar içsel ve dışsal kaynaklı olabilmektedir. İçsel kaynaklı uyarıcılar bireyin hastalığı daha önce yaşaması içsel bir uyarıcı iken, bireyin çevresindeki kişinin hastalığı deneyimlemesi dışsal uyarıcı olabilmektedir.

-*Öz yeterlilik*, bireyin kendisine duyduğu güven duygusu ile ilişkili olup, hastalıkla ilgili kendisinde hissettiği güven duygusunu ifade etmektedir.

Sağlık inanç modeli bileşenleri ve değişkenlerinin birbirini nasıl etkilediği Champion ve Skinner tarafından aşağıdaki görselde verilmiştir (Champion ve Skinner 2008).



Şekil 2.12.1. Değişken Faktörler, İnançlar ve Eylem

2.13. Öz Bakım Yönetiminin Sağlık İnanç Modeli İle İlişkisi

Kronik hastalıklar tüm dünyada ölüme sebebiyet veren nedenler arasında ilk sırada gelmektedir. Ölümlerin azaltılması için kronik hastalıkların etkin yönetilmesi ve hastaların öz bakım yönetimlerini sağlaması önemlidir. Öz bakım yönetiminin farklı değişkenlerden etkilendiği çalışmalarla ortaya konulmuştur.

Diyabetli hastaların öz bakımlarını yönetme becerisi diyabetlerinin kontrol altında tutulmasını doğrudan etkilemektedir. Sonuç olarak bakım çıktılarında doğrudan etkili olan hastanın kendisi olduğu, sağlık davranışlarını sürdürebileceğine olan inancı, bilgi ve motivasyonunun önemli olduğu ortaya çıkmaktadır (Koşar ve Besen 2015). Diyabet yönetimi sadece öz bakım yönetiminden değil bireylerin sağlık inançlarından da etkilenmektedir.

Hastaların hastalıklarına yükledikleri anlam, hastalıklarını ciddiye alıp almaması, algıladıkları engeller, algıladıkları yararlar, aktivite ile ilişkili etkiler önemlidir (Arısoy 2013). Sağlık inancı ve öz bakım yönetimi doğrudan hastalığın seyrini etkilemektedir.

Birbirlerini nasıl etkilediklerini ortaya koyan bir çalışma olmamakla birlikte her ikisinin diyabet üzerinde etkisini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur.

Kronik hastalıklı olan hastalarla sağlık inanç modeli kullanılarak yapılmış yerli ve yabancı çalışmalar mevcuttur. Sağlık inanç modeli puan ortalaması yüksek olan kronik hastalıklı bireylerin hastalıklarını daha kolay yönettikleri çalışmalarla ortaya konulmuştur (Kılınç ve Erci 2007, Çimen vd 2012, Bal 2014, Kartal vd 2017, Kılınç ve Gür 2018, Kızılırmak ve Karaöz 2018). Ancak literatür tarandığında öz bakım yönetimi ve sağlık inanç modelini birebir karşılaştıran ve yaşlıların hastaları spesifik kapsayan çalışmalar mevcut değildir.

Tip 2 diyabetli hastalarla yapılmış randomize kontrollü bir çalışma Kartal ve Özsoy (2014) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada amaç verilen eğitimin sağlık inancı ve tedaviye uyumu etkileyip etkilemediğini belirlemektir. Çalışma sonucunda deney grubunda sağlık inanç modeli puan ortalaması artmış HbA1c değerleri azalmıştır (Kartal ve Özsoy 2014).

Nijerya'da yapılmış bir çalışmada diyabetik hastaların diyabetik sağlık bilgileri ve tutumları ile hastalık yönetimleri karşılaştırılmıştır. Örneklem grubu 400 kişiden oluşan bu çalışma sonucunda kitle iletişim araçları kullanılarak hastaların sağlık bilgileri geliştirilmeye çalışılmıştır. Çalışma bulgularına göre sağlık bilgileri arttırılan tip 2 diyabetli yaşlı hastaların hastalığa yönelik öz bakım yönetimlerinin de iyi duruma geldiği gözlenmiştir (Tililope ve Vikstrom 2019).

Başka bir çalışma öz bakım yönetimi ve diyabetik kontrol bilgisi arasındaki ilişkiyi incelemiş ve çalışma bulguları olarak öz bakım yönetimi konusunda artan bilgi ve uygulama diyabetin kontrolüne yardımcı olduğu sonucuna varılmıştır (Nwaomah 2020). Yerli ve yabancı literatür tarandığında öz bakım yönetiminin hastalık uyumu ile ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur. Bu çalışmalar neticesinde tip 2 diyabetli yaşlıların öz bakım yönetimi ve sağlık inançları arasında ilişki araştırılmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, tip 2 diyabetli yaşlı hastaların hastalığa ilişkin sağlık inançları ile öz bakım yönetimleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmış kesitsel ve ilişki arayıcı nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma Denizli il merkezinde yürütülmüştür. Denizli; coğrafi olarak Ege Bölgesi'nde yer alan İç Batı Anadolu'nun gelişmekte olan illerinden biridir. Nüfus yoğunluğu her geçen gün artmakta ve göç almaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçlarına göre Denizli 2018 yılında 1 milyon 27 bin 782 kişi iken 2019 yılında binde 9.13 artmış ve 1 milyon 37 bin 208 kişi olmuştur. Denizli nüfusunun %49.9'u (519 bin 492 kişi) erkek, %50.1'i (519 bin 492 kişi) kadınlardan oluşmaktadır. Bölgede 60 yaş ve üzeri nüfus miktarı 2017 yılında 153 bin 606'dır (WEB_4). Denizli ilinin yüz ölçümü 11.868 km'dir. Nüfus artış hızı 2020 yılında Türkiye'de binde 5.5, Denizli'de ise binde 3.57'dir (TÜİK 2020).

Tarım ve tekstil, jeotermal sanayi, turizm bölgenin önemli geçim kaynağını oluşturmaktadır. Tarım ve sanayi kolları birbirine tamamen entegre şekilde ve her geçen gün gelişmektedir. Ayrıca Denizli pamuklu sanayi kolunda dünya başkenti olarak kabul edilmektedir (WEB_4).

Denizli'de toplam 7 tane ilçe sağlık müdürlüğü 14 tane kamu hastanesi (3 tanesi şehir merkezinde) 9 tane toplum sağlığı merkezi 6 tane il ambulans servis başhekimliği 2 tane kanser erken teşhis tarama eğitim merkezi (KETEM) 2 tane sağlıklı hayat merkezi (SHM) bulunmaktadır (WEB_5).

Araştırma Denizli ili Pamukkale ve Merkezefendi ilçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 60 yaş ve üzeri tip 2 diyabetli yaşlılarda yapılmıştır. Denizli'de toplam 193 Aile Sağlığı Merkezi hizmet vermektedir. Bunların 98 tanesi Pamukkale İlçe Sağlık Müdürlüğüne, 95 tanesi ise Merkezefendi İlçe Sağlık Müdürlüğüne bağlı bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Denizli İl Sağlık Müdürlüğü 2017 kayıtlarına göre Denizli ilinde yaşayan 60 yaş ve üstü ş tüm diyabetli yaşlılar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Denizli'de toplam 60 yaş ve üzeri nüfus 2017 yılında 153 bin 606'dır (WEB_4). Denizli ilinin merkez nüfusu

ise 2019 yılı TUİK verilerine göre 554.424 olduğu ve TUİK 2018 raporuna göre Denizli nüfusunun %10.7'sinin yaşlı olduğu belirtilmiştir (TÜİK 2019).

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Örnekleme alınacak kişi sayısı hem evrendeki birey sayısı bilinen örneklem formülü ile hem de G-power 3.0.10 programının Correlation: point biserial modeli t testi kullanılarak hesaplanmıştır. G-power 3.0.10 programının Correlation: point biserial modeli t testine göre, daha önceden konu ile ilgili yapılmış çalışma bulunmadığı için varsayımsal olarak beklentiler yönünde yapılan güç analizi sonucunda hastalığa ilişkin sağlık inancı ile öz bakım yönetimi arasında elde edilebilecek olan ilişkinin düşük derece etki büyüklüğüne (r=0,15) sahip olabileceği varsayıldığında %95 güvenle %80 güç elde edebilmek için çalışmaya en az 270 kişi alınması gerektiği hesaplanmıştır

Örneklem sayısı belirlendikten sonra, Denizli ilindeki Pamukkale ve Merkezefendi ilçe Sağlık Müdürlüğüne kayıtlı olan Aile Sağlığı Merkezlerinden (ASM) rasgele sayılar tablosu kullanılarak toplamda üçer ASM olmak üzere altı ASM seçilmiştir. Rasgele sayılar tablosuna göre örnekleme çıkan aile sağlığı merkezleri; Pamukkale İlçe Sağlık Müdürlüğüne bağlı Pelitlibağ, İstiklal, Kuşpınar ASM; Merkezefendi ilçe Sağlık Müdürlüğüne bağlı ise Karaman, Münise Özcan ve Yeni Mahalle ASM'leridir. Araştırmanın verileri Ekim 2019–Aralık 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Bu tarihler arasında gelişigüzel örnekleme yöntemi ile çalışmanın yürütüldüğü ASM'lerden sırasıyla Pelitlibağ ASM'den 57 kişi, İstiklal ASM'den 54 kişi, Kuşpınar ASM'den 55 kişi, Karaman ASM'den 56 kişi, Münise Özcan ASM'den 58 kişi, Yeni Mahalle ASM'den 55 kişi alınarak toplamda 335 yaşlı diyabetli araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Hastaların Araştırmaya dahil edilme kriterleri ise şu şekildedir:

- 60 yaş ve üzerinde kadın ve erkek (Birleşmiş Milletler yaşlı tanımını 60 yaş ve üzeri kabul etmektedir. Bu nedenle çalışmaya 60 yaş ve üzeri kadın veya erkekler dahil edilmiştir (WEB_6).
- Çalışmaya katılmayı kabul eden,
- İletişim ve anlama problemi olmayan,
- Tip 2 diyabet tanısı alan,
- Belirlenen ASM'de aktif olarak kayıtlı bulunan yaşlı diyabet hastaları.

Tabloda verilen 6 tane ASM'ye başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden tip 2 diyabetli yaşlılar ile ASM'lerde olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, "Diyabetli Yaşlıların Sosyo demografik ve Hastalığa İlişkin Soru Formu", "Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" ve "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" olmak üzere toplamda 3 tane veri toplama aracı kullanılmıştır.

3.5.1. Diyabetli Yaşlıların Sosyo demografik ve Hastalığına İlişkin Soru Formu (Ek 1)

Bu formda sosyo demografik (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, sosyal güvence, ekonomik durum, gelir durumu, medeni durum, birlikte yaşadığı kişi) ve hastalığa ilişkin (çevresinde diyabet hastası olup olmadığı, varsa yakınlık derecesi, diyabet hastalığının süresi, tedavi tipi, tedaviyi kaç yıldır kullandığı, insülin kullanıyor ise insülini kimin yaptığı, diyabet tedavisine uyumu, kan şekeri ölçümü durumu, kan şekeri düşüklüğü veya yüksekliği yaşama durumu, düzenli olarak egzersiz yapma durumu, diyabet dışında başka kronik hastalık varlığı, diyabet nedeni ile hastanede yatma durumu, diyabet ile ilgili herhangi bir eğitime katılma durumu, diyabet eğitimine olan gereksinimi, diyabet komplikasyonları hakkındaki bilgi durumu, doktora gitme durumu gibi sorular yer almaktadır.

3.5.2. Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Ek 2)

Bu ölçek 1994 yılında Schwab ve arkadaşlarının geliştirdiği Sağlık İnanç Modelinin 5 alt boyutu temel alınarak Tan tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir (Tan 2004). Ölçek, diyabetli bireylerin hastalığa ilişkin sağlık inanç ve tutumlarını değerlendirmek ve sağlık davranışlarını incelemek amacıyla geliştirilmiştir.

Ölçek, **algılanan duyarlılık** (5 madde), **algılanan ciddiyet** (3 madde), **algılanan yararlar** (7 madde), **algılanan engeller** (11 madde), **sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler**

(10 madde) olmak üzere 5 alt boyuttan ve toplamda 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesinde 5'li likert form kullanılmaktadır. Derecelendirme kesinlikle katılmıyorum (1) ve kesinlikle katılıyorum (5) şeklinde yapılmaktadır. Ölçek içerisinde yer alan bazı sorular ters kodlanmıştır. Algılanan duyarlılık alt boyutundaki 3 ve 4. maddeler ve algılanan engeller alt boyutundaki 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23. maddeler ters kodlanmıştır. Değerlendirmede dört ve üstü puan ortalaması yüksek sağlık inancını, dördün altı puan ise düşük sağlık inancını vermektedir (Tan 2004).

Tan geliştirdiği Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini (SİM Ölçeği) Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Çin'li bireylerde uygulamış geçerli ve güvenilir bulmuştur. İç tutarlılığın güvenirliği Cronbach alfa katsayısı kullanılarak hesaplanmıştır. Tüm ölçek için Cronbach alfa değeri 0.72 dir (Tan 2004). Ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması Kartal ve Özsoy tarafından Tip 2 Diyabetli hastalarda yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak belirlenmiştir (Kartal ve Özsoy 2007).

3.5.3. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (Ek 3)

Öz Bakım Yönetimi-Koruma (SCMPG), Jones ve Preuett"un öz bakım yönetimi süreci (SCMP) kavramını tanımlaması sonrasında SCMP-G"nin geçerliğinin sınanması ve koruma kavramının özelliklerinin açıklanması ve eklenmesi ile geliştirilmiştir (Jones vd 1986 ve Huffman 1987). Ölçeğin toplamda iki alt boyutu vardır.

Öz koruma alt boyutunu 2, 6, 8, 11, 15, 18, 19, 20, 22, 23 ve 25-34 maddeleri ve **sosyal koruma alt boyutunu** 1, 3-5, 7, 9, 10, 12-14, 16, 17, 21, 24 ve 35 maddeleri oluşturmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesi 5 (Kesinlikle Katılıyorum) ve 1 (Hiç Katılmıyorum) şeklinde 5"li likert formdan geliştirilmiştir.

SCMP-G ölçeğindeki 3, 15, 19 ve 28. sorular olumsuz soru formunda olup değerlendirmede dönüştürme yapılması gerekmektedir.

SCMP-G ölçeğinde puan arttıkça öz bakım yönetimi artmaktadır. SCMP-G ölçeği 15-20 dakika içerisinde bireysel ya da bir grup ortamında uygulanabilmektedir. Ölçeğin genel Cronbach alfa değerleri 0,75, öz koruma alt boyutu için 0,78, sosyal koruma alt boyutu için 0,78'dir (Jones 2001).

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Veriler Ekim 2019 ve Aralık 2019 tarihleri arasında olarak yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama süresi yaklaşık 20 dakika kadar sürmüştür.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı Değişken

Tip 2 diyabetli hastaların sağlık inancı puan ortalaması ve kronik hastalık öz bakım yönetimi puan ortalaması araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.7.2. Bağımsız Değişken

Diyabetli hastaların sosyo demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, sosyal güvence, ekonomik durum, gelir durumu, medeni durum, birlikte yaşadığı kişi) ve hastalığa ilişkin özellikleri (çevresinde diyabet hastası olup olmadığı, varsa yakınlık derecesi, diyabet hastalığının süresi, tedavi tipi, insülin kullanıyor ise insülini kimin yaptığı, tedaviye uyum ile ilgili algısı, kan şekeri ölçümü durumu, kan şekeri düşüklüğü veya yüksekliği yaşama durumu, düzenli olarak egzersiz yapma durumu ve sıklığı, diyabet dışında başka kronik hastalık varlığı, diyabet nedeni ile hastanede yatma durumu, diyabet ile ilgili herhangi bir eğitime katılma durumu, diyabet eğitimine olan gereksinimi, diyabet komplikasyonları hakkındaki bilgi durumu, doktora gitme durumu) araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 21.0 İstatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Verilerin analizinde sosyo demografik değişkenlerin sayı ve yüzde dağılımları, hastalığa ilişkin sağlık inanç puan ortalaması, öz bakım yönetimi puan ortalaması incelenmiştir. Ayrıca hastaların sağlık inançları ile öz bakım yönetimleri arasındaki ilişki spearman analizi ile incelenmiştir.

Ölçeklerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorow Smirnov testi ile değerlendirilmiş ve her iki ölçeğin normal dağılmadığı belirlenmiştir ($p<0.001$).

Bu nedenle bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenler arasındaki farkı incelemek için ikili değişkenlerde Mann-Whitney U testi, ikiden fazla değişkenler için ise Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etiği

Araştırma için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (İzin sayı no: 60116787-020/85542). Ayrıca araştırma Aile Sağlığı Merkezlerinde yürütülmesi sebebiyle veriler toplanmaya başlamadan önce Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve müdürlüğe bağlı araştırma için belirlenen Aile Sağlığı Merkezinde çalışan sorumlu hekimlerden yazılı izin alınmıştır.

Araştırmaya katılan bireylere araştırma hakkında bilgi verilmiş ve sözel onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlılarda araştırma yürütülmüştür. Bunların dışında araştırmada veri toplamada kullanılan ölçeklerin yazarlarından yazılı izin alınmıştır.

3.10. Süre ve Olanaklar

Çalışma konusunun belirlenmesi yaklaşık 3 ay sürmüş olup Ocak 2019-Nisan 2019 tarihleri arasını kapsamaktadır. Nisan 2019'da çalışma konusu belirlenmiş olup Haziran 2019 da tez öneri komisyonuna sunulmuştur. Ekim 2019 ve Aralık 2019 tarihleri diyabetli yaşlı hastalardan veriler toplanmış ve SPSS paket programına yüklenmiştir. Ocak 2020'de çalışmanın yazılma süreci başlanmıştır. Temmuz 2021'de tez çalışması bitirilmiştir.

3.11. Zaman Çizelgesi



Şekil 3.11.1. Zaman Çizelgesi

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmaya seçilen bireyler olasılıksız örnekleme yönteminden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak çalışmaya dahil edilmiştir. Bu sebeple çalışma sonuçları sadece araştırmaya alınan ASM'ye kayıtlı yaşlı diyabet hastaları için genellenebilir ancak Denizli'deki tüm yaşlı diyabet hastalarına genellenemez.

3.13. Araştırmanın Hipotezi

H1. Hipotezi: Tip 2 diyabetli yaşlıların hastalığa ilişkin sağlık inançları ile öz bakım yönetimi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1'de yaşlı diyabetlilerin sosyo demografik özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Araştırmaya katılan yaşlı diyabetlilerin büyük çoğunluğu (%64.2) 60-64 yaş arasındadır. Çalışmanın örneklemini oluşturan yaşlı diyabetlilerin % 59.7'si kadın % 50.8'i ilkokul mezunu, %71.6'sı evlidir. Yaşlı diyabetlilerin %88.1'inin sosyal güvencesi vardır.

Ekonomik durumları incelendiğinde ise büyük çoğunluğunun geliri giderine eşittir (%86.6). Birlikte yaşadıkları kişiler incelendiğinde çoğu (%74.6) ailesi ve çocukları ile birlikte yaşarken, % 16.4'ü yalnız yaşamaktadır.

Tablo 4.1 Yaşlı diyabetlilerin sosyo demografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyo Demografik Özellik	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Yaş		
60-64	215	64.2
65-69	55	16.4
70-74	35	10.4
75-79	20	6.0
80 ve üzeri	10	3.0
Cinsiyet		
Kadın	200	59.7
Erkek	135	40.3
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	65	19.4
Okuryazar	15	3.0
İlkokul	170	50.8
Ortaokul	5	1.5
Lise	50	14.9
Üniversite	35	10.4
Medeni Durum		
Evli	240	71.6
Bekar	95	28.4
Sosyal Güvence Durumu		
Var	295	88.1
Yok	40	11.9
Ekonomik Durum		
Gelir Giderden Az	45	13.4
Gelir Gidere Denk	290	86.6
Birlikte Yaşadığınız Bireyler		
Yalnız Yaşıyor	55	16.4
Eşi Ve Çocukları İle Yaşıyor	250	74.6
Akrabalar İle Yaşıyor	25	7.5
Diğer	5	1.5
Toplam	**335**	**100**

Tablo 4.2 Yaşlı diyabetlilerin hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı

	Sayı	**Yüzde (%)**
Ailede Diyabet Varlığı		
Evet	230	68.6
Hayır	105	31.4
Hastalık Süresi		
Bir Yıldan Az	95	28.4
Bir-Beş Yıl	90	26.9
Altı- On Yıl	40	11.9
11 Yıl ve Üzeri	110	32.8
Diyabet Tedavi Şekli		
Yalnızca Diyet	105	31.3
Diyet ve Oral Antidiyabetik İlaç	175	52.3
Diyet ve İnsülin	5	1.5
Diyet Oral Antidiyabetik İlaç ve İnsülin	50	14.9
Diyabetin Sebep Olduğu Komplikasyon Varlığı		
Evet	15	4.5
Hayır	320	95.5
Diyabet Dışında Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	245	73.1
Hayır	90	26.9
Diyabet Nedeniyle Hastanede Yatma Durumu		
Evet	30	9.0
Hayır	305	91.0
Toplam	**335**	**100**

Tablo 4.2'de yaşlı diyabetlilerin hastalığa İlişkin özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Yaşlıların %68.6'sının ailesinde diyabet hastasının olduğu tesbit edilmiştir. Yaşlıların diyabet süresi incelendiğinde, %28.4'ünün bir yıldan az, %26.9'unun bir-beş yıl, %11.9'unun altı-on yıl, %32.8'inin ise 11 yıl ve üzerinde olduğu görülmektedir. Yaşlı diyabetlilerin büyük çoğunluğu (%52.3) tedavide diyet ve oral antidiyabetik ilaç kullanmaktadır. Oral antidiyabetik ilaç kullanan yaşlı diyabetlilerin çoğunluğu (%44.4) bu ilacı on yıl ve üzerinde bir süredir kullandığını belirtmiştir.

Yaşlı diyabetlilerin sadece %4.5'inin diyabete bağlı herhangi bir komplikasyon yaşadığı, %73.1'inin diyabetin dışında başka bir kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3 Yaşlı diyabetlilerin tedavi uyumuna ilişkin algılarına göre dağılımları

	Sayı	**Yüzde (%)**
Tedavi Uyumuna İlişkin Algıları		
Çok İyi	30	9.0
İyi	195	58.2
Orta	100	29.8
Kötü	10	3.0
Toplam	**335**	**100**

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi yaşlıların sadece %9.0'ının tedaviyi uyumuna ilişkin algı düzeylerinin çok iyi olduğu, %29.8'inin ise tedaviye uyum düzeyine ilişkin algılarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4 Yaşlı diyabetlilerin insülin kullanımı, kan şekeri ölçümü ve kan şekeri ölçüm sıklığına göre dağılımları

	Sayı	**Yüzde (%)**
İnsülini Kendisi Yapma Durumu		
Evet	55	91.67
Hayır	5	8.33
Toplam	**60**	**100**
Kan Şekeri Ölçümü Yapma Durumu		
Evet	215	64.2
Hayır	120	35.8
Toplam	**335**	**100**
Kan Şekeri Ölçüm Sıklığı		
Her Gün Düzenli	65	19.4
Haftada Birkaç Kez	50	14.9
Düzensiz	200	59.7
Toplam	**215**	**100**

Yaşlı diyabetlilerin %91.6'sı insülinlerini kendisinin yaptığını belirtmiştir. Yine kan şekeri ölçümü yapma durumları incelendiğinde yarıdan fazlasının (%64.2) kan şekeri ölçümü yaptığı, ölçüm sıklıkları incelendiğinde ise %59.7'sinin kan şekeri ölçümünü düzensiz yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5 Yaşlı diyabetlilerin egzersiz yapma durumlarına göre dağılımları

	Sayı	Yüzde (%)
Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	155	46.3
Hayır	180	53.7
Toplam	**335**	**100**
Egzersiz Yapma Sıklığı		
Her Gün Düzenli	36	22.4
Haftada Birkaç Gün	18	11.9
Düzensiz	101	65.7
Toplam	**155**	**100**

Yaşlı diyabetlilerin egzersiz yapma durumları incelendiğinde %46.3'ünün egzersiz yaptığı, ancak egzersiz yapanlardan sadece %22.4'ünün her gün düzenli olarak egzersiz yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6 Yaşlı diyabetlilerin kan şekeri yüksekliği ve düşüklüğü yaşama durumlarına göre dağılımları

	Sayı	Yüzde (%)
Kan Şekeri Düşüklüğü Yaşama Durumu		
Evet	171	51.0
Hayır	164	49.0
Kan Şekeri Yüksekliği Yaşama Durumu		
Evet	185	55.2
Hayır	150	44.8
Toplam	**335**	**100**

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi yaşlı diyabetlilerin %51.0'ının kan şekeri düşüklüğü sorunu yaşadığı, %55.2'sinin ise kan şekeri yüksekliği sorunu yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.7 Yaşlı diyabetlilerin diyabet hastalığına yönelik eğitim alma ve doktor kontrolüne gitme durumlarına göre dağılımları

	Sayı	**Yüzde (%)**
Diyabetle İlgili Eğitim Alma Durumu		
Evet	110	32.8
Hayır	225	67.2
Diyabet Eğitimine Gereksinimi Olduğunu Düşünme Durumu		
Evet	55	16.4
Hayır	280	83.6
Diyabet Komplikasyonları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu		
Evet	254	75.8
Hayır	81	24.2
Doktor Kontrolüne Gitme Durumu		
Evet	325	97.0
Hayır	10	3.0
Toplam	**335**	**100**

Çalışmaya katılan yaşlı diyabetlilerin %67.2'si diyabet ile ilgili herhangi eğitim almadığını belirtirken, %83.6'sı ise diyabet ile ilgili herhangi bir eğitime gereksinimi olmadığını belirtmiştir. Yaşlı diyabetlilerin %97.0'ı doktor kontrolüne gittiğini belirtirken %20.9'u doktor kontrolüne gitme sıklığının düzensiz olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8 Yaşlı diyabetlilerin sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımları

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları	**X±SS**
Algılanan Duyarlılık	3.05±0.37
Algılanan Ciddiyet	3.79±0.85
Algılanan Yarar	3.63±0.77
Algılanan Engeller	2.36±1.01
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.47±0.85
Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Toplam Puan	**3.26±0.31**

(Algılanan engeller ters kodlanmıştır)

Tablo 4.8'de yaşlı diyabetlilerin hastalığa ilişkin sağlık inanç puan ortalamaları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi algılanan duyarlılık alt boyutu puan ortalaması 3.05±0.37, algılanan ciddiyet puan ortalaması 3.79±0.85, algılanan yarar puan ortalaması 3.63±0.77, algılanan engeller puan ortalaması 2.36±1.01, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puan ortalaması 3.47±0.85 iken, toplam ölçek puan ortalaması 3.26±0.31'dur.

Tablo 4.9 Yaşlı diyabetlilerin öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımları

Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları	**X ± SS**
Öz Koruma	69.16±12.39
Sosyal Koruma	47.24±10.80
Öz bakım Yönetimi Ölçeği Toplam Puan	**116.13±21.95**

Yaşlı diyabetlilerin öz bakım yönetimine ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde öz koruma puan ortalaması 69.16±12.39, sosyal koruma puan ortalaması 47.24±10.80 iken öz bakım yönetimi ölçek toplam puan ortalaması 116.13±21.95'tir (Tablo 4.9).

Tablo 4.10 Sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamaları ile öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki

SİM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMASI	**ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMASI**		
	Öz Koruma	**Sosyal Koruma**	**Öz Bakım Yönetimi Toplam Ölçek Puan Ortalaması**
Algılanan Duyarlılık	r = 0.175 p < 0.000	r = -0.005 p = 0.929	r = -0.096 p = 0.081
Algılanan Ciddiyet	r = 0.568 p < 0.000	r = 0.385 p < 0.000	r = 0.446 p < 0.000
Algılanan Yarar	r = 0.682 p < 0.000	r = 0.553 p < 0.000	r = 0.628 p < 0.000
Algılanan Engeller	r = -0.555 p < 0.000	r = -0.551 p < 0.000	r = -0.561 p < 0.000
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	r = 0.529 p < 0.000	r = 0.430 p < 0.000	r = 0.475 p < 0.000
SİM Toplam Ölçek Puan Ortalaması	r = 0.598 p < 0.000	r = 0.371 p < 0.000	r = 0.487 p < 0.000

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi sağlık inanç modeli ölçeğinin algılanan duyarlılık alt boyutu puan ortalaması ve genel ölçek puan ortalaması ile öz bakım yönetimi ölçeğinin

sosyal koruma alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$) diğer tüm alt ölçekler ve genel ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.11 Yaşlı diyabetlilerin sosyo demografik özelliklerine göre sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ						
	Algılanan Duyarlılık	**Algılanan Ciddiyet**	**Algılanan Yarar**	**Algılanan Engeller**	**Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler**	**Genel Toplam**
	X±SS	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**
Cinsiyet						
Kadın	3.06±0.42	3.73±0.84	3.60±0.73	2.43±1.01	3.36±0.86	3.24±0.32
Erkek	3.04±0.27	3.87±0.85	3.68±0.83	2.25±1.00	3.62±0.81	3.29±0.30
Test Değeri	**U=**13037.5 **p=**0.50	**U=**11800.0 **p=**0.25	**U=**12037.5 **p=**0.90	**U=**11262.5 **p=**0.00	**U=**12300.0 **p=**0.16	**U=**12212.5 **p=**0.13
Yaş						
60-64	3.07±0.43	3.82±0.85	3.68±0.79	2.44±0.95	3.44±0.87	3.29±0.34
65-69	2.95±0.14	3.66±0.90	3.40±0.83	2.27±1.13	3.66±0.70	3.19±0.26
70-74	3.00±0.00	3.42±0.91	3.61±0.54	2.15±1.11	3.44±0.65	3.12±0.23
75-79	3.50±0.52	4.25±0.44	4.10±0.21	1.55±0.51	3.67±1.10	3.31±0.27
80 ve üzeri	3.50±0.0.52	4.00±0.00	2.92±0.67	3.38±0.40	2.60±0.73	3.28±0.09
Test Değeri	**KW=**14.40 **p=**0.00	**KW=**12.55 **p=**0.01	**KW=**28.92 **p=**0.00	**KW=**17.52 **p=**0.00	**KW=**25.02 **p=**0.00	**KW=**20.25 **p=**0.00

Tablo 4.11 Yaşlı diyabetlilerin sosyo demografik özelliklerine göre sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (devam)

Medeni Durum						
Evli	3.05±0.39	3.85±0.86	3.69±0.82	2.34±1.04	3.55±0.87	3.29±0.33
Bekar	3.00±0.00	3.00±0.84	3.38±0.73	2.81±0.72	3.03±0.76	3.04±0.31
Test Değeri	**KW=**1.77	**KW=**18.49	**KW=**8.43	**KW=**12.50	**KW=**3.70	**KW=**20.91
	p=0.41	**p=**0.00	**p=**0.01	**p=**0.00	**p=**0.15	**p=**0.00
Sosyal Güvence durumu						
Var	3.05±0.27	3.76±0.90	3.65±0.79	2.32±1.05	3.48±0.88	3.21±0.25
Yok	3.03±0.80	4.00±0.16	3.46±0.55	2.62±0.53	3.35±0.60	3.27±0.32
Test Değeri	**U=**4250.0	**U=**5662.5	**U=**4800.0	**U=**4762.5	**U=**4787.5	**U=**5837.5
	p=0.00	**p=**0.63	**p=**0.54	**p=**0.46	**p=**0.51	**p=**0.91
Ekonomik durum						
Gelir Giderden Az	2.86±0.26	3.62±0.66	3.79±0.64	2.34±0.89	3.45±0.65	3.21±0.25
Gelir Gidere Denk	3.08±0.37	3.81±0.87	3.61±0.79	2.36±1.02	3.47±0.88	3.27±0.32
Test Değeri	**KW=**14.64	**KW=**9.29	**KW=**0.11	**KW=**0.44	**KW=**0.002	**KW=**1.64
	p=0.00	**p=**0.00	**p=**0.73	**p=**0.50	**p=**0.96	**p=**0.19
Birlikte yaşadığınız bireyler						
Yalnız	3.11±0.29	3.63±0.64	3.37±0.56	2.23±0.84	3.35±0.74	3.14±0.10
Eşi ve Çocukları	3.05±0.38	3.86±0.84	3.72±0.80	2.31±1.05	3.55±0.86	3.30±0.32
Akraba	3.10±0.20	3.40±1.22	3.31±0.75	3.04±0.75	2.94±0.81	3.15±0.44
Diğer	2.25±0.00	4.00±0.00	3.85±0.00	2.77±0.00	3.00±0.00	3.17±0.00
Test Değeri	**KW=**28.63	**KW=**11.62	**KW=**17.76	**KW=**19.82	**KW=**15.43	**KW=**32.24
	p=0.00	**p=**0.00	**p=**0.00	**p=**0.00	**p=**0.00	**p=**0.00

Tablo 4.11'de yaşlı diyabetlilerin sosyo demografik özelliklerine göre sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi cinsiyet ile sağlık inanç modeli alt ölçekleri algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve sağlık inanç modeli ölçeği genel puan ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Sadece sağlık inanç modeli ölçeği alt ölçeği algılanan engeller alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Yaşlı diyabetli kadınların algılanan engel puan ortalaması 2.43±1.01 iken yaşlı diyabetli erkeklerin algılanan engel puan ortalaması 2.25±1.00'dır.

Yaş grupları ile sağlık inanç modeli ölçeği tüm alt boyutları ile genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Sağlık inanç modeli toplam ölçek puan ortalaması 60-64 yaş arasında 3.29±0.34, 65-69 yaş arasında 3.19±0.26, 70-74 yaş arasında 3.12±0.23, 75-79 yaş arasında 3.31±0.27, 80 yaş ve üzeri 3.28±0.09 'dur.

Yaşlı diyabetlilerin medeni durumları ile sağlık inanç modeli ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde medeni durum ile ölçeğin algılanan duyarlılık ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ölçeğin diğer alt boyutları olan algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engeller ve genel ölçek toplam puan ortalamaları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Evli olanların genel ölçek puan ortalaması 3.29±0.33, bekar olanların 3.04±0.31'dir.

Sosyal güvence durumu ile sağlık inanç modeli ölçeğinin sadece algılanan duyarlılık alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p<0.05$) diğer tüm alt boyutların puan ortalaması ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Sosyal güvencesi olan yaşlı diyabetlilerin algılanan duyarlılık puan ortalaması 3.05±0.27, sosyal güvencesi olmayan yaşlı diyabetlilerin algılanan duyarlılık puan ortalaması 3.03±0.80'dir.

Yaşlı diyabetlilerin ekonomik durumları ile sağlık inanç modeli alt ölçeklerinden algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasına rağmen ($p<0.05$) bunun dışında kalan algılanan yarar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ve sağlık inanç modeli toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Birlikte yaşadıkları kişilere göre sağlık inanç modeli ölçeği karşılaştırıldığında ölçeğin tüm alt boyutları ve genel ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Yalnız yaşayan yaşlı diyabetlilerin genel ölçek puan ortalaması 3.14±0.10 iken eşi ve çocukları ile yaşayan yaşlı diyabetlilerin genel ölçek puan ortalaması 3.30±0.32'dir.

Tablo 4.12 Yaşlı diyabetlilerin hastalığa ilişkin özellikleri ile sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ						
	Algılanan Duyarlılık	**Algılanan Ciddiyet**	**Algılanan Yarar**	**Algılanan Engeller**	**Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler**	**Genel Toplam**
	X±SS	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**
Ailesinde Diyabet Varlığı						
Evet	3.05±0.41	4.01±0.73	3.86±0.63	2.07±0.87	3.69±0.79	3.34±0.29
Hayır	3.05±0.29	3.41±0.90	3.24±0.83	2.85±1.03	3.08±0.81	3.13±0.30
Test Değeri	**U=**12587.5 **p=**0.43	**U=**8575.0 **p=**0.00	**U=**7737.5 **p=**0.00	**U=**7825.0 **p=**0.00	**U=**7587.5 **p=**0.00	**U=**8712.5 **p=**0.00
Hastalık Süresi						
Bir Yıldan Az	3.01±0.23	3.78±0.69	3.54±0.74	2.26±1.05	3.43±0.84	3.21±0.27
Bir-Beş Yıl	3.06±0.16	3.61±0.95	3.45±0.77	2.46±1.10	3.32±0.84	3.18±0.29
Altı- On Yıl	3.15±0.76	4.25±0.32	4.21±0.61	2.18±0.53	3.80±0.80	3.52±0.27
11 Yıl ve Üzeri	3.04±0.37	3.77±0.95	3.64±0.75	2.42±1.02	3.50±0.85	3.27±0.33
Test Değeri	**KW=**6.66 **p=**0.08	**KW=**28.84 **p=**0.00	**KW**=23 **p=**0.00	**KW=**10.45 **p=**0.01	**KW=**4.55 **p=**0.20	**KW=**36.66 **p=**0.00

Tablo 4.12 Yaşlı diyabetlilerin hastalığa ilişkin özellikleri ile sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (devam)

Diyabet Tedavi Şekli						
Yalnızca Diyet	3.02±0.10	3.85±0.64	3.67±0.64	2.16±0.93	3.46±0.80	3.23±0.26
Diyet ve OAD İlaç	3.04±0.44	3.65±0.94	3.53±0.79	2.54±1.03	3.38±0.82	3.23±0.33
Diyet ve İnsülin	3.00±0.00	5.00±0.00	5.00±0.00	1.00±0.00	5.00±0.00	3.80±0.00
Diyet, OAD İlaç ve insülin	3.17±0.45	4.00±0.79	3.78±0.84	2.26±0.93	3.62±0.93	3.36±0.30
Test Değeri	**KW:**5.96 **p=**0.01	**KW:**19.60 **p=**0.00	**KW:**17.23 **p=**0.00	**KW:**22.10 **p=**0.00	**KW:**21.75 **p=**0.00	**KW:**26.12 **p=**0.00
Diyabetin Sebep Olduğu Komplikasyon Varlığı						
Evet	2.83±0.24	3.88±0.16	4.33±0.54	1.92±0.75	3.76±0.17	3.18±0.23
Hayır	3.06±0.37	3.78±0.87	3.60±0.77	2.38±1.01	3.45±0.86	3.20±0.40
Test Değeri	**U=**1575.0 **p=**0.00	**U=**1950.0 **p=**0.00	**U=**1187.5 **p=**0.00	**U=**2037.5 **p=**0.03	**U=**1762.5 **p=**0.02	**U=**1937.5 **p=**0.02
Diyabet Dışında Kronik Hastalık Varlığı						
Evet	3.08±0.38	3.75±0.82	3.57±0.76	2.48±0.99	3.37±0.81	3.25±0.29
Hayır	2.97±0.33	3.88±0.92	3.79±0.78	2.04±0.98	3.71±0.91	3.28±0.36
Test Değeri	**U=**9050.0 **p=**0.00	**U=**8962.5 **p=**0.00	**U=**8787.5 **p=**0.00	**U=**8037.5 **p=**0.00	**U=**8587.5 **p=**0.00	**U=**10200.0 **p=**0.29
Diyabet NedeniyleHastanede Yatma Durumu						
Evet	3.12±0.50	4.00±1.03	3.90±0.79	2.33±0.82	3.75±0.91	3.42±0.41
Hayır	3.04±0.35	3.77±0.83	3.60±0.77	2.36±1.02	3.44±0.84	3.24±0.30
Test Değeri	**U=**4562.5 **p=**0.97	**U=**3700.0 **p=**0.05	**U=**3650.0 **p=**0.06	**U=**3325.0 **p=**0.01	**U=**4400.0 **p=**0.72	**U=**2737.5 **p=**0.50

Tablo 4.12'de yaşlı diyabetlilerin hastalığa ilişkin özellikleri ile sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda ailede veya çevrede diyabet hastası varlığı ve algılanan duyarlılık alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$) diğer tüm alt boyutlarda anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Yine hastalık süresi ile sağlık inanç modeli puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde ölçeğin algılanan duyarlılık alt boyutu ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), bunların dışındaki tüm alt boyutlar ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bir yıldan daha az süredir diyabet hastası olanların genel sağlık inanç puan ortalamaları 3.21±0.27 iken bir-beş yıl diyabet hastası olanlar için 3.18±0.29, altı-on yıl diyabet hastası olanlar için 3.52±0.27, 11 yıl ve üzeri diyabet hastası olanlar için 3.27±0.33'tür.

Hastalığın tedavi tipi ile sağlık inanç puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde ise tedavi tipinin hastalığa ilişkin sağlık inanç puan ortalamalarını etkilediği ve ölçeğin tüm alt boyutları ve genel ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yalnızca diyet yapan yaşlı diyabetlilerin genel sağlık inanç puan ortalamaları 3.23±0.26, diyet yapıp antidiyabetik ilaç kullanan yaşlı diyabetliler için 3.23±0.33, diyet yapıp insülin kullanan yaşlı diyabetliler için 3.80±0.00, diyet yapıp oral antidiyabetik ilaç ve insülin kullanan yaşlı diyabetliler için 3.36±0.30'dur.

Yaşlı diyabetlilerde diyabet nedeni ile komplikasyon gelişme durumu ve diyabetin dışında herhangi bir kronik hastalık varlığı ile ölçeğin tüm alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Komplikasyon gelişenlerin genel sağlık puan ortalaması 3.18±0.23, komplikasyon gelişmeyenlerde ise 3.20±0.40'tır.

Yine bu araştırmada diyabet nedeniyle hastanede yatma durumu ile ölçeğin algılanan engeller alt boyutu puan ortalaması puan ortalaması arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.13 Yaşlı diyabetlilerin tedavi uyumuna ilişkin algılarına göre dağılımları ile sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ						
	Algılanan Duyarlılık	**Algılanan Ciddiyet**	**Algılanan Yarar**	**Algılanan Engeller**	**Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler**	**Genel Toplam**
	X±SS	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**
Tedaviye Uyuma İlişkin Algıları						
Çok iyi	3.12±0.50	4.11±1.02	4.35±0.50	1.83±0.59	4.35±0.45	3.55±0.29
İyi	3.00±0.22	3.81±0.83	3.67±0.71	2.26±1.02	3.46±0.80	3.25±0.29
Orta	3.15±0.50	3.65±0.85	3.42±0.78	2.63±1.02	3.19±0.89	3.21±0.33
Kötü	3.00±0.52	3.83±0.17	2.85±0.90	3.05±0.29	3.75±0.15	3.29±0.05
Test Değeri	**KW=**2.25 **p=**0.02	**KW=**25.27 **p=**0.00	**KW=**42.37 **p=**0.00	**KW=**50.10 **p=**0.00	**KW=**21.75 **p=**0.00	**KW=**26.53 **p=**0.00

Tablo 4.13'te görüldüğü gibi tedaviye uyuma ilişkin algıları ile sağlık inanç puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Tedaviye uyuma algı düzeyi çok iyi olanların genel sağlık inanç puan ortalamaları 3.55±0.29 iken kötü olanların 3.29±0.05'tir.

Tablo 4.14 Yaşlı diyabetlilerin insülin kullanımı, kan şekeri ölçümü ve kan şekeri ölçüm sıklığı ile sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ						
	Algılanan Duyarlılık	**Algılanan Ciddiyet**	**Algılanan Yarar**	**Algılanan Engeller**	**Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler**	**Genel Toplam**
	X±SS	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**
İnsülin Yapma Durumu						
Evet	3.25±0.65	4.09±0.81	4.00±0.73	2.06±0.84	3.91±0.77	3.46±0.32
Hayır	4.00±0.00	4.00±0.00	2.28±0.00	3.77±0.00	1.90±0.00	3.19±0.00
	U=37.5	**U=**112.5	**U=**0.00	**U=**0.00	**U=**12.5	**U=**25.0
Test Değeri	**p=**0.00	**p=**0.51	**p=**0.00	**p=**0.00	**p=**0.00	**p=**0.01
Kan Şekeri Ölçümü Yapma Durumu						
Evet	2.98±0.28	3.96±0.78	3.80±0.75	2.13±1.02	3.60±0.86	3.29±0.29
Hayır	3.17±0.47	3.47±0.87	3.33±0.73	2.77±0.83	3.22±0.76	3.19±0.34
	U=10025.0	**U=**9062.5	**U=**8787.5	**U=**9412.5	**U=**7987.5	**U=**11850.0
Test Değeri	**p=**0.00	**p=**0.00	**p=**0.00	**p=**0.00	**p=**0.00	**p=**0.02

Tablo 4.14 Yaşlı diyabetlilerin insülin kullanımı, kan şekeri ölçümü ve kan şekeri ölçüm sıklığı ile sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (devam)

Kan Şekeri Ölçüm Sıklığı						
Her Gün Düzenli	3.03±0.16	4.38±0.49	4.14±0.58	1.52±0.50	3.96±0.95	3.41±0.31
Haftada Birkaç Kez	2.87±0.25	3.93±0.84	4.22±0.54	1.76±0.74	3.86±0.55	3.33±0.23
Düzensiz	3.10±0.44	3.64±0.81	3.35±0.70	2.74±0.92	3.26±0.75	3.22±0.31
Test Değeri						
	KW=15.77 **p=**0.00	**KW=**56.15 **p=**0.00	**KW=**76.65 **p=**0.00	**KW=**55.25 **p=**0.00	**KW=**86.26 **p=**0.00	**KW=**17.41 **p=**0.00

Tablo 4.14'te yaşlı diyabetlilerin insülin kullanımı, kan şekeri ölçümü ve kan şekeri ölçüm sıklığı ile sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir. Yaşlı diyabetlilerin insülini kendisi yapma durumu ile sağlık inanç puan ortalamaları karşılaştırıldığında algılanan ciddiyet puan ortalaması haricinde diğer tüm alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). insülini kendisi yapan yaşlı diyabetlilerin genel sağlık puan ortalamaları (3.46±0.32) insülini kendisi yapmayanlara göre (3.19±0.00) daha yüksektir. Ayrıca kan şekeri ölçümü yapma durumunun ve kan şekeri ölçüm sıklığının yaşlı diyabetlilerin sağlık inanç puan ortalamalarını etkilediği görülmüştür ($p<0.05$). Kan şekeri ölçümü yapanların genel sağlık puan ortalaması 3.29±0.29, kan şekeri ölçümü yapmayanların 3.19±0.34'tür. Yine her gün düzenli ölçüm yapan yaşlı diyabetlilerin puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir (3.41±0.31).

Tablo 4.15 Yaşlı diyabetlilerin kan şekeri yüksekliği ve düşüklüğü yaşama durumları ile sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ						
	Algılanan Duyarlılık	**Algılanan Ciddiyet**	**Algılanan Yarar**	**Algılanan Engeller**	**Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler**	**Genel Toplam**
	X±SS	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**
Kan Şekeri Düşüklüğü Yaşama Durumu						
Evet	3.08±0.49	3.85±0.87	3.67±0.74	2.40±0.93	3.50±0.77	3.30±0.31
Hayır	3.03±0.16	3.72±0.83	3.59±0.80	2.31±1.08	3.43±0.92	3.21±0.31
Test Değeri	**U=**13264.5 **p=**0.28	**U=**12142.0 **p=**0.01	**U=**13477.0 **p=**0.53	**U=**13807.0 **p=**0.80	**U=**13069.5 **p=**0.27	**U=**12292.0 **p=**0.00
Kan Şekeri Yüksekliği Yaşama Durumu						
Evet	3.11±0.45	3.78±0.90	3.62±0.76	2.43±0.95	3.47±0.80	3.28±0.31
Hayır	2.98±0.21	3.80±0.79	3.64±0.78	2.27±1.07	3.46±0.91	3.23±0.30
Test Değeri	**U=**12075.0 **P=**0.10	**U=**13237.5 **P=**0.40	**U=**13425.0 **P=**0.60	**U=**13162.5 **P=**0.41	**U=**12150.0 **P=**0.40	**U=**11487.5 **P=**0.50

Tablo 4.15'te yaşlı diyabetlilerin kan şekeri yüksekliği ve düşüklüğü yaşama durumları ile sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir. Kan şekeri düşüklüğü yaşama durumu ile sağlık inanç modeli alt ölçeklerinden algılanan duyarlılık, algılanan yarar, algılanan engel, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), algılanan ciddiyet ve genel ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Sağlık inanç modeli toplam ölçek puan ortalaması kan şekeri düşüklüğü yaşayanlarda 3.30±0.31 iken kan şekeri düşüklüğü yaşamayanlarda 3.21±0.31'dir. Yine yaşlı diyabetlilerin kan şekeri yüksekliği yaşama durumu ile sağlık inanç puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.16 Yaşlı Diyabetlilerin Hastalığına Yönelik Eğitim Alma Durumları ile Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ						
	Algılanan Duyarlılık	**Algılanan Ciddiyet**	**Algılanan Yarar**	**Algılanan Engeller**	**Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler**	**Genel Toplam**
	X±SS	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**
Diyabetle İlgili Eğitim Alma Durumu						
Evet	3.07±0.29	3.84±0.95	3.76±0.94	2.17±1.10	3.45±1.03	3.26±0.33
Hayır	3.04±0.40	3.76±0.80	3.57±0.67	2.45±0.95	3.47±0.75	3.27±0.30
Test Değeri	**U=**11537.5	**U=**10800	**U=**9862.5	**U=**12300.0	**U=**10362.5	**U=**12237.5
	p=0.20	**p=**0.30	**p=**0.05	**p=**0.92	**p=**0.15	**p=**0.86
Diyabet Eğitimine Gereksinimi Olduğunu Düşünme Durumu						
Evet	3.02±0.37	3.72±0.88	3.66±0.92	2.38±1.03	3.30±0.93	3.22±0.32
Hayır	3.06±0.37	3.80±0.84	3.63±0.74	2.35±1.00	3.50±0.83	3.27±0.31
Test Değeri	**U=**7437.5	**U=**7250.0	**U=**7250.0	**U=**6462.5	**U=**7637.5	**U=**7037.5
	p=0.61	**p=**0.43	**p=**0.49	**p=**0.05	**p=**0.92	**p=**0.31
Diyabet Komplikasyonları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu						
Evet	3.02±0.26	3.94±0.77	3.75±0.73	2.18±0.96	3.59±0.80	3.30±0.28
Hayır	3.13±0.59	3.30±0.90	3.25±0.77	2.93±0.93	3.08±0.89	3.14±0.37
Test Değeri	**U=**9982.0	**U=**5904.5	**U=**6782.0	**U=**7359.5	**U=**5947.0	**U=**8592.0
	p=0.61	**p=**0.00	**p=**0.00	**p=**0.00	**p=**0.00	**p=**0.02
Doktor Kontrolüne Gitme Durumu						
Evet	3.04±0.36	3.81±0.83	3.64±0.77	2.34±1.01	3.48±0.84	3.26±0.30
Hayır	3.50±0.52	3.16±1.22	3.21±0.82	2.94±0.87	3.05±1.10	3.17±0.56
Test Değeri	**U=**875.0	**U=**1500.0	**U=**1225.0	**U=**1600.0	**U=**1037.5	**U=**1587.5
	p=0.20	**p=**0.63	**p=**0.18	**p=**0.93	**p=**0.05	**p=**0.90

Diyabetle ilgili eğitim alma durumları ve eğitime gereksinimi olduğunu düşünme durumları ile sağlık inanç puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.16). Diyabetin komplikasyonları hakkında bilgi sahibi olma durumunun ise sağlık inanç puan ortalamalarını etkilediği, komplikasyonları hakkında bilgi sahibi olanların sağlık inanç puan ortalaması 3.30±0.28 iken diyabetin sebep olduğu komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olmayanların 3.14±0.37 olduğu bulunmuştur.

Doktor kontrolüne gitme durumu ile ölçeğin sadece sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) ancak diğer alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.17 Tip 2 diyabetli yaşlıların egzersiz yapma durumları ile sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ						
	Algılanan Duyarlılık	**Algılanan Ciddiyet**	**Algılanan Yarar**	**Algılanan Engeller**	**Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler**	**Genel Toplam**
	X±SS	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**	**X±SS**
Egzersiz Yapma Durumu						
Evet	3.00±0.19	4.08±0.67	3.97±0.64	1.83±0.81	3.81±0.73	3.24±0.24
Hayır	3.10±0.47	3.53±0.90	3.34±0.76	2.81±0.94	3.17±0.83	3.19±0.35
Test Değeri	**U=**12812.5 **p=**0.01	**U=**9250.0 **p=**0.00	**U=**6725.0 **p=**0.00	**U=**7650.0 **p=**0.00	**U=**6375.0 **p=**0.00	**U=**10950.0 **p=**0.00
Egzersiz Yapma Sıklığı						
Her Gün	3.05±0.22	3.95±0.86	3.81±0.73	2.08±0.91	3.96±0.44	3.37±0.22
Düzenli	2.90±0.17	4.16±0.33	4.14±0.33	1.48±0.45	4.13±0.37	3.36±0.22
Haftada Birkaç Gün	3.00±0.31	3.55±0.90	3.43±0.80	2.53±1.08	3.03±0.92	3.11±0.30
Düzensiz						
Test Değeri	**KW=**37.32 **p=**0.00	**KW=**37.84 **p=**0.00	**KW=**47.98 **p=**0.00	**KW=**93.03 **p=**0.00	**KW=**48.67 **p=**0.00	**KW=**65.06 **p=**0.00

Tablo 4.17'de yaşlı diyabetlilerin egzersiz yapma durumları ile sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir. Yaşlı diyabetlilerin egzersiz yapma durumu ile sağlık inanç modeli ölçeği ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Sağlık inanç modeli toplam ölçek puan ortalaması egzersiz yapanlarda 3.24±0.24 iken egzersiz yapmayanlarda 3.19±0.35'tir.

Egzersiz yapma sıklığı ile sağlık inanç puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise her gün düzenli egzersiz yapanların sağlık inanç puan ortalamaları (3.37±0.22) düzensiz egzersiz yapanların puan ortalamalarından (3.11±0.30) yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4.18 Yaşlı diyabetlilerin sosyo demografik özelliklerine göre öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ			
	Öz Koruma	**Sosyal Koruma**	**Genel Toplam**
	X±SS	**X±SS**	**X±SS**
Cinsiyet			
Kadın	69.37±12.07	48.35±10.64	117.72±21.39
Erkek	68.85±12.89	45.53±10.87	113.69±22.67
Test Değeri	**U=**13225.0 **p=**0.75	**U=**11700 **p**=0.12	**U=**12275 **p**=0.39
Yaş			
60-64	69.00±12.90	47.18±10.98	116.18±22.70
65-69	65.63±11.41	45.36±10.64	111.00±20.57
70-74	71.71±9.63	48.28±9.55	120.00±18.19
75-79	79.25±4.88	55.66±1.75	132.33±3.41
80 ve üzeri	63.00±13.70	42.50±14.23	105.50±27.93
Test Değeri	**KW=**27.88 **p=**0.00	**KW=**17.69 **p=**0.00	**KW=**15.74 **p=**0.00
Medeni Durum			
Evli	69.04±12.46	46.29±10.67	114.95±21.50
Bekar	67.00±13.28	47.00±10.98	114.00±24.24
Test Değeri	**KW=**0.52 **p=**0.77	**KW=**7.98 **p=**0.10	**KW=**2.51 **p=**0.28

Tablo 4.18 Yaşlı diyabetlilerin sosyo demografik özelliklerine göre öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (devam)

Sosyal Güvence Durumu

Var	68.94±12.56	47.18±11.00	115.82±22.37
Yok	70.75±11.07	47.62±9.36	118.37±18.76
Test Değeri	**U**=5250.0 **p**=0.25	**U**=5762.5 **p**=0.94	**U**=5075.0 **p**=0.19
Ekonomik Durumu			
Gelir Giderden Az	73.22±10.98	50.66±8.14	123.88±18.61
Gelir Gidere Denk	68.53±12.50	46.70±11.08	114.91±22.22
Test Değeri	**KW=**11.14 **p=**0.00	**KW=**3.87 **p=**0.04	**KW=**12.36 **p=**0.00
Kiminle Yaşadığınız Bireyler			
Yalnız	68.36±10.44	49.63±9.93	118.00±19.89
Eşi ve Çocukları	69.54±12.28	46.81±10.74	116.00±21.50
Akraba	69.00±17.52	47.20±13.62	116.20±31.11
Diğer	60.00±0.00	42.00±0.00	102.00±0.00
Test Değeri	**KW=**5.67 **p=**0.12	**KW=**2.53 **p=**0.46	**KW=**3.93 **p=**0.26

Tablo 4.18'de yaşlı diyabetlilerin sosyo demografik özelliklerine göre öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi yaşlı diyabetlilerin cinsiyet dağılımları, medeni durumları, sosyal güvence durumları ve kiminle beraber yaşadıkları ile öz bakım yönetimi ölçeği genel puan ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Yaş dağılımı ile öz bakım yönetimi ölçeği tüm alt boyutları ile genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Öz bakım yönetimi ölçeği toplam ölçek puan ortalaması 60-64 yaş arasında 116.18±22.70, 65-69 yaş arasında 111.00±20.57, 70-74 yaş arasında 120.00±18.19, 75-79 yaş arasında 132.33±3.41 ve 80 ve üzeri yaş ve üzerinde 105.50±27.93'tür. Eğitim durumu ile öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde ölçeğin tüm alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Öz bakım yönetimi ölçeği toplam ölçek puan ortalaması eğitim durumu okur yazar olmayanlarda 108.15±22.47, okur yazar olanlarda 134.00±2.23, ilkokul mezunlarında 115.69±21.36, ortaokul mezunlarında 81.00±0.00, lise mezunlarında 116.00±24.83 ve üniversite mezunlarında 130.57±7.23 olduğu saptanmıştır.

Ekonomik durumuna göre öz bakım yönetimi ölçeği karşılaştırıldığında ölçeğin tüm alt boyutları ve genel ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Öz bakım yönetimi ölçeği toplam ölçek puan ortalaması geliri giderinden az olanlarda 123.88±18.61, geliri giderine denk olanlarda 114.91±22.22'dir.

Tablo 4.19 Yaşlı diyabetlilerin hastalığa ilişkin bilgileri ile öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ			
	Öz Koruma	**Sosyal Koruma**	**Genel Toplam**
	X±SS	**X±SS**	**X±SS**
Ailede Diyabet Varlığı			
Evet	72.97±9.73	50.43±9.44	123.07±17.24
Hayır	62.76±13.71	42.00±10.89	104.76±24.08
Test Değeri	**U=**8525.0 **p=**0.00	**U=**8075.0 **P=**0.00	**T=**8050.0 **P=**0.00
Hastalık Süresi			
Bir Yıldan Az	68.26±11.73	49.68±10.01	117.94±21.20
Bir-Beş Yıl	66.50±13.48	47.55±10.49	114.05±23.68
Altı-On Yıl	76.25±4.22	45.37±10.83	121.62±12.39
11 Yıl ve Üzeri	69.54±13.11	45.47±11.42	111.19±23.64
Test Değeri	**KW=**17.22 **p=**0.10	**KW=**6.26 **p=**0.09	**KW=**2.99 **p=**0.39
Diyabet Tedavi Şekli			
Yalnızca Diyet	70.95±10.16	50.95±9.20	121.90±18.77
Diyet ve Oral Antidiyabetik İlaç	67.08±13.26	45.05±11.32	112.14±23.09
Diyet ve İnsülin	82.00±0.00	55.00±0.00	137.00±0.00
Diyet Oral Antidiyabetik İlaç ve insülin	71.40±12.60	46.22±10.31	115.88±21.70
Test Değeri	**KW=**20.29 **p=**0.00	**KW=**22.27 **p=**0.00	**KW=**27.25 **p=**0.00

Tablo 4.19 Yaşlı diyabetlilerin hastalığa ilişkin bilgileri ile öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (devam)

Diyabetin Sebep Olduğu Komplikasyon Varlığı			
Evet	80.33±5.62	48.33±8.33	128.66±13.68
Hayır	68.64±12.38	47.19±10.91	115.53±22.11
Test Değeri	**U=**1100.0	**U=**2250.0	**U=**1200.0

	p=0.00	**p=**0.75	**p=**0.00
Diyabet Dışında Kronik Hastalık Varlığı			
Evet	68.73±12.60	48.53±10.46	117.26±22.57
Hayır	70.33±11.79	43.52±10.97	112.88±19.83
Test Değeri	**U=**10287.5 **p**=0.04	**U=**8275.0 **p=**0.00	**U=**8812.5 **p=**0.03
Diyabet Nedeniyle Hastanede Yatma Durumu			
Evet	77.66±14.74	49.20±12.16	125.00±27.34
Hayır	68.32±11.84	47.08±10.69	115.40±21.34
Test Değeri	**U=**2475.0 **p=**0.00	**U=**3412.5 **p=**0.37	**U=**2475.0 **p=**0.00

Tablo 4.19'da yaşlı diyabetlilerin hastalığa ilişkin bilgileri ile öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda ailesinde diyabet öyküsü bulunma durumunun hastalığa ilişkin öz bakım yönetimi puan ortalamalarını etkilediği ve ölçeğin tüm alt boyutları ve genel ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Öz bakım yönetimi ölçeği toplam ölçek puan ortalaması ailesinde diyabet olan yaşlı diyabetliler için 123.07±17.24, ailesinde diyabet olmayan yaşlı diyabetliler için 104.76±24.08'dir.

Yaşlı diyabetlilerin hastalık süresi ile öz bakım yönetimi ölçek genel toplamı arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Hastalığın tedavi tipi ile öz bakım yönetimi puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde ise tedavi tipinin hastalığa ilişkin öz bakım yönetimi puan ortalamalarını etkilediği ve ölçeğin tüm alt boyutları ve genel ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Öz bakım yönetimi ölçeği toplam ölçek puan ortalaması diyet yapıp insülin kullananlarda en yüksek (137.00±0.00), diyet yapıp antidiyabetik kullananlarda ise en düşük (112.14±23.09) bulunmuştur. Diyabetin sebep olduğu komplikasyon varlığı öz bakım yönetimi ölçeği sosyal koruma alt boyutu ile anlamlı yönde bir ilişki bulunmamasına rağmen ($p>0.05$) öz bakım yönetimi ölçeği öz koruma alt boyutu ve ölçek genel toplamı arasında anlamlı yönde bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Öz bakım yönetimi toplam ölçek puan ortalaması komplikasyon geçirmiş yaşlı diyabetlilerde (128.66±13.68) komplikasyon geçirmeyen yaşlı diyabetlilere (115.53±22.11) göre daha yüksek bulunmuştur.

Diyabet dışında kronik hastalığı bulunan yaşlı diyabetliler ile öz bakım yönetimi puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise diyabet dışında kronik hastalığı bulunan yaşlı diyabetlilerin öz bakım yönetimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (117.26±22.57).

Diyabet nedeniyle hastanede yatma durumu ile öz bakım yönetimi ölçeği sosyal koruma alt boyutu ile anlamlı yönde bir fark bulunmamasına rağmen ($p>0.05$) öz bakım yönetimi ölçeği

öz koruma alt boyutu ve ölçek genel toplamı arasında anlamlı yönde bir fark bulunmuştur (p<0.05). Hastaneye yatanların öz bakım yönetimi ölçeği toplam ölçek puan ortalaması (125.00±27.34), hastaneye hiç yatmamış olanlara göre (115.40±21.34) daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.20 Yaşlı diyabetlilerin tedaviye uyuma ilişkin algılarına göre öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ			
	Öz Koruma	**Sosyal Koruma**	**Genel Toplam**
	X±SS	**X±SS**	**X±SS**
Tedaviye Uyumuna İlişkin Algıları			
Çok iyi	77.33±5.80	46.66±13.11	124.00±16.30
İyi	69.46±11.78	48.10±10.06	117.10±20.69
	66.45±12.92	46.45±11.03	112.90±23.65
Orta	66.00±21.08	40.50±13.17	106.50±34.25
Kötü			
	KW=12.34	**KW=**7.86	**KW=**0.71
	p=0.00	**p=**0.04	**p=**0.00
Test Değeri			

Tablo 4.20'de görüldüğü gibi yaşlı diyabetlilerin tedaviye uyuma ilişkin algıları ile öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Yaşlı diyabetlilerin tedaviye karşı gösterdikleri tedavi uyum düzeyi algıları arttığında öz bakım yönetimi puan ortalamaları da artmaktadır.

Öz bakım yönetimi ölçeği toplam ölçek puan ortalaması tedaviye uyum algısı çok iyi olanlar için 124.00±16.30, kötü olanlar için 106.50±34.25'tir.

Tablo 4.21 Yaşlı diyabetlilerin insülin kullanımı, kan şekeri ölçümü ve kan şekeri ölçüm sıklığı ile öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ			
	Öz Koruma	**Sosyal Koruma**	**Genel Toplam**
	X±SS	**X±SS**	**X±SS**
İnsülin Yapma Durumu			
Evet	75.09±10.25	49.90±8.43	123.80±17.64
Hayır	50.00±0.00	29.00±0.00	79.00±0.00

Test Değeri	**U=**25.00 **p=**0.00	**U=**00.00 **p=**0.00	**U=**00.00 **p=**0.00
Kan Şekeri Ölçümü Yapma Durumu			
Evet	71.46±11.35	48.40±10.40	119.50±19.94
Hayır	65.04±13.13	45.20±11.24	110.25±24.06
Test Değeri	**U=**10050.0 **p=**0.00	**U**=11212.5 **p**=0.04	**U=**10900.0 **p=**0.04
Kan Şekeri Ölçüm Sıklığı			
Her Gün Düzenli	78.46±7.94	55.83±8.18	133.58±14.85
Haftada Birkaç Kez	74.50±6.06	48.40±9.93	122.90±12.15
Düzensiz	65.50±12.36	44.67±10.39	110.17±22.00
Test Değeri	**KW=**54.46 **p=**0.00	**KW=**57.86 **p=**0.00	**KW=**48.41 **p=**0.00

Tablo 4.21'de yaşlı diyabetlilerin insülin kullanımı, kan şekeri ölçümü ve kan şekeri ölçüm sıklığı ile öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Öz bakım yönetimi ölçeği ile yaşlı diyabetlinin insülini kendi yapması, kan şekeri ölçümü yapma durumu ve kan şekeri ölçümü yapma sıklığı arasında anlamlı yönde bir fark vardır ($p<0.05$). Öz bakım yönetimi ölçeği toplam ölçek puan ortalaması insülini kendisi yapanlarda (123.80±17.64), yapmayanlara (79.00±0.00) göre daha yüksektir.

Yine öz bakım yönetimi puan ortalaması kan şekeri ölçümünü kendisi yapan yaşlılarda daha yüksektir (119.50±19.94). Öz bakım yönetimi ölçeği toplam ölçek puan ortalaması kan şekerini her gün düzenli ölçenlerde (133.58±14.85) düzenli ölçmeyenlere (110.17±22.00) göre daha yüksektir.

4.22. Yaşlı Diyabetlilerin Kan Şekeri Yüksekliği Ve Düşüklüğü Yaşama Durumları İle Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ			
	Öz Koruma	**Sosyal Koruma**	**Genel Toplam**
	X±SS	**X±SS**	**X±SS**
Kan Şekeri Düşüklüğü Yaşama Durumu			
Evet	70.21±11.75	46.80±10.42	117.01±20.55
Hayır	68.07±12.97	47.71±11.22	115.18±23.40
Test Değeri	**U=**13017.0 **p=**0.25	**U**=13184.5 **p**=0.63	**U=**13214.5 p=0.66
Kan Şekeri Yüksekliği Yaşama Durumu			

Evet	69.24±12.86	45.58±11.08	114.33±22.42
Hayır	69.06±11.83	49.23±10.14	118.30±21.25
Test Değeri	**U=**13775.0 **p=**0.90	**U=**11337.5 **p**=0.10	**U=**12425.0 **p**= 0.21

4.22'de yaşlı diyabetlilerin kan şekeri yüksekliği ve düşüklüğü yaşama durumları ile öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir. Kan şekeri düşüklüğü ve kan şekeri yüksekliği yaşama durumu ile öz bakım yönetimi ölçeği arasında anlamlı yönde bir fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.23 Yaşlı diyabetlilerin diyabet hastalığına yönelik eğitim alma ve doktor kontrolüne gitme durumları ile öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ			
	Öz Koruma	**Sosyal Koruma**	**Genel Toplam**
	X±SS	**X±SS**	**X±SS**
Diyabetle İlgili Eğitim Alma Durumu			
Evet	69.45±13.60	46.28±11.90	114.90±23.58
Hayır	69.02±11.79	47.68±10.25	116.71±21.18
Test Değeri	**U=**11675.0	U=11800.0	**U=**11600.0

	p=0.39	p=0.98	**p=**0.79
Diyabet Eğitimine Gereksinimi Olduğunu Düşünme Durumu			
Evet	66.27±13.56	44.36±10.19	110.63±22.72
Hayır	69.73±12.09	47.81±10.85	117.23±21.67
Test Değeri	**U=**5875.0 **p=**0.05	**U=**6200.0 **p=**0.30	**U=**6587.5 **p=**0.13
Diyabet Komplikasyonları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu			
Evet	71.01±11.48	48.33±10.64	119.03±20.71
Hayır	63.34±13.38	43.87±10.66	107.22±23.36
Test Değeri	**U=**7717.0 **p=**0.00	**U=**7762.0 **p=**0.00	**U=**7764.5 **p=**0.00
Doktor Kontrolüne Gitme Durumu			
Evet	69.46±12.33	47.59±10.76	116.78±21.83
Hayır	59.50±11.06	36.00±4.21	95.50±15.25
Test Değeri	**U=**737.5 **p=**0.00	**U=**687.5 **p=**0.00	**U=**700.0 **p=**0.00

Tablo 4.23'te yaşlı diyabetlilerin diyabet hastalığına yönelik eğitim alma durumları ile öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir.

Diyabet eğitimine katılma durumu, diyabet eğitimine gereksinimi olduğunu düşünme durumu ile öz bakım yönetimi arasında anlamlı yönde bir ilişki yoktur (p>0.05). Öz bakım yönetimi ölçeği ile diyabet komplikasyonları hakkında bilgi sahibi olma durumu arasında anlamlı yönde bir ilişki vardır (p<0.05).

Öz bakım yönetimi ölçeği toplam ölçek puan ortalaması diyabet komplikasyonları hakkında bilgi sahibi olanlar için 119.03±20.71, komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olmayanlar için 107.22±23.36'dır.

Doktor kontrolüne gitme ile öz bakım yönetimi ölçeği arasında anlamlı bir ilişki vardır (p<0.05). Öz bakım yönetimi ölçeği toplam ölçek puan ortalaması doktora gidenler için 116.78±21.83, doktora gitmeyenler için 95.50±15.25'tir.

Tablo 4.24 Yaşlı diyabetlilerin egzersiz yapma durumları ile öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ

	Öz Koruma	Sosyal Koruma	Genel Toplam
	X±SS	**X±SS**	**X±SS**
Egzersiz Yapma Durumu			
Evet	74.38±8.65	50.73±9.97	124.70±16.59
Hayır	64.66±13.35	44.33±10.63	109.00±23.32
Test Değeri	**U=**8237.5	**U=**8525.0	**U=**8650.0
	p=0.00	**p=**0.00	**p=**0.00
Egzersiz Yapma Sıklığı			
Her Gün Düzenli	72.80±11.24	48.50±10.95	120.28±20.99
Haftada Birkaç Gün	74.87±4.84	50.00±10.76	124.87±10.13
Düzensiz	65.28±13.03	45.25±10.41	110.00±22.88
Test Değeri	**KW=**20.07	**KW=**15.91	**KW=**17.39
	p=0.00	**p=**0.00	**p=**0.00

Tablo 4.24'te yaşlı diyabetlilerin egzersiz yapma durumları ile öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir. Egzersiz yapma durumu, egzersiz yapma sıklığı ile öz bakım yönetimi ölçeği arasında anlamlı yönde bir fark vardır ($p<0.05$). Öz bakım yönetimi ölçeği toplam ölçek puan ortalaması egzersiz yapanlar için 124.70±16.59, yapmayanlar için 109.00±23.32'dir. Öz bakım yönetimi ölçeği toplam ölçek puan ortalaması her gün düzenli egzersiz yapanlar için 120.28±20.99, haftada birkaç gün yapanlar için 124.87±10.13 ve düzensiz egzersiz yapanlar için 110.00±22.88'dir.

5.TARTIŞMA

Diyabet; kişilerin kendi başlarına bilinçli karar vermeleri, bu kararları sürdürebilmeleri, hastalığı kontrol altında tutmak için ihtiyaç duyduklarında sağlık kuruluşlarına başvurmaları ve

sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeleri ile birebir ilişkilidir (Türkiye Diyabet Vakfı 2021). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmek bireylerin sağlık inanç ve tutumlarına bağlıdır. Diyabetin etkin yönetimi ve tedavisi diyabet hastası bireylerin sağlık inanç ve tutumlarından etkilenmektedir. Bu nedenle çalışmamızda, yaşlı diyabetlilerin sağlık inançları ile öz bakım yönetimleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu bölüm, katılımcıların sosyo demografik ve hastalığa ilişkin tanıtıcı bilgilerin incelenmesi, sağlık inançları ve öz bakım yönetimi puan ortalamaları, sağlık inançları ile öz bakım yönetimi arasındaki ilişki, bazı sosyo demografik ve hastalığa ilişkin bağımsız değişkenlerin sağlık inancı ve öz bakım yönetimi arasındaki farkın incelenmesi şeklinde dört başlık altında sunulmuştur.

5.1.Yaşlı Diyabetlilerin Sosyo Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre İncelenmesi

Araştırmaya katılan yaşlı diyabetlilerin sosyo demografik özellikleri incelendiğinde, büyük çoğunluğu (%64.2) 60-64 yaş aralığındadır. Yaşlı diyabetli hastalarda yapılan çalışmalarda yaşlıların çoğunluğunun 60-65 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir (IDF 2017). Araştırmamızın bulgusu daha önceki araştırma bulguları ile benzer bulunmuştur. Literatürde Tip 2 diyabet görülme sıklığının yaşla beraber arttığı (IDF 2017, NCD Risk Factor Collaboration 2016) ve diyabetin görülme yaş ortalamasının 45 yaş ve üzerinde olduğu belirtilmektedir (Cortez vd 2014, Shabibi vd 2017, Hou vd 2018).

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyet durumları incelendiğinde, %59.7'sini kadınların oluşturduğu saptanmıştır. Önceki araştırmalar bu araştırma bulgusunda olduğu gibi diyabetin daha sık kadınlarda görüldüğünü desteklemektedir (Vazini ve Barati 2014, Poornima vd 2018, Demir 2020).

Birleşmiş Milletler Ulusal Diyabet İstatistik raporunda tanı almış diyabetli kadın sayısının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. (National Diabetes Statistics Report 2020). Araştırmamızın bulgusu literatür bilgisini desteklemektedir.

Araştırmaya katılan yaşlı diyabetlilerin eğitim durumlarına bakıldığında %19.4'ü okur yazar değil, %50.8'i ilkokul mezunudur. Tüik Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı'na (2018) göre Türkiye'de yaşlı nüfusun %45'inin ilkokul mezunu olduğu belirtilmektedir (Tüik Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı 2018).

Akar ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında diyabetlilerin %48.9'unun ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (Akar 2014). Yine araştırma bulgumuzda olduğu gibi önceki çalışmalar yaşlı diyabetlilerin çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğunu göstermektedir (Huang 2007, Tavşanlı ve Özmen 2016, Yanase vd 2017).

Araştırmaya katılan yaşlı diyabetlilerin %72.8'inin evli ve %88.1inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Diyabetin tedavisinin yüksek maliyetlere neden olduğu göz önüne alındığında, tedaviye devam edebilmeleri açısından hastaların çoğunluğunun herhangi bir sosyal

güvencesinin olması önemli bir bulgudur. Yine yaşlı diyabetlilerin büyük çoğunluğunun (%86.6) gelirinin giderine denk olduğu, %74.6'sının ailesi ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir.

Yaşlı diyabetlilerin hastalığa ilişkin özellikleri incelendiğinde ise, %32.8'inin hastalık süresinin 11 yıl ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Hastalığın tedavi tipi incelendiğinde ise %14.9'unun diyet, oral antidiyabetik ilaç ve insülini birlikte kullandıkları saptanmıştır. Yaşlılarda diyabet süresinin incelendiği araştırmalara bakıldığında genellikle diyabet süresinin on yıl ve üzerinde olduğu belirlenmiştir (Chan vd 2006, Kartal ve İnci 2011, Palabıyık ve Yılmaz 2011, Kaya ve Kitiş 2018). Diyabetin süresi arttıkça hastaların tedavi tipleri değişebilmektedir. Hastaların diyabet yılı arttıkça diyet ve oral antidiyabetik ilaçlar ile birlikte insülin kullanım sıklığı da artmaktadır (Mcmacken ve Shah 2017, Adeshirlarijaney ve Gewirtz 2020). Tavşanlı ve Özmen (2016) yaptıkları çalışmada 11 yıl ve üzeri süredir diyabet hastası olan hastaların çoğunlukta (%47.5) olduğunu ve bu hasta grubunun genellikle oral antidiyabetik ilaç ve insülini birlikte kullandığını belirtmişlerdir. Hastalık yılı on yıl ve üzerine çıktıkça sadece diyet tedavisi yeterli olmamaktadır.

Diyetle beraber insülin veya oral antidiyabetik ilaç kullanım sıklığı da artmaktadır. Bu nedenle hastaların diyabet süresi arttıkça hastalıkla baş etme durumları yani hastalığı kendi kendine yönetme durumları zorlaşmaktadır.

Diyabetin neden olduğu akut veya kronik komplikasyon varlığı diyabet hastalarının büyük çoğunluğunu etkileyen önemli bir sorundur (WHO 2018). Araştırmamızda yaşlı diyabetlilerin %4.5'i kendilerinde diyabete bağlı komplikasyon geliştiğini belirtmişlerdir.

Diyabet hastalarının kan şekeri kontrollerini yapmaları, insülinlerini düzenli kullanmaları; tedaviye uyumu arttırır, diyabet komplikasyonu gelişme ihtimalini ve hastaneye yatışları azaltır (Shao vd 2017, Lin vd 2017, Kayar vd 2017, Dong vd 2018). Bu nedenle hastalar diyabetleri ile ilgili takip ve tedavilerini düzenli yapmaları konusunda desteklenmelidir.

Diyabet dışında başka bir kronik hastalık varlığı olan yaşlı diyabetli oranı %73.1 ve diyabet nedeniyle hastanede yatan yaşlı diyabetli oranı ise %9.0'dır. Yaşlı diyabetlilerin tedaviye uyum algı düzeyleri incelendiğinde ise, %58.2'sinin tedaviye uyum algı düzeyleri iyi iken, %32.8'inin iyi düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Literatürde tedavi uyumu olmayan diyabetli birey oranının %6.9 ile %61.5 arasında olduğu belirtilmektedir (Krass vd 2015). Araştırmamızın bulgusu literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir. Tip 2 diyabet tedavisinde düşük uyum düzeyinin kan glikoz düzeyinin yükselmesine, komplikasyonların artmasına ve ekonomik maliyetin atmasına neden olmaktadır (Doggrell vd 2014). Diyabetli hastalarının günlük yaşamla başa çıkabilme yetenekleri ile tedaviye uyumun yakından ilişkili olduğu bilinmesine rağmen, bu alana yeterince dikkat edilmemektedir. Bu nedenle öncelikle hastaların tedaviye uyum düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi önemlidir.

Yaşlı diyabetlilerin öz bakım davranışlarına yönelik insülin yapma, kan şekerini ölçme ve egzersiz yapma durumları incelendiğinde, çoğunluğu (%91.67) insülin tedavisini kendisi

yapmakta, yarısından fazlası (%64.2) kan şekerini kendisi ölçmekte ancak bunlardan sadece %19.4'ü her gün düzenli olarak kan şekeri ölçümü yapmaktadır. Egzersiz davranışları incelendiğinde ise, %46.3'ünün egzersiz yaptığı, egzersiz yapanlardan sadece %22.4'ünün her gün düzenli olarak egzersiz yaptığı saptanmıştır. Araştırmanın bulgusundan anlaşıldığı gibi yaşlı diyabetlilerde her gün düzenli olarak kan şekerini ölçme ve düzenli olarak egzersiz yapma davranışı istenilen düzeyde değildir. Literatürde yaşlı diyabetlilerin sağlıkla ilgili önerilen aktivitelerden egzersiz yapma durumlarının düşük olduğunu göstermektedir (WHO 2019). Araştırmamızın bulgusu literatür bilgisini desteklemektedir.

Egzersiz diyabetli bireyin sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir yaşam biçimi davranışlarından biridir (Sağlık Bakanlığı 2014). Diyabetle ilgili yapılan çalışmalarda fiziksel aktivitenin yaşam kalitesinin tüm bileşenlerini olumlu etkilediği belirtilmektedir (Thiel vd 2017). Ayrıca yaşlı diyabetlilerin %67'si diyabet eğitimine katılmamış olmasına rağmen %83'ü diyabet eğitim gereksiniminin olmadığını dile getirmiştir.

5.2.Yaşlı Diyabetlilerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine Ait Puan Ortalamaları Dağılımının İncelenmesi

Bireylerin sosyal ve kültürel inançları davranışlar üzerinde önemli bir role sahip olmakla birlikte diyabet tedavisinin yapısını oluşturur ve bakımı önemli derecede etkiler. Aynı zamanda diyabetli bireylerin sosyo kültürel inançlarının hasta ve hekim arasındaki etkileşimin kalitesini ve tıbbi tedavinin uygulanma derecesini de etkilediği bilinen bir gerçektir (Wang ve Chan 2005). Diyabetin yaşam boyu devam eden bir hastalık olması nedeniyle, sağlık davranışlarının başlatılması, sürdürülmesi, bireyin kendi hastalığının yönetiminde sorumluluk alması ve bakım uygulamalarını kendisinin yapması beklenmektedir. Bu beklentilerin karşılanmasında önemli faktörlerden birisi sağlık inancıdır (Jiang vd 2020, Mikhael vd 2020, Oni 2020). Diyabetin komplikasyonlarını azaltmak için, sağlık profesyonellerinin hastalara bilgi sağlamanın yanında, aynı zamanda sağlıklı davranışlarını anlamak ve davranışta değişiklikler oluşturabilmek için inanç ve tutuma ilişkin algıları değerlendirmesi gerekmektedir (Shabbi 2017). Bu nedenle bu araştırmada diyabetli yaşlıların hastalığa ilişkin sağlık inançları incelenmiştir.

Tip 2 diyabetli yaşlıların ölçeğin alt boyutlarına göre aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, en düşük puan ortalamasının algılanan duyarlılık (3.05±0.37), en yüksek puan ortalamasının ise algılanan ciddiyet alt boyutu (3.79±0.85) olduğu belirlenmiştir. Sağlık inanç modeli genel ölçek puan ortalaması 3.26±0.31'dir. Her alt boyuttan elde edilen puan ortalamasının ve genel ölçek puan ortalamasının dört puanın altında olması hastalığa ilişkin sağlık inançlarının düşük düzeyde olduğunu göstermektedir (Tan 2004). Konu ile ilgili yapılan

önceki çalışmalar; genellikle yaşlı diyabetlilerin hastalığa ilişkin sağlık inançlarının düşük ve orta düzeyde olduğunu göstermektedir (Akpınar 2013, Arısoy 2013, Shabibi vd 2017, Uysal ve Şahin 2018; Mohammadi vd 2018, Rondhianto vd 2018, İnkaya vd 2019, Döner 2019, Gadore vd 2019, Porgholmi vd 2017, Karadede 2021). Araştırmamızın bulgusu literatür bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma bulgumuz dahil olmak üzere tüm bulgular göz önüne alındığında tip 2 diyabetli yaşlıların hastalığa ilişkin sağlık inançlarının düşük düzeyde ve istenilen düzeyde olmadığı söylenebilir. Oysaki diyabetli bireylerde koruyucu/önleyici sağlık davranışlarının yürütülmesi ve sürdürülmesinde sağlık inançları oldukça etkilidir. Literatürde diyabetik hastalarda, düşük (zayıf) koruyucu/önleyici davranışların düşük algılanan duyarlılık, düşük algılanan ciddiyet ve yüksek algılanan engeller ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Tan 2017). Bu sonuçlar koruyucu sağlık davranışların geliştirilmesinde sağlık inançların önemini ortaya koymaktadır.

Tip 2 diyabetli hastalarının sağlık inancını yükseltmek için hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (Tarkang ve Zotor 2015, Zeigheimat vd 2016, Kim ve Yun 2018, Kıssal ve Batısen 2019).

5.3. Yaşlı Diyabetlilerin Öz Bakım Yönetimi Ölçeğine Ait Puan Ortalamalarının Dağılımlarının İncelenmesi

Diyabet hastalığının seyrini, tedavi ve bakım yönetimi belirlemektedir. Burada tedavi başarısında en önemli belirleyici bireylerin öz yönetim ve öz bakım davranışlarıdır (Eroğlu 2017). Kronik hastalıkların yönetimi, yalnızca hastalığın tedavisini değil, hastanın öz yönetim becerisi kazanmasını içermektedir (Özen ve Çiçek 2014). Günümüzde kronik hastalık sayısı arttıkça öz bakım yönetimi önemli bir hale gelmektedir. Araştırmalar, iyi bir öz bakım yönetiminin sadece hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştirmediğini, aynı zamanda mortaliteyi azalttığı, tekrarlayan hastaneye yatışları azaltmada etkili olduğu, böylelikle sağlık bakım maliyetlerinin azaltılmasında önemli rol oynadığını göstermektedir (Abdoli vd 2008). Bu nedenle araştırmamızda diyabetli yaşlıların öz bakım yönetimleri incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, ölçeğin öz koruma alt boyutu puan ortalaması 69.16±12.39, sosyal koruma alt boyutu puan otalaması 47.24±10.80 ve öz bakım yönetimi ölçeği toplam puan ortalaması 116.13±21.95'dir. Genel ölçekten en az alınabilecek puan 35 iken, en fazla alınabilecek puan 175'tir. Bu değerlendirmeye göre, yaşlı diyabetlilerin hastalığa ilişkin öz bakım yönetimlerinin orta düzeyin üzerinde olduğunu söyleyebiliriz. Literatürde konu ile ilgili yapılmış çalışmalar incelendiğinde, tip 2 diyabetli hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının düşük veya orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir (Yeasmeen ve Ahmed 2016, Balhara vd 2017, Tewahido ve Berhane 2017, Erilmez 2018, Karakurt ve İstek 2018, Mumcu ve İnkaya 2020, Günüşen ve İnce 2020). Yine yapılan çalışmalar diyabetlilerin öz bakım yönetimini anlama ve uygulama

düzeylerinin düşük olduğunu göstermiştir (Ayele 2012, Gao vd 2013, Karakurt ve Hacıhasanoğlu 2013).

Alanyalı ve Arslan'ın yaptığı araştırmada, diyabetli hastaların öz yönetim algılarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Alanyalı ve Arslan 2020). Candan'nın (2021) kronik hastalarla yaptığı çalışmasında öz koruma alt boyutunun puan ortalaması 67.99±12.60, sosyal koruma alt boyutunun ortalaması 46.38±10.33 ve öz bakım yönetimi ölçeği toplam puan ortalaması 114.38±19.48'dir.

Araştırmamızın bulgusu literatür bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Araştırma sonucumuz ve çalışma bulguları yaşlı diyabetlilerin öz bakım yönetimlerinin yani hastalığın tedavisinde kendi bakımlarına aktif katılımlarının ve hastalığın yönetiminde kendi kendine sorumluluk alma durumlarının istendik düzeyde olmadığını göstermektedir.

Oysaki diyabetli hastanın öz bakım yönetiminin sağlanması hastaların ve aile üyelerinin yaşam kalitesini arttırırken, aynı zamanda metabolik kontrolü düzenlemekte, iyilik halini arttırmakta, hastaneye başvuru ve yatışları azaltmakta, komplikasyonları önlemekte, sağlık bakım harcamalarını azaltmaktadır (Abdoli vd 2008).

Bu nedenle yaşlılarda diyabet öz bakım yönetimini etkileyen engellerin tanımlanması son derece önemlidir. Diyabetli bireyin öz bakım yönetimini etkileyen engeller tanımlanmazsa, öz bakımla ilgili önerilen tedavilerde uyumsuzluk, hipoglisemi gibi komplikasyonlar ve sağlık ve yaşam kalitesinde bozulma görülebilir (Munshı vd 2013). Diyabetli hastaların günlük yaşamda hastalıkla ilgili baş etmelerinde karşılaştıkları engellerin azaltılması, hastalığı güvenle yönetmelerine yardımcı olabilir.

Tedavi ve bakım yönetimi; Diyabet hastalığının seyrini belirlemektedir. Tedavi başarısında en önemli belirleyici; bireylerin öz yönetim ve öz bakım davranışlarıdır (Eroğlu 2017). Günümüzde kronik hastalık sayısı arttıkça öz bakım yönetimi önemli bir hale gelmektedir (Rivera vd 2018). Öz bakım yönetimi bireylerin kendi sağlığı konusunda ne kadar sorumluluk aldığı ve ne kadarını uyguladığı ile doğrudan ilişkilidir. Diyabet hastalarında öz bakım davranışı, hastalığın seyrini etkileyen en önemli etkenlerden biridir (Gurmu vd 2018, Amer vd 2018, Felix vd 2019). Öz bakım gücü; bilgi, beceri, güven, motivasyon, bireysel engeller, hastalık durumu, ailesel faktörler, sağlık hizmetleri gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Riegel vd 2017).

Diyabet hastaları için öz bakım davranışları; oral antidiyabetik, insülin tedavisini bilme, tedavisini tam ve eksiksiz uygulama, beslenmesine dikkat etme, fiziksel hareketlilik, ayak bakımı yapması, kan şekeri ölçümü, sağlık kontrolüne düzenli gitmesi olarak tanımlanabilir (İstek ve Karakurt 2018).

Diyabet hastaları ile yapılan çalışmalarda öz bakım yönetimini anlama ve uygulama düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür (Ayele 2012, Gao vd 2013, Karakurt ve Hacıhasanoğlu 2013, Şahin ve Şahin 2014). Bizim çalışmamıza katılan yaşlılar üzerindeki öz bakım davranışının da bu çalışmalarla paralellik gösterdiği söylenebilir.

Hastaların öz bakım yönetimini iyileştirmek için hemşireler hastanın diyabetine uygun beslenme programının oluşturulmasında (Yang vd 2018) hastaların beden kitle indeksine göre uygun fiziksel aktivite konusunda teşvik edilmesinde (Goudarzian vd 2017) kan glikoz düzeyini izlemesi ve kan glikoz düzeyine göre girişimde bulunmasında (Barbara vd 2019) yardımcı olurlar. Bunu hastalara diyabet eğitimi vererek ve verdikleri eğitimi değerlendirerek yaparlar (Günüşen ve İnce 2020).

5.4. Yaşlı Diyabetlilerin Sağlık İnancı İle Öz Bakım Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde yaşlı diyabetlilerin sağlık inançları ile öz bakım yönetimleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, sağlık inanç modelinin alt boyutlarından algılanan duyarlılık ile sadece öz koruma alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki olduğu, ancak sosyal koruma ve öz bakım yönetimi genel ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bunun dışında, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutu ile öz bakım yönetimi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu algılanan engeller alt boyutu ile öz bakım yönetimi arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu sonuç yaşlı diyabetlilerin olumlu sağlık inancının öz bakım yönetimi davranışının gelişiminde önemli olduğunu göstermektedir. Bu bulgudan hareketle tip 2 diyabetli yaşlıların sağlık inançları ile öz bakım yönetimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır hipotezi (H1) doğrulanmıştır. Literatürde öz bakım yönetimini etkileyen prediktörlerin incelenmesinde sağlık inanç modeli yaygın olarak kullanılmaktadır.

Diyabetin komplikasyonlarına ilişkin duyarlılık ve ciddiyet algısının yükselmesi, önerilen sağlık davranışlarının sağlık yararlarına yol açacağına ilişkin güçlü inançlar, önerilen davranışa yönelik düşük engel algısı ve para çaba veya zaman açısından karşılanabilir olduğuna ilişkin yüksek inançlar öz bakım yönetimini arttırmaktadır (Koch 2002).

Sağlık İnanç Modelinin önemli bir bileşeni olan algılanan yararların yüksek olmasının, hastaların öz bakım davranışlarını ve davranışlara ilişkin motivasyonunu ve eğilimini artırabileceği belirtilmektedir (Shabbi vd 2017). Sağlık inançları ile öz bakım yönetimi arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yapılan bir çalışmada algılanan yararı yüksek, engel algısı düşük olan

Afrikalı Amerikan kadınlarda egzersiz davranışının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Koch 2002, Daouda vd 2014).

Ağralı (2020) diyabet hastaları ile yaptığı çalışmasında algılanan ciddiyeti ve algılanan yararı yüksek olan hastaların diyabet kontrolüne düzenli gittiği, düzenli egzersiz yaptığı, beslenme tedavisine uyum gösterdiği, tıbbi tedaviyi tam ve eksiksiz uyguladığı, HbA1c düzeylerinin normal olduğu sonucuna ulaşmıştır (Ağralı 2020). Yine İsveç'te yapılan nitel araştırmalar, diyabetli bireylerin sağlık inançlarının öz bakım yönetimlerini etkilediğini göstermiştir (Hjelm vd 2003). Ayele vd (2012) yaptıkları çalışmada yüksek sağlık inancına sahip kişilerin hastalık uyumlarının yüksek olduğu görülmüştür (Ayale vd 2012). Yine Kashfi, Khani Jeihooni vd (2012) sağlık inanç modeli ölçeği ile yaptıkları çalışmada, hastalığa ilişkin sağlık inancı yüksek olan diyabetli hastaların Hba1c düzeylerini daha kolay kontrol edebildiklerini belirlemişlerdir (Kashfi, Khani Jeihooni, Rezaianzadeh, Amini 2012). Albargawi vd (2017) ise algılanan ciddiyet arttıkça hastaların ayak bakımı, tıbbi tedavi ve diyete uyum, düzenli kan şekeri ölçümü gibi öz bakım davranışlarını daha iyi yaptıklarını belirlemişlerdir (Albargawi vd 2017).

Algılanan engeller bir kişinin uygun sağlık davranışlarını gerçekleştirmesini engelleyen fiziksel, psikolojik veya finansal engelleri içerir (Becker 1974). Hastalarda algılanan engellerin azaltılması, öz bakım davranışlarına yönelik engelleri aşmalarına ve düzenli ve doğru öz bakım davranışlarını yapmaya hazır olmalarına yardımcı olmaktadır. Diyabet hastalarının algıladıkları engeller azaldığında hastalıklarını daha kolay yönettikleri çalışmalarla ortaya konulmuştur. Malezya'daki üç farklı endokrinoloji kliniğindeki diyabet hastaları ile yapılan çalışmada algılanan engeller azaldığında, hastaların düzenli kan glikoz ölçümü yaptıkları, diyetlerine uydukları, akut komplikasyonları (hipoglisemi, hiperglisemi) daha az yaşadıkları belirtilmiştir (Aris vd 2017).

Yapılan başka bir çalışmada diyabetik retinopati gelişen hastaların sağlık inançları değerlendirilmiş ve hastaların algıladıkları engeller azaldığında retinopati yüzünden hastaneye yatışlarda da azalma olduğu görülmüştür (Yang vd 2016). Araştırma bulgularımız dahil olmak üzere literatürdeki tüm bu bulgular diyabetli bireylerin öz bakım yönetimini arttırmada sağlık inançlarının önemini ortaya koymaktadır.

5.5. Yaşlı Diyabetlilerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımlarının İncelenmesi

Literatürde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, gelir gibi bazı sosyo-demografik özelliklerin, sağlık davranışlarının yerine getirilmesinde rol oynayan sağlık inançlarını (algılanan duyarlılık, ciddiyet, faydalar ve engeller) etkileyen önemli faktörler olarak kabul edilmektedir (Champion ve Skinner 2008). Bu nedenle bu araştırmada, yaşlı diyabetlilerin bazı sosyo demografik özelliklerine göre sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımları incelenmiştir.

Yaşlı diyabetlilerin cinsiyet durumları ile sağlık inançları puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, cinsiyet ile ölçeğin alt boyutlarından algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) Cinsiyetin sadece algılanan engelleri etkilediği ve kadınların (2.43±1.01) erkeklere (2.25±1.00) göre hastalığa ilişkin engel algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, Akar vd (2014) araştırma bulgumuzun aksine erkeklerin hastalığa ilişkin engel algılarının kadınlara göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Demir ve arkadaşları (2020) ise cinsiyet ile hastalığa ilişkin sağlık inançları arasında anlamlı bir farkın olmadığını belirlemişlerdir. Erkeklerin kadınlara göre hastalıklarını daha az önemsediği, riskli davranışlarda daha fazla bulunabildiği, hastalığın daha geç evrede tespit edildiği, daha fazla komplikasyon geliştiği belirtilse de (Global Fund 2008, Stanhope ve Lancaster 2012) bu araştırmada kadınların engel algısının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde cinsiyet durumu ile sağlık inançları arasında farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Bu farklılıklar araştırmaya dahil edilen katılımcıların eğitim gelir düzeyi gibi sosyo demografik özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Yaşlı diyabetlilerin yaş durumları ile genel sağlık inancı puan ortalamaları incelendiğinde, 70- 74 yaş grubunda sağlık inanç puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Yaşlı diyabetlilerin medeni durumları ile sağlık inançları arasındaki ilişkin incelendiğinde, medeni durumun diyabetli yaşlılarda sağlık inancını etkilediği belirlenmiştir.

Araştırmada evli olanların (3.29±0.33), bekar olanlara göre (3.04±0.31) sağlık inanç puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Evli olmak veya yalnız yaşamıyor olmak bireyler açısından sosyal destek olarak düşünüldüğünde bunun yaşlı diyabetlilerin sağlık inançlarını olumlu etkilediği söylenebilir.

Aile üyeleri ile birlikte yaşama durumu ile sağlık inanç puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, eşi veya çocukları ile birlikte yaşayanların genel ölçek puan ortalamaları yalnız yaşayan yaşlı diyabetlilere göre daha yüksek bulunmuştur (3.30±0.32). Literatürde aile bireyleriyle birlikte yaşamak; diyabet hastalarının bakımına aile fertlerinin de yardımcı olabileceği ve bunun bir sonucu olarak diyabet hastalarında daha az komplikasyon gelişebileceği bildirilmektedir (Detrich 1996, Mitikulene ve Smith 1996, Mohebi 2013). Sosyal desteğe sahip olan diyabet hastalarının sağlık inançları daha yüksektir (Canpolat 2018). Bu

çalışmanın sonucu literatür bilgisini desteklemektedir. Aile üyeleri hastalara sosyal destek açısından önemli bir faktör oluşturmuş olabilir.

5.6. Yaşlı Diyabetlilerin Hastalığa İlişkin Bilgileri İle Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi

Bu bölümde, yaşlı diyabetlilerin hastalığa ilişkin bazı özellikleri ile sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelenmiştir. Yaşlı diyabetlilerin ailesinde diyabet hastası olması durumu ile sağlık inançları puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde, ailesinde diyabet öyküsü bulunan yaşlıların algılanan ciddiyet, algılanan duyarlılık, algılanan yarar ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puan ortalaması, ailesinde diyabet olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Algılanan engel alt boyut puan ortalaması ise ailesinde diyabet olmayan yaşlılarda daha yüksektir (2.85±1.03). Demirağ'ın (2016) araştırmasında birinci derece yakınlarında diyabet bulunan kişilerin diyabete yakalanma konusunda algıladıkları risk durumunun daha fazla olduğu bulunmuştur (Demirağ 2016). Bireylerin ailesinde diyabet hastasının olması; hastalığın tedavi ve bakımında bilgi sahibi olmasını sağlamaktadır (Harris vd 2003, Huidobro vd 2011, Mayberry ve Osborn 2012). Bu nedenle hastalığı tanımaları ve kendi durumlarının farkında olmaları hastalığı daha çok ciddiye almalarına neden olmaktadır (Novak vd 2012, Ahola vd 2012, Akar vd 2014).

Yaşlı diyabetlilerin sağlık inancını etkileyen bir diğer etmen de hastalığın süresidir. Sağlık inanç modeli tüm alt boyutlar (algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler) ve ölçek genel toplam puan ortalaması en yüksek altı-on yıl aralığındadır. Hastalık süresi altı-on yıl arasında hastalarda algılanan engeller en düşüktür (2.18±0.53). Sevinç vd (2012) hastalık süresi arttığında sağlık inanç puanının da arttığını belirtmişlerdir. Bunun aksine hastalık süresi uzadıkça diyabetin genellikle kötüye gittiğini ve sağlık inancını olumsuz etkilediğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Kır 2003). Akar vd (2014) ise hastalık süresi ile sağlık inanç modeli arasında ilişki olmadığını belirtmektedir (Akar vd 2014).

Jorgensen ve arkadaşlarına (2016) göre diyabet süresi uzadıkça kardiyovasküler hastalık ve diyabetin akut ve kronik komplikasyon riski artmaktadır. Bu durum tedaviye uyumu azaltmakta sağlık inancını olumsuz etkilemektedir (Jorgensen vd 2016).

Diyabetin sebep olduğu komplikasyonlar hastalar üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Gelişen komplikasyon hastaların kendilerini kötü hissetmelerine neden olabilmektedir (Pouwer 2017, Advani 2020,). Çalışma sonucumuzu göre diyabetin sebep olduğu komplikasyonu olmadığını bildiren yaşlı diyabetlilerin sağlık inanç puan ortalamalarının (3.20±0.40) daha

yüksek olduğu görülmüştür. Komplikasyon gelişmeyen diyabet hastalarının hastalıklarına yönelik algıladıkları ciddiyet (3.88±0.16), komplikasyon gelişen diyabet hastalarına (3.78±0.87) göre daha yüksektir. Algılanan engel (2.38±1.01) diyabet komplikasyonu gelişmeyen hastalarda daha dükşüktür. Literatürde Günalay vd (2016) göre hiperglisemik akut komplikasyon geçiren, diyabetik nefropati ve diyabetik retinopati tanısı alan diyabet hastalarının algılanan engelleri bu komplikasyonları geçirmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Araştırma bulgusu literatür bulgularına benzerlik göstermektedir.

Diyabet dışında kronik hastalığının bulunması veya diyabet nedeni ile hastanede yatma ile sağlık inancı arasında anlamlı yönde bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Yine insülin tedavisini kendisi yapan, kan şekerini kendisi ölçen ve kan şekerini düzenli olarak ölçen hastaların sağlık inanç puan ortalamaları yapmayanlara göre daha yüksektir. Kaya ve Kitiş'in (2018) araştırmasında da tedavisini düzenli olarak uygulayan, kan şekerini kendisi ölçen yaşlıların sağlık inanç puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmanın bulgusu ülkemizde yaşlılarda yapılan Kaya ve Yeter'in araştırma bulgusunu desteklemektedir.

Yaşlıların tedaviye uyum düzeylerine ilişkin algıları ile sağlık inançları puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, tedaviye uyum algısı çok iyi olanların algıladıkları ciddiyet, yarar ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puan ortalaması en yüksek, algıladıkları engeller puan ortalaması en düşüktür.

Akar vd (2014) sosyo demografik özellikler ile sağlık inancı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada tedaviye uyum algısı ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı ilişki olmadığını; algılanan yarar, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ve algılanan engeller alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Tedaviye uyum algı düzeyi arttıkça algılanan ciddiyet artarken algılanan engeller azalmaktadır (Akar vd 2014).

Çalışmalarda diyabete uyum ile hastalığa yönelik bakım ve tedaviye ilişkin sağlık inançları arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Fisher vd 2002, Kitiş ve Emiroğlu 2006, Akça ve Çınar, 2008 Jin vd 2008, Mann vd 2009, Mollaoğlu vd 2009, Avery vd 2012). Diğer birçok çalışma, verilen tedaviye inanmanın tedaviye uyum algılarını olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (Akça ve Çınar 2008, Ayele vd 2012). Diyabetli hastaların diyet ve tedavilerine uyumunun hastalığın metabolik kontrolünün sürdürülmesinde önemli rol oynamaktadır (Fisher vd 2002, Tekin vd 2007). Yapılmış çalışmalar hastaların tedaviye uyum algı düzeylerinin sosyo ekonomik değişkenlerden (Lee 2011, Jaffiol vd 2013, Xu vd 2017), hastanın tedaviye ve hastalığa ilişkin bilgilerinden (Mahfouz ve Awadalla 2011, Harbor 2013), inanç ve önyargılarından (Ayele vd 2012, Karimy vd 2016) etkilendiği belirtilmektedir. Bu nedenle bu değişkenlerin iyi değerlendirilerek hastaya uygun bakım verilmesi tedaviye uyum algı düzeyini

arttıracağı sonucuna ulaşılabilir. Sağlık inancı yükseltilen hastaların tedaviye uyumları da artış gösterecektir. Bu olguyu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Kaya ve Kitiş (2018) yaşlı diyabet hastaları ile yaptıkları çalışmada hastalara diyabetleri ile ilgili bilgi verilmiş ve bu sayede olumlu sağlık inançları geliştirilerek tedaviye uyum algılarını arttırılmıştır (Kaya ve Kitiş 2018).

Egzersiz yapma durumu ile yaşlı diyabetlilerin sağlık inanç düzeyleri incelendiğinde; egzersiz yapanların (3.24±0.24) egzersiz yapmayanlara (3.19±0.35) göre sağlık inanç puan ortalamaları daha yüksektir. Egzersiz yapmak yaşlı diyabet hastalarının herhangi bir farmakolojik tedavi olmaksızın normal kan şekeri seviyelerine ulaşmasına yardımcı olmaktadır. Kartal ve arkadaşları (2014), Yandım (2011) ve Javanshir (2006) tarafından yapılan çalışmalarda, egzersiz yapan hastaların sağlık inançlarının daha olumlu olduğu (Javanshir 2006, Yandım 2011, Kartal vd 2014) saptanmıştır. Bulgumuz önceki araştırma bulgularını desteklemektedir.

5.7. Yaşlı Diyabetlilerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımlarının İncelenmesi

Diyabet toplum sağlığını etkileyen, sürekli tıbbi bakım ve öz bakım gerektiren kronik bir hastalıktır (Atkinson ve Maclaren 1990, Buchanan vd 2007, Olgun 2012). Sabuncu'ya göre öz bakım davranışı; bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu alması, sağlığını koruması ve sağlığını yükseltmek için davranışta bulunmasıdır (Sabuncu vd 1996). Bireylerdeki öz bakım davranışı çeşitli durum ve olaylardan etkilenebilmektedir (Ahola ve Groop 2012, Shrivastava vd 2013). Bireylerin deneyimleri, yaşadığı sosyal çevre, hastalığını nasıl algıladığı gibi durumlar öz bakım davranışını etkiler (Enç 2014).

Öz bakım davranışı bunların dışında sosyo demografik özelliklerden etkilenmektedir (Shrivastava vd 2013). Bu bölümde Tip 2 diyabetli yaşlıların bazı sosyo demografik özelliklerine göre öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarının dağılımları incelenmiştir.

Yaşlı diyabetlilerin cinsiyetleri ile öz bakım yönetimi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Ancak literatürde Doğan vd (2018) yaptıkları çalışmada cinsiyet ile öz bakım yönetimi puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, kadın hastaların erkeklere göre öz bakım yönetimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Doğan vd 2018). Yapılan başka çalışmalarda ise cinsiyetin öz bakım yönetimi için etkili olan bir faktör olmadığı belirtilmiştir (Polonsky vd 2003, Ergin vd 2011, Candan 2021). Görüldüğü gibi literatürde cinsiyet ile öz bakım yönetimi puan ortalaması arasında bazı çalışmalarda anlamlı fark saptanırken bazı çalışmalarda anlamlı fark yoktur. Çalışmalardaki bu farklılıklar araştmaya dahil edilen katılımcıların eğitim düzeyleri vb gibi sosyo demografik özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Öz bakım yönetimi birçok nedenden etkilenebilmektedir. İnsanlar hayatlarının bazı dönemlerinde öz bakımlarını daha kolay yaparken bazı dönemlerinde zorlanabilmektedirler. Bireylerin yaşı, sağlık durumu vb. gibi durumlar öz bakımın düzeyini belirlemektedir (Kara 2001). Araştırmanın bulgusuna göre, yaş öz bakım davranışını etkileyen bir faktördür.

Yaşı 80 yaş ve üzerinde olan yaşlı diyabetlilerin öz koruma, sosyal koruma ve öz bakım yönetimi ölçeği genel toplam puanı 80 yaş ve altına göre daha düşük bulunmuştur. Özkan ve Durna (2006) öz bakım ile yaş arasındaki ilişki olduğunu yaş arttıkça diyabetlilerin öz bakım gücü puan ortalamalarının düştüğünü belirlemişlerdir (Özkan ve Durna 2006). Literatür bulguları yaşın artması ile bireylerin öz bakım gücünün azaldığını desteklemektedir. Orta yaş; insanın bilgiyi en üst düzeyde kullanabildiği, tecrübelerini davranışlarına en iyi şekilde yansıttığı bir dönem olarak belirtilmektedir. Yaşın artmasıyla beraber algılama düzeyi düşmekte bu nedenle hastaların öz bakım yönetimi konusundan desteklenmesi gerekmektedir (Özkan ve Durna 2006).

Araştırmada medeni durumun ve sosyal güvencenin genel öz bakım yönetimi puan ortalamasını etkilemediği belirlenmiştir. Bunun aksine ekonomik durumun bireylerin öz bakım yönetimi puan ortalamasını etkileyen faktörlerden biri olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Yorulmaz ve arkadaşlarına göre hastaların ekonomik durumu iyi ise sağlık, eğitim, sosyal alanlardaki olanaklara daha kolay ulaşım göstermektedir. Hastalar sağlık hizmetlerine ne kadar kolay ulaşırlarsa sağlıkları üzerinde o kadar çok kontrol sahibi olabilmektedirler (Yorulmaz vd 2013).

5.8. Yaşlı Diyabetlilerin Hastalığa ilişkin Bilgileri İle Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımlarının İncelenmesi

Araştırmanın bu bölümünde yaşlı diyabetlilerin hastalığa ilişkin bazı özellikleri ile öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamalarının dağılımları incelenmiştir. Ailesinde diyabet hastası varlığı ile öz bakım yönetimi puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde, ailesinde diyabet hastası olanların genel öz bakım yönetimi ölçek puan ortalaması (123.07±17.24), ailesinde diyabet hastası olmayanların ölçek puan ortalamasından (104.76±24.08) daha yüksektir. Ailesinde diyabet olan kişiler hastalıkla ilgili ön bilgiye sahip olmaktadır. Tedavi ve bakım konusunda daha önceden diyabet tanısı alan yakın çevresinden yardım alabilmektedir (Ahola ve Groop 2012, Shrivastava vd 2013). Bu durumun diyabet hastaları için öz bakımlarını sağlamalarında yardımcı olduğu söylenebilir. Yakın çevresinde diyabet hastası olanlar, hastalık yönetimi ile ilgili daha fazla sağlık sorumluluğu aldığı sonucuna ulaşılabilir. Araştırmamızın bulgusu literatür bilgilerini desteklemektedir.

Hastalığın süresi ile öz bakım yönetimi puan ortalaması arasındaki dağılım incelendiğinde, 11 yıl ve üzerinde hastalığı olanların öz bakım yönetimi puan ortalamasının en düşük olduğu belirlenmiştir. Erilmez'in çalışması bulgumuzu desteklerken (Erilmez 2018),

hastalık süresi arttıkça öz bakım gücü puan ortalamasının arttığını gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (Karakurt vd 2013, Düzöz vd 2010).

Yine araştırmamızda diyabet dışında herhangi bir kronik hastalık varlığının, diyabet nedeni ile hastanede yatma durumunun ve diyabetin sebep olduğu komplikasyon varlığının öz bakım yönetimini etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$). Gedik yapmış olduğu 'Kırsal Alanda Yaşayan Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Yönetiminde Öz-Etkililik Düzeyleri' adlı çalışmada diyabet komplikasyon varlığı ile bireylerin hastalık yönetiminde öz etkililik düzeyleri arasında anlamlı yönde bir ilişki olduğu belirlemiştir (Gedik 2016). Diyabetin sebep olduğu komplikasyon arttıkça diyabet nedeni ile hastaneye yatışlar da artmaktadır.

Yaşlı diyabetlilerin öz bakım yönetimini etkileyen bir diğer faktör hastaların tedaviye uyum düzeylerine ilişkin algılarıdır. Yaşlı diyabetlilerin tedaviye yönelik uyum düzeylerine ilişkin algıları azaldıkça öz bakım yönetimi toplam ölçek puan ortalamasının düştüğü görülmüştür. Zuhur'un araştırmasında hastaların tedaviye uyum düzeyine ilişkin algıları arttıkça kronik hastalık yönetimi puan ortalamalarının arttığı görülmüştür. Bunun nedeni olarak, bireylerin tedavide uyum başarısının kendi sağlık sorumluluklarını almaları olarak açıklanmıştır (Zuhur 2018).

Bu sonuç, tedaviye uyum algısı yüksek yaşlı diyabetlilerin hastalığı kontrol altında tutmak ve sağlığı geliştirmek için kendi sağlık sorumluluğunu daha fazla aldıklarını ortaya koymaktadır (Çalık ve Kapucu 2017).

Diyabetin tedavisi hastaların, verilen tedaviyi düzenli uygulamalarını, kan şekerlerini düzenli ölçmelerini gerektirir. İnsülini kendisi yapan yaşlı diyabetlilerin öz bakım yönetimi puan ortalaması (123.80±17.64), insülini kendisi yapmayanlara göre öz bakım yönetimi puan ortalamasından (79.00±0.00) daha yüksektir. Yine kan şekerini kendisi ölçen hastaların öz bakım yönetimi ölçek puan ortalaması (119.50±19.94), kan şekerini kendisi ölçmeyen hastaların öz bakım yönetimi ölçek puan ortalamasından (110.25±24.06) fazladır. Literatürde yapılmış çalışmalar bu bulgularımızı desteklemektedir (Rhee vd 2005, Özkan ve Durna 2006, Zuhur 2018, Çapoğlu vd 2018). Sonuç olarak; Hastalar düzenli doktor kontrolüne gittiklerinde ve düzenli kan şekeri ölçümü yaptıklarında öz bakım yönetimlerini daha kolay sağladıkları söylenebilir.

Çalışmamızda kan şekeri düşüklüğü veya yüksekliği yaşama durumu, diyabetle ilgili bilgi alma durumu ve eğitime gereksinimi olduğunu düşünme durumu ile öz bakım yönetimi puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Yine egzersiz yapma durumunun öz bakım yönetimini etkileyip etkilemediği incelendiğinde ise, egzersiz yapanların öz bakım yönetimi ölçek puan ortalaması (124.70±16.59), egzersiz yapmayanlara göre (109.00±23.32) daha yüksektir. Her gün düzenli veya haftada birkaç gün egzersiz yapan diyabet hastaların öz bakım yönetimi puan ortalamaları, düzensiz egzersiz yapanlara göre daha yüksektir.

Düzenli haftada 3-4 kez yapılan düzenli egzersiz glikoz düzeyini iyileştirir ve hastaların öz bakım yönetimini sağlamada yardımcı olur (Tuomilehto vd 2001, Sigal vd 2007). Haftada 2-3 kez ve 10-15 dakika yapılan egzersizin tip 2 diyabetli hastanın HbA1C değerleri üzerinde %0.4-0.5 azalma saptanmıştır (Castaneda vd 2002, Boule vd 2003, Thomas vd 2006, Snowling ve Hopkins 2006, Sigal vd 2007, Nelson vd 2007). Kökçü (1999) yaptığı çalışmada diyabet hastalarının egzersiz yapma durumu ile öz bakım gücü arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmiştir (Kökçü 1999). Tüm bu sonuçlar egzersiz yapma durumunun öz bakım yönetimini arttırdığını göstermektedir.

Araştırmada diyabet öz bakım yönetimini etkileyen bir diğer faktörün düzenli olarak doktora gitme durumu olduğu belirlenmiştir. Doktora giden yaşlı diyabetlilerin öz bakım yönetimi ölçek toplam puan ortalaması (116.78±21.83) doktora gitmeyen yaşlı diyabetlilerin öz bakım yönetimi ölçek puan ortalamasından (95.50±15.25) fazladır. Bu sonuç hastalığı ile ilgili sağlık kontrolü için doktordan hizmet alma durumunun öz bakım yönetimini arttırdığını göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tip 2 diyabetli yaşlıların hastalığa ilişkin sağlık inançları ile öz bakım yönetimi arasındaki ilişkinin incelendiği kesitsel ve ilişki arayıcı nitelikteki araştırmamızda elde edilen temel sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

1. Araştırma kapsamına alınan tip 2 diyabetli yaşlıların hastalığa ilişkin sağlık inançları düşük düzeydedir.
2. Tip 2 diyabetli yaşlıların kronik hastalık öz bakım yönetimi orta düzeydedir. Hastaların öz koruma davranışları, sosyal koruma davranışlarından daha yüksektir.
3. Hastalığa ilişkin sağlık inanç modeli alt boyutlarından sadece algılanan engeller alt boyutu ile öz bakım davranışları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken diğer tüm alt boyutlar ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.
4. Genel sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamaları ile öz bakım yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır.

5. Yaş, eğitim durumu, medeni durum, kiminle yaşadığı, ailede diyabet varlığı, diyabet tanılı olunan süre, diyabet tedavi şekli, diyabetin sebep olduğu komplikasyon varlığı, tedaviye uyum algısı, insülini yapma durumu, kan şekeri ölçümü yapma durumu, diyabet komplikasyonları hakkında bilgi sahibi olma durumu ve de egzersiz yapma durumunun hastaların sağlık inançlarını etkilediği belirlenmiştir.
6. Yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, ailede diyabet varlığı, yakınlık derecesi, diyabet tedavi şekli, diyabetin sebep olduğu komplikasyon varlığı, tedaviye uyum algısı, insülin yapma durumu, kan şekeri ölçümü yapma durumu, diyabet eğitim gereksinimi, diyabet komplikasyonları hakkında bilgi durumu, egzersiz yapma durumu ve doktora gitme durumunun hastaların öz bakım yönetimi davranışlarını etkilediği belirlenmiştir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda yaşlı diyabetlilerin hastalığa ilişkin sağlık inançlarının düşük düzeyde olmasından yola çıkılarak öz bakım yönetiminin artırılması ve hastalığa ilişkin klinik sonuçların iyileştirilmesi için sağlık inançlarının olumlu hale getirilmesine gereksinim olduğu sonucuna varılmıştır. Hastalığa ilişkin genel sağlık inancı puan ortalaması ile öz bakım yönetimi puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış ve sağlık inancı arttıkça öz bakım yönetiminin de arttığı belirlenmiştir. Bu sonuç öz bakım yönetimi davranışlarının iyileştirilmesinde hastalığa ilişkin sağlık inanç düzeyinin önemini ortaya koymaktadır.

Öncelikle hastaların önerilen aktivitelerle ilgili davranışı sürdürmede olumsuz etkileyen engellerin neler olduğu belirlenmelidir. Tanımlanan bu engelleri azaltmaya yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalıdır.

Hemşireler diyabet hastalarına düzenli doktor kontrolüne gitme, düzenli kan glikoz düzeyini ölçme, egzersiz yapıp diyetlerine kontrol etme gibi öz bakım davranışlarının, diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarını yaşama olasılıklarını azalttığı konusunda hastalara eğitimler vermelidirler. Hastalar hayatları boyunca olumlu sağlık davranışı geliştirebilecekleri konusunda desteklenmelidir.

Tip 2 diyabetli yaşlıların öz bakım yönetiminin iyileştirilmesinde öncelikle bireylerin sağlık inanç durumlarını etkileyen faktörlerin araştırılması önerilmektedir. Ayrıca hastaların öz bakım yönetiminin iyileştirilmesine yönelik daha sonra yapılacak araştırmalar için bu iki parametrenin birlikte kullanımı önerilmektedir. Bu çalışma kesitsel nitelikte olduğu için sağlık inanç düzeylerinin öz bakım yönetimine ve bakım sonuçlarına etkisinin araştırıldığı randomize kontrollü araştırmaların yapılması önerilmektedir. Hastalığa ililişkin sağlık inanç düzeyi ile öz bakım yönetimi arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmaların ülkemizde kısıtlı olması nedeniyle daha fazla araştırma yapılarak literatüre katkı sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Abdoli S, Ashktorab K, Ahmadi F, Parvizy M. Barriers and facilitators the empowerment of people with diabetes. ***Journal of Endocrinology and Metabolism 2008***; 10(5): 455–64.

Adams A, Chamberlain D, Giles T. The perceived and experienced role of the nurse unit manager in supporting the wellbeing of intensive care unit nurses: An integrative literature review. ***Australian Critical Care*** 2019; 32 (4): 319-329.

Adeshirlarijaney A, Gewirtz A. Considering gut microbiota in treatment of type 2 diabetes mellitus. ***Gut Microbes*** 2020; 11(3): 253-264.

Advani A. Acute Kidney Injury: A Bona Fide Complication of Diabetes. ***Diabetes*** 2020; 69(11): 2229-2237.

Ağralı H. Tip 2 Diyabet Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık İnanç Modeline Dayalı Verilen Eğitim Ve Danışmanlığın Glisemik Kontrole Etkisi. Doktora Tezi, ***Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü***, Ankara, 2020, s.62.

Ahola A.J, Groop P. H. Barriers to self-management of diabetes. ***Wiley Online Library*** 2012; 112: 1-10.

Alanyalı Z, Arslan S. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Diyabet Belirtileri ve Öz-Yönetim Algıları. ***Arch Health Sci Res*** 2020; 7(3): 238-43.

Albargawi M, Snethen J, Gannass A, Kelber S. Relationship between person's health beliefs and diabetes self-care management regimen. ***Journal of Vascular Nursing*** 2017; 35(4): 187-192.

Akar Z, Bebiş H, Özdemir S. Diyabetli Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sağlık İnançları Arasındaki İlişki. ***Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*** 2014; 30 (3): 32- 46.

Akça, T.A., Çınar, S. Comparison of psychosocial adjustment in people with diabetes with and without diabetic foot ulceration. ***Aust J Adv Nurs*** 2008; 25(4), 87-96.

Amer F, Mohamed M, Elbur A, Abdelaziz S, Elrayah Z. Influence of self-efficacy management on adherence to self-care activities and treatment outcome among diabetes mellitus type 2 Sudanese patients. ***Pharmacy Practice*** 2018;16(4): 12-74.

Anderson RM, Funnell M. Facilitating self-care through empowerment. Psychology in Diabetes Care. 2003;10(4): 69–97.

American Diabetes Association (ADA). Standards Of Medical Care In Dıabetes, ***Diabetes Care*** 2015; 36(1): 11-66.

American Diabetes Association. 2.Classification and diagnosis of diabetes. ***Diabetes Care*** 2018; 41(1): 13–27.

Amelia R, Lelo A, Lindarto D, Mutiara E. Analysıs Of Factors Affectıng The Self-Care Behavıors Of Dıabetes Mellıtus Type 2 Patıents In Bınjaı, North Sumatera-Indonesıa. ***Asian Jr. of Microbiol. Biotech. Env. Sc.*** 2018; 20 (2): 61-367.

Adıbelli D.'' Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşam'', Halk Sağlığı Hemşireliği, Eds. Erci B, ***Anadolu Nobel Tıp Kitapevi***, Elazığ, 2016, 229-241.

Alotaibi A, Ganmi A, Gholizadeh L. Dıabetes Knowledge Of Nurses In Dıfferent Countrıes: An Integratıve Revıew. ***Accepted Manuscript*** 2016; 1-47.

Akar Z, Bebiş H, Özdemir S. Diyabetli Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sağlık İnançları Arasındaki İlişki. ***Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*** 2014; 30 (3) : 32-46.

Akbıyık A, Koçak G, Oksel E. Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Öz-Bakım Davranışlarının İncelenmesi. ***İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*** 2016; 1(2): 1-8.

Akın S. Kronik Hastalıklarda Primer ve Sekonder Korunma. Durna Z. editör. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul, ***Nobel Tıp Kitabevleri***, 2012. 9-22.

Alkaya A. The Effectiveness Of Assertiveness Training For School-Aged Children On Bullying And Assertiveness Level. ***Journal of Pediatric Nursing*** 2016;36: 186-190.

Arıkan Y, Kuzgun Ü, Sever C, Armağan R. Diyabetik Ayak Yarası Olan Hastalara Multidisipliner Yaklaşımda Ortopedinin Yeri. ***Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*** 2010; 44(3): 106-112.

Arısoy H. Yaşlı Diyabetli Hastaların Hastalık ve Sağlığa İlişkin Tutumları Yüksek Lisans Tezi, ***Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,*** Ankara, 2013, 1-103.

Aris A, Blake H, Adam G. Health Beliefs Predıct Self-Care Practices And Glycaemic Control In Malaysian Patients Wıth Insulin-Treated Diabetes: A Longitudinal Study***. Malaysian Journal of Public Health Medicine*** 2017; 17 (2): s.80-89.

Arslan A, Kılıç M, Toğan M. Diyabetli Hastalara Verilen Eğitim ve İzlemlerin Öz-Etkililik Düzeyi ve Sağlık İnancına Etkisi*. **Kocaeli Med J.*** 2021; 10(1): 171-182

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2014. ***Diabetes Care***. 2014;37 Suppl 1: 14-80.

American Diabetes Association. Standards Of Medical Care İn Diabetes. ***Diabetes Care*** 2019;42(Suplement1): 1-194.

Aune D, Norat T, Leitzmann M, et al. Physical activity and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose–response metaanalysis. ***Eur J Epidemiol***2015; 30: 42-529.

Asrani S, Devarbhavi H, Eaton J, Kamath P. Burden of liver diseases in the World. ***Journal of Hepatology*** 2019;70(1): 151-171.

Atkinson M. A, Maclaren N.K. What Causes Diabetes. ***Scientific American*** 1990; 263(1): s.62-71.

Avcı Y. D. Kişisel Sağlık Sorumluluğu. ***TAF Prev Med Bull*** 2016; 15(3): 259-266.

Avery, L., Flynn, D., Wersch, A.V., Sneihotta, F.F., Trenell, M.I. Changing physical activity behavior in type 2 diabetes; a systematic review and meta-analysis of behavioral interventions. ***Diabetes Care*** 2012; 35(1), 268-89.

Ayele K, Tesfa B, Abebe L, Tilahun T, Girma E. Self Care Behavior among Patients with Diabetes in Harari, Eastern Ethiopia: The Health Belief Model Perspective. ***PLoS ONE*** 2012; 7(4): 1-6.

Aykar ŞF, Hançerlioğlu S. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. ***GÜSBD*** 2018; 7(1): 175-183.

Azadbakht M, Garmaroodi G, Tanjani P, Sahaf R, Shojaeizade D, Gheisvandi E. Healty Promoting Self Care Behaviors And İts Related Factors İn Elderly: Aplication Of Health Belief Model. ***J Educ Community Health*** 2014; 1(2): 20-29.

Azami G, Soh K, Sazlina S, Salmiah S, Aazami S, Mosayeb M, Taghinejad H. Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes. ***Hindawi Journal of Diabetes Research*** 2018; 1-12.

Badpar S, Bakhtiarpour S, Heidari A, Moradimanesh F. Causal Model of Self-care Based on Social Support and Health Literacy Through Self-efficacy in Managing Diabetes in Diabetic Patients. ***J Diabetes Nurs*** 2019, 7(2): 752-763.

Bagnasco A, Di Giacomo P, Da Rin Della Mora R, Catania G, Turci, Rocco G, Sasso L. Factors influencing self-management in patients with type 2 diabetes: a quantitative systematic review protocol. ***J Adv Nur*** 2014; 70(2): 187– 200.

Bahar G, Bahar A, Savaş H. Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. ***Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*** 2009; 4(12): 12.

Balhara S.Verma K, Kalra S. Management of diabetes distress. ***The Journal of the Pakistan Medical Association*** 2017; 67(10): 1625-1627.

Barbara R, Jaarsma T, Lee C,Strömberg A. İntegrating Symptom İnto The Middle Range Theory Of Self Care Of Chronic İlness. ***Advances in Nursing Science*** 2019; 42(3): 206-215.

Barnell S, Howard S. Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease?.***Frontiers in Public Health*** 2016; 4(159): 1-3.

Basu S, Yoffe P, Hills N, et al. The Relationship of Sugar to Population-Level Diabetes Prevalence: An Econometric Analysis of Repeated CrossSectional Data. ***PLoS ONE*** 2013; 8: 1-25.

Bebiş, H.''Sağlığın Geliştirilmesi İle İlgili Modeller'' Sağlığın Geliştirilmesi, Eds. Alkaya S***, Hedef Yayıncılık***, Ankara, 2017, 47-61.

Bebis, Hatice, et al. "Evaluation of Breast Self-Examination (BSE) Application in First and Second Degree Relatives of Patients with Breast Cancer." ***Asian Pac J Cancer Prev*** 2013;14(8) : 4925-4930.

Becker M.H, and Janz N.K. The Health Belief Model Applied to Understanding Diabetes Regimen Complience. ***The Diabetes Educator*** 1985; 11(1): 41-47.

Becker MH. The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs. 1974;2:324–473. ; Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. ***Health Education Monographs***. 1974;2(4):354–386.

Bennet J. Modeling the Large-Scale Demographic Changes of the Old World. ***Bennett: Old World Demographic Changes. Cliodynamics*** 2015;(6)1: 1-21.

Beranth C. The health belief model applied to glycemic control. ***The Diabetes Educator***. 1999; 21(4): 321–9.

Betlehem J, Acs P, Olah A, Bergier J,Melczer C, Premusz V, Makai A. Measurement of public health benefits of physical activity: validity and reliability study of the international physical activity questionnaire in Hungary. ***Ács et al. BMC Public Health*** 2020; 20(1): 1198-1208.

Birol L. Endokrin Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akdemir N, Birol L. (Eds). İç hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. ***Baskı Sistem Ofset***. Ankara, 2005; 671-725.

Birren J.E. (1982) The Psycology of Aging, Prentice Hall, Inc. ***New Jersey*** 1982; 8(2): 101-116.

Bloomgarden Z. Diabetes Complications. ***Dıabetes Care*** 2004; 27(6): 1506-1514.

Bohn B, Herbst A, Pfeifer M, et al. Impact of Physical Activity on Glycemic Control and Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in Adults With Type 1 Diabetes: A Cross-sectional Multicenter Study of 18,028 Patients. ***Diabetes Care*** 2015; 38: 1536–43.

Boule, N.G., Kenny, G.P., Haddad, E., Wells, G.A., Sigal, R.J., 2003. Meta-analysis of the effect of structured exercise training on cardiorespiratory fitness in type 2 diabetes mellitus. ***Diabetologia***. 46, 1071–1081.

Boussageon, R., Gueyffıer, F., & Cornu, C. (2014). Effects of pharmacological treatments on micro and macro vascular complications of type 2 diabetes: What is thelevel of evidence? Diabetes Metab, 40(3), 169-175. doi: 10.1016/j.diabet.2013.12.010.

Buchanan T. A, Xıang A, Kjos S.L, Watanabe R. What Is Gestational Diabetes. ***Dıabetes Care*** 2007; 30(2): 105-111.

Bulduk S, Seher Y, Dinçer Y, Ardıç E. Sağlık Davranışları Modelleri. ***Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*** 2015; 5(1): 28-34.

Bullard K, Cowie C, Lessem S, Saydah S, Menke A, Geiss L, Orchard T, Rolka D, İmparatore G. Prevalence of Diagnosed Diabetes in Adults by Diabetes Type United States. ***Morbidity and Mortality Weekly Repor*** 2016;67(12): 1-3.

Bulutlar N. O. Diyabet Hastalarına Beslenme Açısından Yaklaşım. ***Okmeydanı Tıp Dergisi*** 2015; 31(Ek sayı): 39-44.

Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. World Health Organization, 2010.

Brown SA, Blozis SA, Kouzekanani K, Garcia AA, Winchell M, Hanis CL. Health Beliefs of Mexican Americans with Type 2 Diabetes: The Starr County Border Health İnitiative. ***The Diabetes Educator*** 2007; 33(2): 300-308.

Can S. Diyabetli Bireylerde Hastalığı Kabulün Diyabet Öz Bakım Davranışlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, ***Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,*** Bolu, 2017, 70.

Candan Ç. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Yönetimi İle Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi***, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü***, Denizli, 2021, 92.

Canpolat M. Diyabetik Ayak Gelişen Hastalarda Algılanan Sosyal Destek İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, ***İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü***, Malatya, 2018, 1-65.

Cardosa E, Reis C, Cespedes M. Chronic periodontitis, inflammatory cytokines, and interrelationship with other chronic diseases. ***Postgraduate Medıcıne*** 2018; 130 (1): 98-104.

Casey D. Findings from non-participant observational data concerning health promoting nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses. ***Journal of Clinical Nursing*** 2007; (16): 580–592.

Casey D. Using Action Research To Change Healthpromoting Practice. ***Nursing and Health Sciences*** 2007; (9): 5–13.

Castaneda, C., Layne, J.E., Munoz-Orians, L., Gordon, P.L., Walsmith, J., Foldvari, M., Roubenoff, R., Tucker, K.L., Nelson, M.E., 2002. A randomized controlled trial of resistance exercise training to improve glycemic control in older adults with type 2 diabetes. ***Diabetes Care***. 25, 2335–2341.

Champion VL, Skinner CS. The Health Belief Model. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editörs. Health Behavior and Health Education: theory, research, and practice. 4nd ed. San Francisco: ***Jossey-Bass***; 2008: s. 45-62.

Champion V.L.. Use of The Health Belief Model in Determining Frequency of Breast Self Examination. ***Research in Nursing Health*** 1985; 8: s.373-379.

Clark NM, Gong M. Management of Chronic Disease By Practioners and Patients: Are We Teaching The Wrong Things? ***BMJ*** 2000; 320: s.572-575.

Colberg S, Sigal R, Yardley J, Riddell M, Dunstan D, Dempsey P, Harton E, Castorino K, Tate D. Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. ***Diabetes Care*** 2016; 39: s. 2065-2079.

Coronado G, Thompson B, Tejeda S, Godina R. Attitudes and Beliefs among Mexican Americans about Type 2 Diabetes. ***Journal of Health Care for the Poor and Underserved*** 2004; 15: s. 576–588.

Coşansu G. Diyabet: Küresel Bir Salgın Hastalık. ***Okmeydanı Tıp Dergisi*** 2015;31(Ek sayı):1-6.

Colberg S. R, Sigal R. J, Yardley J.E, Riddell M. C, Dunstan D. W, Dempsey P. C, Horton E. S, Castorino K, Tate D. F. Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. ***Diabetes Care*** 2016; 39 :s. 2065-2075.

Çalık A, Kapucu S. Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. ***Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*** 2017; 4(2):s. 62-75.

Çapoğlu İ, Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Çayköylü A. Mental Problems Accompanying Diabetes and Management of Diabetes. ***TJFMPC*** 2019; 13 (1): s.67-74-

Çenesiz E, Atak N. Türkiye'de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi. ***Kor Hek*** 2007; 6 (6): s.427-434.

Çırpan R. Diyabetik Ayağı Olan Hastaların Hastalığa Ve Sağlığa İlişkin Tutumları İle Hastalığı Kabul Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, ***Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü,*** Nevşehir, 2019, s.1-80.

Çimen M, Akbolat M, Çiftçi F, Işık O, Şahin B. Astım Hastalarının Sağlık İnanç Modeline Dayalı Algı ve Tutumları ile Tedavi Başarısına Yönelik Düşüncelerinin Belirlenmesi. ***TAF Prev Med Bull*** 2012; 11(1): s. 87-96.

Çubuk G, İnce S. Oral antidiyabetik ilaçlar. ***Kocatepe Vet J*** 2015; 8(1): s. 95-102.

Daouda, N., Osmanb, A., Hartc,T.A., Berryb,d E.M., Adler, B. Self-care management among patients with type 2 diabetes in East Jerusalem, ***Health Education Journal*** 2014;17 :1-15.

DeCoste K.C, Scott L.K. Diabetes Update: Promoting Effective Disease Management. ***Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*** 2004; 52(8): 344-353.

Deed G, Barlow J, Kawol D, Kilov G, Sharma A, Hwa L. Diet and diabetes. ***Reprınted From Afp*** 2015; 44(5): 288-292.

Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç. Obezitede Güçlendirme ve Hemşirelik Yaklaşımları. ***Türkiye klinikleri Dergisi*** 2012; 4(2): 94-101.

Demir M. Tip 2 Diyabetli Hastaların Sağlık İnançları Ve Tedaviye Uyum Durumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, ***Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü***, Sivas, 2020, 1-96.

DISK 2018

Dietrich, Uta C. "Factors influencing the attitudes held by women with type II diabetes: A qualitative study." ***Patient Education and Counseling*** 1996; 29(1): 13-23.

Doggrell SA, Warot S. The association between the measurement of adherence to anti-diabetes medicine and the HbA1c. International Journal of Clinical Pharmacy. 2014;36:488-497; Keskek, S.O., Kirim, S., Yanmaz, N. et al. Direct medical cost of type 1 and type 2 diabetes in Turkey. ***International Journal of Diabetes in Developing Countries*** 2014;34: s.77-81.

Doğan M.D, Tosun E, Tek A.D, Kronik Hastalıklarda Hastalık Algısı, Yaşam Kalitesi, Öz-Bakım Yönetimi. ***GÜSBD*** 2018; 7(3): 33- 40.

Dong Y, Wang P, Dai Z, Liu K, Jin Y, Li A, Wang S, Zheng J. Increased self-care activities and glycemic control rate in relation to health education via Wechat among diabetes patients. ***Medicine*** 2018; 97(50): 1-5.

Döner E. Diyabetik Ayağı Olan Hastaların Hastalığa Ve Sağlığa İlişkin Tutumları İle Hastalığı Kabul Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, ***Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü,*** Nevşehir, 2019,1-80.

Dörtbudak Z, Çetin Z, Güven B. Diyabet Hastalarında Sosyo-Demografik Özellikler. Hastalıkla İlgili Bakım Davranışları ve Komplikasyonların Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. ***Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*** 2010; 7(2): 59-65.

Düzöz GT, Çatalkaya D, Uysal DD. Tip 2 Diabetes Mellituslu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. ***Yeni Tıp Dergisi*** 2010; 26:210-3.

Elizabeth A. B, Heather F, Malak A, Sandra T, Rosanne D, Fredrick D, Catherine L,. Judith Arnetz, Linda A. The Impact of Arab American Culture on Diabetes Self-management Education. ***The Diabetes EDUCATOR*** 2015; 41(6): 748-754.

Elsous A, Radwan M, Al-Sharif H, Mustaf A. Medications adherence and associated Factors among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in the gaza strip, Palestine. ***Frontiers in Endocrinology*** 2017; 8: 1-10.

Emma H, Wendy D,Siru R, Medel B, Norman P, Timothy D. Temporal Trends in Incident Hospitalization for DiabetesRelated Foot Ulcer in Type 2 Diabetes: The Fremantle Diabetes Study. ***Diabetes Care*** 2021; 44: 722–730.

Enç N. Diyabetes Mellitus. İçinde: Enç N, MScN, Alkan H. Ö. (Editörler), İç Hastalıkları Hemşireliği İstanbul: ***Nobel Tıp Kitabevleri***, 2014, 281-89.

Erdemir F. Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitimi. ***C.Ü. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*** 1998; 2(1): 59-63.

Ergin A, Hatipoğlu C, Bozkurt A. İ, Bostancı M, Atak B.M, Kısaoğlu S, Parasız S, Kaygısız H, Çınarlık A, Karasu E. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Yaşam Doyumu Ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. ***Pamukkale Tıp Dergisi*** 2011;4(3):144-151.

Erilmez C. Tip 2 Diyabetli Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, ***Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü***, Kıbrıs,2018, 1-77.

Eroğlu N. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Eğitimin Diyabet Öz Yönetim Ve Öz Etkililiklerine Etkisi. Doktora Tezi, ***Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü***, İSTANBUL, 2017, 1-150.

Ersoy C, Tuncel E, Özdemir B, Ertürk E, İmamoğlu Ş. İnsülin Kullanan Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Diyabet Eğitimi ve Metabolik Kontrol***. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*** 2006; 32 (2): 43-47.

Factors Affecting Cigarette Smoking Based On Health-Belief Model Structures İn Pre-University Students İn Isfahan, Iran. ***J Educ Health Promot*** 2014;3: 23.

Fatimah R. Dıabetes Melıtus Tıpe 2. ***J Majorıty*** 2015; 4(5): 93-101.

Felix C, Rachlle M, Christopher R, Duff E, Rachel S. The Effect of Family Diabetes Self-management Education on Self-care Behaviors of Marshallese Adults with Type 2 Diabetes. ***American Journal of Health Behavior*** 2019; 43(3): 490-497.

Folke S. A, Crabtree B. F, Stange K. C. Clinician Reflections On Promotion Of Healthy Behaviours İn Primary Care Practice***. Health Policy*** 2007; 84: 277–283.

Finfgeld D.L, Wongvatunya S, Conn V.S, Grando V.T, Russell C.L. Health Belief Model and Reversal Theory: a Comparative Analysis. ***Journal of Advanced Nursing*** 2003; 43(3): 288-297.

Fisher, B.E., Walker, E.A., Bostrom, A., Fischhoff, B. Behavioral science research in the prevention of diabetes. ***Diabetes Care*** 2002; 25, 599-606.

Fukuoka Y, Narita T, Fujita H, Morii T, Sato T, Sassa M, Yamada Y. Importance of physical evaluation using skeletal muscle mass index and body fat percentage to prevent sarcopenia in elderly Japanese diabetes patients. ***J Diabetes Investig*** 2019; 10(2) 322-330.

Funakoshi M.,Azami Y., Matsumoto H., Ikota A., Ito K., Okimoto H., Shimizu N.,Tsujimura F., Fukuda H., Miyagi C., Osawa S.,Osawa R., Miura J. Socioeconomic status and type 2 diabetes complications among young adult patients in Japan. ***PLoS ONE*** 2017; 12(4): doi: 10.1371/journal.pone.0176087.

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 standarts for diabetes self-management education. ***Diabetes Care*** 2007; 1630-1637.

Fredman ML, Berk BZ. Medikal Management Of Geriatric Rehabilitation. Goodgold (Ed); Rehabilitation Medicine, Moscopy Company. Toronto. CV. 1998, United Nations, ***Demographic Yearbook***, 2002, 348-420.

Gedik S. Kırsal Alanda Yaşayan Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Yönetiminde Öz-Etkililik Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, ***Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,*** Konya, 2016, 1-84.

Gadore T, Dea Y, Taddele B. Predictors of Diabetes Self-Care Practice and Associated Factors among Patient on Follow Up at Hadiya Zone, Health Institutions Southern Ethiopia, Using Health Belief Model, Cross-Sectional Study Design. ***EC Endocrinology and Metabolic Research*** 2019; 1-17.

Gao J, Wang J, Zhu Y, Yu J. Validation of an information-motivation-behavioral skills model of selfcare among Chines eadults with type 2 diabetes. ***BMC Public Health*** 2013; 13: 2-6.

Gonzalez K, Fuentes J, Merquez J. Physical Inactivity, Sedentary Behavior and Chronic Diseases. ***Korean J Fam Med*** 2017; 38: 111-115.

Goudarzian S, Yamani N, Amini M, Abazari P. Developing the Job Description for Diabetes Nurse Specialists: A Modified Delphi Approach. ***Nurs Midwifery Stud*** 2017; 6(2): 1-8.

Gökdoğan F, Akıncı F. Practices and Perceptions About Their Health and Diseases of Patients with Diabetes Mellitus in Bolu. ***Journal of Cumhuriyet University School of Nursing*** 2001; 5(1): 10-17.

Gözüm, S. ve Aksayan, S. (1998).Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-etkililik Algısının Önemi. ***Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*** 1998, 2 (1), 35-42.

Gregg E, Sattar N, Ali M. The changing face of diabetes complications. ***The Lancet Diabetes & Endocrinology*** 2016; 4(6): 537-547.

Guadagno M.A. Health Decisions for Others: An Extension of the Health Belief Model. ***F A Davis Company*** 2017: 43(3): 288-297.

Gurmu Y, Gela D, Aga F. Factors associated with self-care practice among adult diabetes patients in West Shoa Zone, Oromia Regional State, Ethiopia***. BMC Health Services Research*** 2018; 18: 1-10.

Günalay S, Taşkıran E, Demir B, Erdem S, Mergen H, Akar H. Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarında Tedavi Yöntemleri, Glisemik Kontrol Ve Diyabet Komplikasyonları İle Depresyon Ve Anksiyete Riski Arasındaki İlişki. ***FNG & Bilim Tıp Dergisi*** 2016; 2(1): 16-19.

Günnar S, Saatçı E. Hasta Eğitimi. ***Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics.*** 2017;8(2): 107-10.

Günüşen N, İnce S. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Diyabet Yönetimi ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. ***DEUHFED*** 2020; 13 (3): 195-199.

Güven S. Utopıa'da Sağlık-Hastalık Olgusu Ve Sağlık Hakkı. ***Kutadgubilig Felsefe-Bilim Araştırmaları*** 2020; 41: 111-130.

Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. ***Ege Üniversitesi Hemşirelik Yükseokulu Dergisi*** 2009; 87-100.

Hailu F, Moen A, Hjortdahl P. Diabetes Self-Management Education (DSME) – Effect on Knowledge, Self-Care Behavior, and Self-Efficacy Among Type 2 Diabetes Patients in Ethiopia: A Controlled Clinical Trial. ***Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*** 2019; 12: 2489–2499

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği.''Yaşlı Sağlığı: Sorunlar Ve Çözümler'', Eds. Aslan D, Ertem M***. Palme Yayıncılık***, Ankara, 2012, 1-102.

Hamuleh MM, Vahed AS, Ar P. Effects of Education Based on Health Belief Model on Dietary Adherence in Diabetic Patients. ***Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*** 2010; 9(1): 1-6.

Hançerlioğlu S, Aykar Şenuzun F. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği. ***GÜSBD*** 2018; 7(1): 175-183.

Harbor O. Compliance with diabetes guidelines at a regional hospital in KwaZulu-Natal, South Africa : original research***. African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*** 2013; 5(1): 1-10.

Harris R.E.,. Epidemiology of Chronic Disease: Global Perspectives, 2. Edition, 2019, Cover Printing: LSC Communications, Printed in the United States of America.

Harris S.B, Stewart M, Brown J.B, Wetmore S, Faulds C, Bogaert S, Porter S. Type 2 Diabetes İn Family Practice. ***Le Médecin de famille canadien*** 2003; 49: s. 778-785.

Harvey J.N, Lawson V.L. The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. ***Diabetes UK. Diabetic Medicine*** 2009; 26: s. 5–13.

Hayashino, Y., Izumi, K., Okamura, S., Nishimura, R., Origasa, H., Tajima, N., JDCP study group. Duration of diabetes and types of diabetes therapy in Japanese patients with type 2 diabetes: The Japan Diabetes Complication and its Prevention prospective study. ***Journal of Diabetes Investigation*** 2017; 8(2), 243–249.

Hayashino Y, Izumi K, Okamura S, Nishimura R, Origasa H, Tajima N. Duration of diabetes and types of diabetes therapy in Japanese patients with type 2 diabetes: The Japan Diabetes Complication and its Prevention prospective study 3 (JDCP study 3). ***J Diabetes Investig*** 2017; 8(2): 243-249.

Heinrich E, Schaper NC, Vries NK. Self- management interventions for type 2 diabetes: a systematic review. Europ Diabetes Nurs 2010;7: 71-76.

Herath H, Weerasinghe N, Dias H, Weerarathna T. Knowledge, attitude and practice related to diabetes mellitus among the general public in Galle district in Southern Sri Lanka: a pilot study. ***BMC Public Health*** 2017; 17: 535.

Herman WH, Ye W, Griffin SJ, et al. Early Detection and Treatment of Type 2 Diabetes Reduce Cardiovascular Morbidity and Mortality: A Simulation of the Results of the Anglo-Danish-Dutch Study of Intensive Treatment in People With Screen-Detected Diabetes in Primary Care (ADDITION-Europe). ***Diabetes Care*** 2015; 38: 1449–55.

Hepburn DA, Langan SJ, Deary IJ, Macleod KM, Frier BM. Psychological and demographic correlates of glycaemic control in adult patients with type 1 diabetes. ***Diabet Med*** 1994; 11(6): 578-82.

Hjelm K, Bard K, Nyberg P, et al. Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. ***International Journal of Nursing Studies*** 2003; 40: 627–643

Holly C, Rachelle M, Chiristopher R. The Effect of Family Diabetes Self-management Education on Self-care Behaviors of Marshallese Adults with Type 2 Diabetes. ***American Journal of Health Behavior*** 2019;43(3): 490-497.

WEB_1. Türkiye Diyabet Cemiyeti Bölge Ülkelerinde Diyabet Sorunu. http://www.diabetcemiyeti.org, (Erişim tarihi ve saati: 21.12.2020, 22:50).

WEB_2. International Diabetes Federation. http://www.idf.org/diabetesatlas, (Erişim tarihi ve saati: 22.12.2020, 22:50).

WEB_3. Türk Cerrahi Cemiyeti. www.turkcerrahi.com, (Erişim tarihi ve saati: 22.01.2021, 11:20).

WEB_4. Denizli Web Sitesi. http://www.denizli.gov.tr/, (Erişim tarihi ve saati: 11.05.2021, 20:50).

WEB_5. Denizli İl Sağlık Müdürlüğü. https://denizliism.saglik.gov.tr, (Erişim tarihi ve saati: 01.05.2020, 12:30).

WEB_6. Aile ve Sosyal Çalışma Bakanlığı. http://xn--ailevealma-t6a40gdr.gov.tr/,, (Erişim tarihi ve saati: 04.07.2020, 08:30).

Huang E. Appropriate Application of Evidence to the Care of Elderly Patients with Diabetes. ***Curr Diabetes Rev*** 2007; 3(4): 260–263.

Huffman DM. (1987) Development of an instrumen to measure use of self-care management processes-guarding (SCMP-G). Unpublished master‟s thesis, Lousiana State University Medical Center, New Orleans.

Huidobro D. G, Bittner M, Brahm P, Puschel K. Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. ***Family Practice*** 2011; 28: 4–11.

Hwang, J., Shon, C.(2014). Relationship between socioeconomic status and type 2 diabetes: results from Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES) 2010–2012. BMJ Open., 4(8):e005710. doi: 10.1136/bmjopen2014-005710.

International Diabetes Federation. Diabetes Complications Congress**.** Global guideline for type 2 diabetes. International Diabetes Federation, 2020.

International Diabetes Federation. Clinical Guidelines Task Force. Global guideline for type 2 diabetes. International Diabetes Federation, 2005.

IDF (2017), Diabetes Atlas, 8th edition, International Diabetes Federation, Brussels.

International Diabetes Federation & International Society for Pediatric and Adolescent. IDF/ ISPAD 2011 Global Guideline for Diabetes in Childhood and Adolescence. Brussels, Belgium, 2011

International Diabetes Federation. Diabetes Complications Congress. Global guideline for type 2 diabetes. International Diabetes Federation, 2020.

İstek N, Karakurt P. Global Bir Sağlık Sorunu: Tip 2 Diyabet ve Öz-Bakım Yönetimi. ***G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*** 2018;4(3): 179-182.

Jaffiol C, Thomas F, Bean K, Jego K, Danchin N. Impact of socioeconomic status on diabetes and cardiovascular risk factors: Results of a large French surveyImpact du statut socio-économique sur le diabète et les facteurs de risque cardiovasculaire étude d'une large population française. ***Diabetes & Metabolism*** 2013; 39 (1): 56-62.

Jalilian F, Motlagh F.Z, Gharibnavaz H. Effectiveness of self-management promotion educational program among diabetic patients based on health belief model. ***J Educ Health Promot*** 2014; 3: 1-14.

James A. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Diabetes Self-management Assessment Report Tool. ***The Diabetes EDUCATOR*** 2015; 33(5): 827-831.

James K, Goli S. Demographic Changes in India: Is the Country Prepared for the Challenge?. ***Fall/Winter*** 2016; 24(1): 129-133.

Janice A. Developing Competencies in the Novice Nurse Educator: An Integrative Review. ***Teaching and Learning in Nursing*** 2017; 12 (4): 263-276.

Janz N. K, Becker M. H. The Health Belief Model: A Decade Later. ***Health Educational Quarterly*** 1984; 11(1): 1-47.

Janz, N. K., Champion, V. L., & Strecher, V. J. The Health Belief Model. In K.Glanz B. K, Rimer F. M. Lewis (Eds.), Health Behavior and Health Education (Vol. 3rd Edition, s. 45-66. ***San Francisco***, 2002, CA: Jossey-Bass

Javanshir, M. (2006). Assessing diabetes attitudes of patients with Type I and Type 2 Diabetes. Master thesis, University of İstanbul, İstanbul

Jiang L, Liu S, Li H, Xie L, Jiang Y. The role of health beliefs in affecting patients' chronic diabetic complication screening: a path analysis based on the health belief model. ***J Clin Nurs*** 2021; 00: 1–12.

Jiang X, Wang J, Lu Y, Jiang H, Li M. Self-efficacy-focused education in persons with diabetes: a systematic review and meta-analysis. ***Psychol Res Behav Manag*** 2019; 12: 67–79.

Jin, J., Sklar, G.E., Oh, V.M.S., Chuen, S. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. ***Ther Clin Risk Manag*** 2008; 4 (1), 269-86.

Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Disease, Report of WHO Study Group. ***Geneva*** 2002; 1-30.

Jones LC, Hill K, Honer K, McDaniels S. (1986) Self-care management process used by individuals with chronic illness. Unpublished manuscript.

Jones LC. Measuring guarding as a self-care management process in chronic illness: The SCMP-G. Strickland OL, Dilorio C. Editörler. Measurement of nursing outcomes. New York: ***Springer Publishing Company,*** 2001: 150-158.

Joo JY. Diyabette Web Tabanlı Yönetme İçin Müdahaleler Kore'de. ***Bilgi İşlem Inform Nurs*** 2016; 34(12): 587-600.

Jorgersen P, Jensen M, Mogelvang R, Hansen T, Galatius S, Sorensen T, Storgaard H, Vilsboll T, Rossing P, Jensen J.S. Impact of type 2 diabetes and duration of type 2 diabetes on cardiac structure and function. ***International Journal of Cardiology*** 2016; 221 (15): 114-121.

Kalra S, Sharma S. Diabetes in the Elderly. ***Diabetes Ther*** 2018; 9: s. 493–500.

Kantharidis P, Wang B, Carew R, Lan H. Diabetes Complications: The MicroRNA Perspective. Dıabetes 2011; 60: 1832-1837.

Kara K, Çınar S. Diyabet Bakım Profili ile Metabolik Kontrol Değişkenleri Arasındaki İlişki. Kafkas J Med Sci 2011; 1(2): 57–63.

Kara B (2001a). Öz-Bakım Tanımı ve Kavramsal Yönü. Sendrom; 105-108.

Karabayraktar T, Tekin B, Tekin S, Sargın M. İlk Kez İnsülin Tedavisi Başlanan T ip 2 Diyabetik Hastalarda İnsülin Bırakma Oranı. ***Turkiye Klinikleri J Med Sci*** 2017; 37(3): 124-9.

Karadağ S, Taşçı S. Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı Ve Bakımı Etkileyen Faktörler. ***Sağlık Bilimleri Dergisi*** 2005; 14(Ek Sayı:Hemşirelik Özel Sayısı): 13-21.

Karadaş C, Özdemir L. Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırmaya Yönelik Farkındalık ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. ***Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*** 2015; 30-39.

Karadede M. Tip 2 Diyabetli Yaşlıların Oral Antidiyabetik İlaçlar Hakkında İnançlarının Ve Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, ***Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*** Ankara. 2021, 26.

Karakurt P, Hacıhasanoğlu Aşılar R, Yıldırım A. Diyabetli Hastaların Öz-Bakım Gücü Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi. ***ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*** 2013; 14(1): 1-9.

Karakurt P, İstek N. Global Bir Sağlık Sorunu: Tip 2 Diyabet ve Öz-Bakım Yönetimi. ***G.O.P. Taksim E.A.H. Derleme / Review JAREN*** 2018;4(3): 179-182.

Karami A, Dahl A, Mchrievy G, Kharrazi H, Shaw G. Characterizing Diabetes, Diet, Exercise, and Obesity Comments on Twitter. ***Preprint submitted to Elsevier*** 2019; 1-12.

Karimy M, Araban M, Taher M, Abedi A. Determinants Of Adherence To Self-Care Behavior Among Women With Type 2 Diabetes: An Explanation Based On Health Belief Model. ***Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*** 2015;30: 368.

Karna-Matyjaszek U, Sierżantowicz R, Mariak Z. ‘’Akceptacja własnej choroby przez pacjentów z rozpoznaną jaskrą.’’, ***Pol Merk Lek***, 2010; 163-37.

Kartal A. Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına ve Diyabet Yönetimine Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi, ***Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü***, İzmir. 2006, 15.

Kartal A, Özsoy A.S. Validity and Reliability Study of Turkish Version of Health Belief Model Scale in Diabetic Patients. International Journal of Nursing Studies 2007; 44: 1447-1458.

Kartal A, Çağırgan G, Tığlı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutumları ve Tutumu Etkileyen Faktörler. ***TAF Prev Med Bull*** 2008; 7(3): 223-230.

Kartal A, Özsoy A.S. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına ve Metabolik Kontrole Etkisi. ***Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*** 2014;1–15.

Kashfi SM, Khani Jeihooni A, Rezaianzadeh A, Amini S. The Effect Of Health Belief Model Educational Program And Jogging On Control Ofsugar İn Type 2 Diabetic Patients. ***Iran Red Crescentmed J*** 2012 14(7): 442-446.

Kaya M, Aslan D, Acar Vaizoğlu S, et al. E. Ankara Keçiören İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesi Özellikleri Ve Etkileyen Faktörler. ***Turkish Journal of Geriatrics*** 2008; 11(4): 12-7.

Kaya Ş.Ş, Kitiş Y. Elderly Diabetes Patients’ Health Beliefs About Care And Treatment For Diabetes. ***International Journal of Human Sciences*** 2018; 15(1): 51-61.

Kayar Y, İlhan A, Kayar N, Unver N, Coban G, Ekinci İ, Hamdard J, Pamukçu O, Eroğlu H. Relationship between the poor glycemic control and risk factors, life style and complications. ***Biomedical Research*** 2017; 28 (4): 1-9.

Kaymak B, Can E, Gök A, Toluk Ö. Yaşlılarda Spor Yapma Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. ***Eskişehir Teknik Üniversitesi Teknoloji Bilimleri Dergisi*** 2019; 7 (2): 204-210.

Kawasaki R, Kitano S, Sato Y, Yamashita H, Nishimura R, Tajima N. Factors associated with non‐proliferative diabetic retinopathy in patients with type 1 and type 2 diabetes: the Japan Diabetes Complication and its Prevention prospective study (JDCP study 4). Diabetology International 2019; 10: 3–11.

Khorsandi M, Fekrizadeh Z, Roozbahani N. Investigation Of The Effect Of Education Based On The Health Belief Model On The Adoption Of Hypertension-Controlling Behaviors İn The Elderly. ***Clinical Interventions in Aging*** 2017; 233-240.

Kılıç D, Erci B. Premenopozal Dönemdeki Kadınlara Verilen Eğitimin Osteoporoza İlişkin Sağlık İnançları Ve Bilgi Düzeylerine Etkisi. ***Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*** 2007; 10: 3.

Kılıç M. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Etkililik Düzeyleri Ve Sağlık Kontrol Odağı İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. ***Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,*** Konya, 2016, 1-76.

Kır E. Diyabetli Hastaların Sağlık İnançlarının Bakımlarına Olan Etkilerin İncelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, ***Sağlık Bilimleri Enstitüsü***, Bolu, 2003.

Kıssal A, Batısen Kartal. Effects of Health Belief Model-Based Education on Health Beliefs and Breast Self-Examination in Nursing Students. ***Asia Pac J Oncol Nurs*** 2019; 6(4): 403–410.

Kızılırmak A, Kocagöz S. Bir Üniversitedeki Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testine İlişkin Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörler. ***Sted*** 2018; 27(3): 165-175.

Kim M, Yun S. A Convergence Study on the Factors Influencing Nursing Students' Attitudes toward Standard Precautions: Focusing on the Health Belief Model. ***Journal of the Korea Convergence Society*** 2018; 9(6): 77-88.

Kim, S.H. (2016). Educational attainment moderates the associations of diabetes education with health outcomes. International Journal of Nursing Practice. doi: 10.1111/ijn.12454. [Epubahead of print.

Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, Barrett EJ, Kreisberg RA, Malone JI, Wall BM. American Diabetes Association. Hyperglycemic crises in diabetes. ***Diabetes Care*** 2004; 27(1): 94-102.

Kitiş, Y., Emiroğlu, N.O. The effects of home monitoring by public health nurse on individuals diabetes control. ***Appl Nurs Res*** 2006; 19(3), 134-143.

Koch J. The role of exercise in the African-American woman with type 2 diabetes mellitus: application ofthe Health Belief Model. ***Journal of American Academic Nurse Practice*** 2002; 14(3): 126-129. doi:10.1111/j.1745-7599.2002.tb00103.x

Konak A, Çiğdem Y. Yaşlılık olgusu: Sivas Huzurevi Örneği. ***C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*** 2005; 29(1): 23-63.

Koşar C, Besen B.D. Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi. ***DEUHFED*** 2015; 8 (1): 45-51.

Kökçü A. Tip 1 Diyabetik Adölesanlarda Öz Bakım Gücü İle Hastalık Yönetimi Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1999, s. 1-180.

Köseoğlu Ö. Tip 2 Diyabetik Bireylerde Beslenme Eğitiminin Diyabet Durumu Ve Beslenme Alışkanlıklarına Etkisi. Yüksek lisans Tezi, ***Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü***, Ankara, 2015, 25.

Klug R. Intensive Diabetes Treatment and Cardiovascular Outcomes in Type 1 Diabetes: The DCCT/EDIC Study 30-Year Follow-up. ***Diabetes Care*** 2016; 39: 686-693.

Krass I, Schieback P, Dhippayom, T. Systematic Review or Metaanalysis Adherence to diabetes medication: a systematic review. ***Diabetic Medicine***. 2015; 32: 725-737.

Kubat Bakır G., Akın S., Yaşlılıkta Kronik Hastalıkların Yönetimi İle İlişkili Faktörler. ***Sağlık ve Toplum*** 2019; 2: 17-25.

Kurcer M.A, Erdoğan Z. Sağlık İnanç Modeline Göre Sigara Bırakma Ölçeğinin Geliştirilmesi. ***ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*** 2020; 11(3): 464-470.

Lee T.C, Glynn R.J, Pena J. M, Paynter N. P, Conen D, Ridker P.M, Pradhan A. D, Buring J.E, Albert M. A. Socioeconomic Status and Incident Type 2 Diabetes Mellitus: Data from the Women's Health Study. ***PLoS ONE*** 2011; 6(12): 1-8.

Lendrum D, Manga L, Bagayoko M, Johannes S. Climate change and vector-borne diseases: what are the implications for public health research and policy?. ***The Royal Society Publishing*** 201; 1-8.

Lin L, Sun Y, Heng B, Chew D, Phui C. Medication adherence and glycemic control among newly diagnosed diabetes patients. ***BMJ Open Diab Res Care*** 2017; 1-9.

Liu H, Zhang M, Wu X, Wang C, Li Z. Effectiveness of a public dietitian-led diabetes nutrition intervention on glycemic control in a community setting in China. ***Asia Pac J Clin Nutr*** 2015; 24(3): 525-532.

Luo J, Beresford S, Chen C, Chlebowski R, Garcia L, Kuller L, Regier M, Wactawski J, Margolis K. L. Association between diabetes, diabetes treatment and risk of developing endometrial cancer. ***British Journal of Cancer*** 2014; 111 : 1432–1439.

Luo J, Philips L, Liu S, Wactawski J, Morgolis K. L. Diabetes, Diabetes Treatment, and Risk of Thyroid Cancer. ***J Clin Endocrinol Metab*** 2016;101(3): 1243–1248.

Mahfouz E.M, Awadalla H. L. Compliance to diabetes self-management in rural El-MinIa, Egypt. ***Cent Eur J Public Health*** 2011; 19 (1): 35–41.

Mamykina L, Heitkemper E, Smaldone A, Kukafka R, Cole H, Davison P, Mynatt E, Cassells A, Topin J, Hripcsak G. Personal discovery in diabetes self-management: Discovering cause andeffect using self-monitoring data. ***Journal of Biomedical Informatics*** 2017;76: 1–82.

Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye'de Yaşlıların Demografik Özellikleri. ***Ege Tıp Dergisi*** 2010; 49(3): 39-45.

Mann, D.M., Ponieman, D., Leventhal, H., Halm, EA. Predictors of adherence to diabetes medications: The role of disease and medications beliefs. ***J Behav Med*** 2009; 32(3), 278-84.

Marin-Penalver J, Martin-Timon I, Sevillano-Collantes C, Del Canizo-Gomez J. Update on the treatment of type 2 diabetes mellitus. ***World J Diabetes*** 2016; 7(17): 354–395.

Mayberry L, Osborn C. Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes. ***Diabetes Care*** 2012; 35: 1239–1245.

Mcdonald J, Robertson A, Silk M. Wildlife disease ecology from the individual to the population: Insights from a long-term study of a naturally infected European badger population. ***J Anim Ecol.*** 2018;87: 101–112.

Mcmacken M, Shah S. A plant-based diet for the prevention and treatment of type 2 diabetes. ***J Geriatr Cardiol*** 2017; 14(5): 342–354.

Melissa L, Carmit K. Making Diabetes Self-management Education Culturally Relevant for Filipino Americans in Hawaii. ***The Diabetes EDUCATOR*** 2015; 34(5): 841- 852.

Mikhael E, Hassali M, Hussain S. Effectiveness of Diabetes Self-Management Educational Programs For Type 2 Diabetes Mellitus Patients In Middle East Countries: A Systematic Review. ***Diabetes Metab Syndr Obes*** 2020; 13: 117–138.

Mitikulena A, Smith RB. Wievs of Pasific Island People with Noninsülin Dependent Diabetes: A Wellington Survey. ***N Z Med J*** 1996; 103 (59): 467-469.

Mollaoğlu, M., Özkan T.F., Kars, F.T., Çelik Z. Effect of diabetes education program on attitudes of diabetic patients. ***Fırat Sağlık Hizmetleri Derg*** 2009; 5(13), 95-105.

Mohammadi S, Karim N, Talip R, Amani R. The impact of self-efficacy education based on the health belief model in Iranian patients with type 2 diabetes: a randomised controlled intervention study. ***Asia Pac J Clin Nutr*** 2018;27(3): 546-555.

Mohebi S, Azadbakht L, Feizi A, Sharifirad G, Kargar M. Structural Role of Perceived Benefits and Barriers to Self- care in Patients with Diabetes. ***Journal of Education and Health Promotion*** 2013; 37 (2): s. 1-7.

Mordarska K, Zawada M. Diabetes in the elderly. ***Prz Menopauzalny*** 2017; 16(2): 38–43.

Mulder BC, van Belzen M, Lokhorst AM, van Woerkum CM. Quality assessment of practice nurse communication with type 2 diabetes patients. ***Patient Educ Couns*** 2015; 98(2): 156-61.

Mumcu C.D, İnkaya B.V. Web Tabanlı Eğitim İle Diyabet Öz Bakım Yönetimi. ***Acta Medica Nicomedia*** 2020; 3(2): s89-91.

Munshı, M.N., Segal, A.R., Suhl, E., Ryan, C., Sterthal, A., Gıustı, J., … Weinger K. (2013). Assessment of barriers to improve diabetes management in older adults. Diabetes Care, 36,543–549. doi: 10.2337/dc12-1303.

Mushcab H, Kernohan WG, Wallace J, Martin S. Web Tabanlı Tip 2 Uzaktan Takip Sistemleri İle Kendini Yönetme. ***Diabetes Technol Ther*** 2015;17(7): 498-509.

Muslu L., Öncel S. Kronik Hastalıklarda Bakımın Yönetimi ve Hemşirelik, 1. Baskı. Ankara: ***Türkiye Klinikleri***; 2019. 40-50.

Nathan D.M. Diabetes Advances in Diagnosis and Treatment. ***JAMA*** 2015; 314(10): 1052-1062.

National Diabetes Statistics Report 2020, Estimates of Diabetes and Its Burden in the United States, https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf.

NCD Risk Factor Collaboration (2016), “Worldwide Trends in Diabetes Since 1980: A Pooled Analysis of 751 Population-based Studies with 4.4 Million Participants”, The Lancet, Vol. 387, 1513-1530, http://dx.doi.org/ 10.1016/S0140-6736(16)00618-8.

Nelson, M.E., Rejeski, W.J., Blair, S.N., Duncan, P.W., Judge, J.O., King, A.C., Macera, C.A., Castaneda-Sceppa, C., 2007. Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. ***Med. Sci. Sports***. Exerc. 39, 1435–1445.

Nielsen H, Ovesen L, Mortensen L, Jau C, Joensen L.. Type 1 diabetes, quality of life, occupational status and education level A comparative population based study. ***Diabetes Research and Clinical Practice*** 2016; 121: 62-68.

Novak M, Björck L, Giang K. W, Stahl C, Willhelmsen L, Rosengren A. Perceived stress and incidence of Type 2 diabetes: a 35-year follow-up study of middle-aged Swedish men. ***Diabetic Medicine*** 2012; 30 (1): 8-16.

Nowakowski A, Sumerau J. Reframing health and illness: a collaborative autoethnography on the experience of health and illness transformations in the life course. ***Sociology of Health &*** Illness 2018; 20(20):1-17.

Nurses Leading Chronic Care. İnternational Nurses Day 2010, Geneva, Switzerland. Erişim Adresi: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf Erişim Tarihi: 29.12.2020.

Okburan G, Büyükkaragöz A. H. Tip 2 Diyabet Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişikliği - Beslenme ve Fiziksel Aktivite. ***Bes Diy Derg*** 2018;46(3): 294-302.

Okuroğlu G, Alpar Ş, Ulu G, Doğan Y, Akay Ş, Erdem N, Yener S, Azun Z, Bayram K. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Ayak Bakımı Davranışlarının Değerlendirilmesi. ***Turkiye Klinikleri J Nurs Sci*** 2021;13(1): 87-95.

Olczuk D, Priefer R. A history of continuous glucose monitors (CGMs) in self-monitoring of diabetes mellitus. ***Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*** 2018;12: 181–187.

Olgun N, Kronik Hastalıklar ve Bakım, Ed: Zurna Z. ***Nobel Tıp Kitabevleri***, İstanbul, 2012; 291.

Olgun N, Altun Z.A. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Diyabet Hastalarının Bakım Uygulamalarına Etkisi. ***Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*** 2012; 46–57.

Oni D. Foot Self-Care Experiences Among Patients With Diabetes: A Systematic Review of Qualitative Studies. ***Wound Management & Prevention*** 2020; 66(4): s.16-25.

Orhan, B. Karabacak, B.G. (2016). Tip 2 Diyabetlilerde Diyabete İlişkin Bilişsel ve Sosyal Faktörler ve Metabolik Kontrol Parametreleri Arasındaki İlişki. ***Klinik ve Deneysel Sağlık Bilimleri Dergisi.***

Özdelikara A, Gürkan A. T, Atasayar B. Ş. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ve Uyumun Değerlendirilmesi. ***Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*** 2020;5(1): 42-49.

Özdemir M, Aksoydan E, Çakır R, Coşkun Y, Kocamış R. Diyabetik Hastaların Beslenme Alışkanlıkları ve Bilgi Düzeylerinin Metabolik Kontrolle İlişkisinin Değerlendirilmesi. ***Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*** 2016; 1(2): 1-17.

Özer E. Diyabette Tıbbi Beslenme Tedavisinin Uygulanması ve Diyetisyenin Sorumlulukları. ***Bes Diy Derg*** 2019;47(Özel Sayı): 5-14.

Özkan S, Durna Z. İnsüline Bağımlı Diyabetli Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Belirlenmesi. ***Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*** 2006; 22 (2) : s.121-135.

Park K, Kim J, Kim B, Kam S, Kim K, Ha S, Hyun S. Factors that Affect Medication Adherence in Elderly Patients with Diabetes Mellitus. ***Korean Diabetes J*** 2010;34: s.55-65.

Petersen B. Anti-inflammatory effects of exercise: role in diabetes and cardiovascular disease. ***Stichting European Society for Clinical Investigation Journal Foundation*** 2017; 47: s. 600-611.

Peyrot M, Mcmurry JF, Kruger DF. A Biopsychosocial Model of Glycemic Control in Diabetes: Stress, Coping and Regimen Adherence. ***J Health Soc Behav***1999; 40(2):141-158.

Poornima P, Walvekar R. Prevalence of type 2 diabetes mellitus among adults aged between 30 to 60 years residing in rural area: a cross sectional study. ***Int J Community Med Public Health*** 2018; 5(8): s.3639-3642.

Pınar R. Türkiye' De Evde Bakımda Mevcut Durum. ***Akademik Geriatri*** 2010; s.26- 30.

Polonsky W.H, Earles J, Smith S, Pease D. J, Macmillan M, Christensen R, Taylor T, Dickert J, Jackson R. A. Integrating Medical Management With Diabetes Self-Management Training. ***Dıabetes Care*** 2003; 26(11): s. 3048-3052.

Porgholmi M, Farmanbar R, Kasmaei P, Omidi S. The Effect of Training Program Based on Health Belief Model Developed by the Fear of Self-Care Behavior and Hba1c Levels in Patients with Type 2 Diabetes. ***Iranian Journal of Health Education & Promotion*** 2017; 5 (1), s. 65-73.

Potter, P.A. and Perry, A.G. ''Basic Nursing: A Critical Thinking Approach''. Fourty Eds, St. Louis***, Mosby Year Book***, Toronto, 1999, s. 35-45.

Pouwer F. Depression: a common and burdensome complication of diabetes that warrants the continued attention of clinicians, researchers and healthcare policy makers. ***Diabetologia*** 2017; 60: s.30–34.

Riegel B, Moser DK, Buck HG, Dickson VV, Dunbar SB, Lee CS, Webber DE. Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. ***J Am Heart Assoc*** 2017; 6(9): e006997.

Rabi D, Edwards A, Southern D, Svenson L, Sargious P, Norton P, Larsen E, Ghali W. Association of socio-economic status with diabetes prevalence and utilization of diabetes care services. ***BMC Health Services Research*** 2006; 6(124): s.1-10.

Rhee MK, Slocum W, Ziemer DC, Culler SD, Cook CB, El Kebbi IM Et al. Patient Adherence İmproves Glycemic Control. ***Diabetes Educator*** 2005; 31(2):240-250.

Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. ***Health Educ Q*** 1988;15(2): s.175–83.

Sağlık Bakanlığı. ‘’Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı’’, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ***Anıl Matbacılık,*** Ankara, 2008; s.1-115.

Samancıoğlu S, Bakır E, Doğan U, Karadağ A, Erkan E, Aktürk A, İlter M, Aktürk C. Tip 2 Diyabetik Hastalara Verilen Diyabet Eğitiminin İçeriği ve Hastaların Hastalık Tutumu. ***Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*** 2017; 2(1): s. 1-5.

Saydah S, Lochner K. Socioeconomic Status and Risk of Diabetes-Related Mortality in the U.S. ***Public Health Reports*** 2010; 125: s.376-388.

Sevinç S, Fadıloğlu Ç, Katgı A. Diyabetli Bireylerde Sağlık İnancı Glisemik Kontrol ve Komplikasyonlar. ***Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*** 2012; 4(1): s. 1-7.

Shabbi B., Abedzadeh Zavareh M.S., Sayehmi K., Qorbani M., Safari O., Rastegarimehr B., Mansourian M. Effect Of Educational İntervention Based On The Health Belief Model On Promoting Self-Care Behaviors Of Type-2 Diabetes Patients ***Electron Physician*** 2017; 9(12): 5960–5968.

Shamsi M, Sharifirad G, Kachoyee A, Hassanzadeh A. The Effect of Educational Program Walking Based on Health Belief Model on Control Sugar in Woman by Type 2 Diabetics. ***Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism*** 2010;11(5): s. 490–9.

Shan R, Sarkar S, Martin S. Digital health technology and mobile devices for the management of diabetes mellitus: state of the art. ***Diabetologia*** 2019; 62: s.877–887.

Shao Y, Liang L, Wan C, Yu S. The Effect of Social Support on Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: The Mediating Roles of Self-Efficacy and Adherence. ***Journal of Diabetes Research*** 2017; s.1-8.

Sharifirad G, Hazaveyee S, Mohebi S. The effect ofeducational program based on Health Belief Model on diabetic foot care. ***International Journal of Diabetes Development Ctries*** 2007;27: s.18–23. (doi: 10.4103/0973-3930.34753).

Sivrikaya S, Ergün S. Diyabet Eğitimi Ve Hemşirenin Rolü. ***Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Bilimleri Dergisi*** 2018; 2 (2) :25-36.

Şermet Kaya Ş., Kitiş Y. Elderly diabetes patients’ health beliefs about care and treatment for diabetes, ***International Journal of Human Sciences*** 2018; 15(1): s. 51-61.

Rao C, Katmath V, Shetty A, Kamath A. Treatment Compliance among Patients with Hypertension and Type 2 Diabetes Mellitus in a Coastal Population of Southern India. ***Int J Prev Med*** 2014; 5(8): s. 992–998.

Redding C.A, Rossi J.S, Rossi R.S, Velicer W.F, Prochaska J.O. Health Behavior Models. ***The International Electronic Journal of Health Education*** 2000; 3: s.180-193.

Reisi M, Javadzade HS, Shahnazi H, Sharifirad GA, Charkazi A, Moodi

Rivera E, Corte C, Steffen A, Devon H, Collins E, Mccaba P. Illness Representation and Self-Care Ability in Older Adults with Chronic Disease. ***Geriatrics*** 2018; 3(45): s. 1-14.

Rondhianto, Kusnanto, Melaniani S. The Effect of Diabetes Self-Management Education, Based on The Health Belief Model, on the Psychosocial Outcome of Type 2 Diabetic Patients in Indonesia. ***Indian Journal of Public Health Research & Development, November*** 2018, sayı 9, s.11.

Sabuncu N, Babadağ K, Taşocak G, Atabek T. ‘’Hemşirelik Esasları’’ ***Açıköğretim Fakültesi*** Yayınları No:225. Eskişehir, 1996; s:1-35.

Sayın K.F, Kuşdemir S, Büyüksütçü G, Çetinkaya Ş.M, Seyfi S, Zeren E. Tip 2 Diyabetli Obez Bireylerin Yeme Farkındalığı Düzeyleri ile Metabolik Parametreleri Arasındaki İlişki. ***Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*** 2019; 2: s.93-98.

Şahin ZA, Şahin M. Yaşlı Diyabet Hastalarının Günlük Yaşam Aktivitelerine Uyumu Ve Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. ***Turkish Journal of Geriatrics*** 2014; 17(3): s. 278-84.

Şekir U. Diyabet ve Fiziksel Aktivite. ***Turkiye Klinikleri Dergisi*** 2015; 1(1): s.24-31.

Sağlık Bakanlığı (2014). Çok paydaşlı sağlık sorumluluğunu geliştirme programı 2013-2023: Sağlığın korunması ve geliştirilmesine çok paydaşlı yaklaşım, Bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetiminin geliştirilmesi. ***Anıl Matbaacılık Ltd. Şti***. Ankara. s.19-25

Sağlık Bakanlığı. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler ilkeler ve bakış açıları, 1. Baskı, Ankara: ***Anıl Matbaacılık***, 2011; s. 125-149.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Çocukluk Çağı Diyabeti Eğitimci Rehberi, Ankara. ***Alban Tanıtım*** 2020. Yayın no: 1178.

Samancıoğlu S, Bakır E, Doğan U, Karadağ A, Erkan E, Aktürk A, İlter M, Aktürk C. Tip 2 Diyabetik Hastalara Verilen Diyabet Eğitiminin İçeriği ve Hastaların Hastalık Tutumu. ***İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*** 2017; 2(1): s.1-5.

Sardon JP. Recent Demographic Trends İn The Developed Countries. ***Population*** 2006; 61: s.197-266.

Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N.,… Tuomilehto, j. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol, 28,169–180. doı 10.1007/s10654-013-9771-5.

Snowling N.J., Hopkins, W.G., 2006. Effects of different modes of exercise training on glucose control and risk factors for complications in type 2 diabetic patients: a meta-analysis. ***Diabetes Care***. 29, 2518–2527

Song, M.S.,& Kim, H.S. (2009). Intensive management program to improve glycosylated hemoglobin level and adherence to diet in patients with type 2 diabetes. Applied Nursing Research, 22, 42- 47. doi: 10.1016/j.apnr.2007.05.004.

Speight J, Truscott E, Hendrieckx C, Skovlund S, Cooke D. Assessing the impact of diabetes on quality of life: what have the past 25 years taught us?. ***DIABETICMedicine*** 2019; s.483-492.

Sü S. Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Bilgi Düzeyi İle Öz Bakım Yönetimi İlişkisi. Doktora Tezi***, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü***, İstanbul, 2015, s.1-157.

Sümbüloğlu, V. ve Sümbüloğlu, K. ''Klinik ve Saha Araştırmalarında Örnekleme Yöntemleri ve Örneklem Büyüklüğü'', ***Alp Ofset Matbaacılık***, Ankara, 2005; s. 215.

Sürücü A.H. Diyabet Özyönetim Eğitimi, Grup Temelli Eğitim ve Bireysel Eğitim. ***DEUHYO ED*** 2014; 7 (1): s.46-51.

Swiatoniowska N, Sarzynska K, Chabowska A, Polanska B. The role of education in type 2 diabetes treatment. ***Diabetes Research and Clinical Practice*** 2019; 151: s.237-246.

Şahin S. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Ayak Yarası Riski, Ayak Öz-Bakım Davranışları Ve Hastalık Kabulü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. ***Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı***, Konya, 2018,s.50.

Shabbi, 2017; Clement S. Diabetes self-management education. ***Diabetes Care***. 1995;18: s.1204–14.

Shabibi P, Zavareh M, Sayehmiri K, Qorbani M, Safari O, Rastegarimehr B, Mansourian M. Effect Of Educational İntervention Based On The Health Belief Model On Promoting Self-Care Behaviors Of Type-2 Diabetes Patients. ***Electronic Physician*** 2017; 9 (12), s.5960-5968.

Shrivastava S.R, Shrivastava P.S, Ramasamy J. Role of self-care in management of diabetes mellitus. ***Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*** 2013; 12(14):s. 1-10.

Sigal, R.J., Kenny, G.P., Boule, N.G., Wells, G.A., Prud'homme, D., Fortier, M., Reid, R.D., Tulloch, H., Coyle, D., Phillips, P., Jennings, A., Jaffey, J., 2007. Effects of aerobic training, resistance training, or both on glycemic control in type 2 diabetes: Arandomized trial. Ann. ***Intern. Med***. 147, 357–369.

Sigal R. J, Kenny G. P, Wasserman D.H, Sceppa C.C. Physical Activity/Exercise and Type 2 Diabetes. ***Dıabetes Care*** 2004; 27(10): s.2518- 2538.

Siminerio LM, Funnell MM, Peyrot M, Rubin RR. US nurses' perceptions of their role in diabetes care: results of the cross-national Diabetes Attitudes Wishes and Needs (DAWN) study. ***Diabetes Educ***. 2007;33(1): s.152-62.

Stanhope M, Lancaster J. Men's Health Concerns. Public Health Nursing, 8th Edition, United States of America. ***Elsevier*** 2012; s.686-687.

Stephenson E, Smiles W, Hawley J. The Relationship between Exercise, Nutrition and Type 2 Diabetes. ***Med Sport Sci*** 2014; 60: s. 1-10.

Şahin Z. Tip 2 Diyabetli Hastaların, Hastalığa Karşı Tutumu ve Problem Alanları Arasındaki İlişki. ***Odu Tıp Derg*** 2015; 2: s.134-138.

Tan MY. The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. Diabetes Res Clin Pract 2004; 66: 71-7. [15364164] [doi. org/10.1016/j.diabres. 2004.02.021].

Tarkang E, Zotor F. Application of the Health Belief Model (HBM) in HIV Prevention: A Literature Review. ***Central African Journal of Public Health*** 2015; 1(1): s.1-8.

Tavşanlı N, Özmen D. Dıyabetık Hastaların Sağlık İnançlarının Metabolık Kontrol Üzerıne Etkısının İncelenmesi. ***Uluslararası Hakemlı Akademık Spor Sağlık Ve Tıp Bılımlerı Dergısı*** 2016;s.1-21.

Tekin, O., Erarslan, E., Işık, B., Özkara, A. Treatment barriers in diabetic patients and their importance in glycemic control: A cross-sectional study in the Pursaklar region of Ankara. ***Yeni Tıp Derg*** 2007; 24(2),105-109

TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonları Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu 2017

Tewahido D, Berhane Y. Self-Care Practices among Diabetes Patients in Addis Ababa: A Qualitative Study. ***New Journal İntroducing*** 2017; s. 130-150.

Thiel, D.M. Sayah, F.A., Valiance, J., Johnson, S.T., Johnson, J.A. Physical activity and health related quality of life in adults with Type 2 Diabetesesults from a prospective cohort study. ***Journal of Physical Activity& Health*** 2017; 14(5): s.368-374.

Tıp Hekimleri Sözlüğü ‘’Tıp Sözlüğü’’, ODDÜ, İstanbul,2018; s.1-42.

Tuomilehto, J., Lindstrom, J., Eriksson, J.G., Valle. T.T., Hamalainen, H., Illanne-Parikka, P., Keinanen-Kiukaaniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., Uusitupa, M., 2001. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. ***N. Engl. J. Med***. 344, 1343–1350.

The Effect Of İntensive Diabetes Therapy On The Development And Progression Of Neuropathy. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. ***Ann Intern Med*** 1995;122(8): s.561-568.

Thomas D, Elliott E. J, Naughton G. A. Exercise for type 2 diabetes mellitus. ***Cochrane Library*** 2006: s.1-10.

Ting RZ, Lau ES, Ozaki R, et al. High risk for cardiovascular disease in Chinese type 2 diabetic patients with major depression a 7-year prospective analysis of the Hong Kong Diabetes Registry. ***J Affect Disord*** 2013; 149: s. 129–35.

Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and glycaemic control among people with insulin-dependent diabetes mellitus. ***Journal of Advanced Nursing*** 2001; 34: 6; s.780-786.

Tüfekçi Alphan M.E, Tip 2 Diyabette Tıbbi Beslenme Tedavisi. Turkiye Klinikleri J Nutr Diet-Special Topics. 2017; 3(3): s.173-81.

Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları, Türkiye, Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011.

Uçan Ö, Ovayolu N. Relationship Between Diabetes Mellitus, Hypertension And Obesity, And Health-Related Quality Of Life İn Gaziantep, A Central South-Eastern City İn Turkey. ***Journal of Cinical Nursing*** 2010; 19(17-18): s. 2511-2519.

Ulusal Kronik Hastalık Yönetimi (Kontrol) ve Entegrasyon Projesi. (2000), Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Ustaalioğlu S, Tan M. Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. ***GÜSBD*** 2017; 6(4): s. 12-20.

Uusitupa M, Schwab U. Evolving Nutritional Therapy for Diabetes Mellitus. ***Nutrients*** 2020; 12: s.423-427.

Uysal Y, Akpınar E. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısı ve Depresyon. ***Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*** 2013; 38(1): s. 31-40.

Uzun E. Diyabetli Hastalarda Diyabet Okulu Eğitiminin Öz Bakıma Etkisinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, ***Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü***, Gaziantep, 2019, s. 64.

Ünsal A. Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık & Hastalık, Hemşirelik. Ahi ***Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*** 2017;1(1): s.11-28.

Üstün S. Tip-I Diyabet Tanısı Almış Çocuklar İle Ailelerinin, Hastalığa Uyum Süreci Ve Hastalığı Kabul Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, ***Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü***, İzmir, 2011, s.69.

Vas A, Devi E, Vidyasagar S, Acharya R, Rau N, George A, Rose T, Nayak B. Effectiveness of self-management programmes in diabetes management: A systematic review. ***İnternational Journal of Nursing Practice*** 2017; s. 1-8.

Vazini H, Barati M. The Health Belief Model and Self-Care Behaviors among Type 2 Diabetic Patients***. Iranıan Journal Of Dıabetes And Obesıty*** 2014; 6(3): s.107-113.

Vickers M. Early Life Nutrition, Epigenetics and Programming of Later Life Disease. ***Nutrients*** 2014; 6: s. 2165–78.

Yacoub M, Demeh W, Barr J, Darawad M, Saleh A, Saleh M. Outcomes of a Diabetes Education Program for Registered Nurses Caring for Individuals With Diabetes. ***The Journal of Continuing Education in Nursing*** ·2015; 46(3): s.129-133.

Yağcı S, Karabulut E. Tip 2 Diyabetli Hastaların Sağlık İnancı, Hastalık Tutumları Ve Metabolik Kontrolünün Değerlendirilmesi. ***Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*** 2017; 19(3): s.149-147.

Yalçınkaya M, Gök Özer F, Yavuz Karamanoğlu, A. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. ***TAF Prev Med Bull*** 2007; 6(6): s.409-420.

Yanase T, Yaganita I, Muta K, Nawata H. Frailty in elderly diabetes patients. ***Endocrine Journal*** 2017; s.1-11.

Yandım A. (2011) Health beliefs of diabetic foot and non-diabetic patients. Master thesis, University of Mersin, Mersin.

Yang L, Wu Q, Hao Y, Ciu Y, Liang L, Gao L, Jiao M, Ning N, Sun H, Kang Z, Han L, Ye L, Yin H. Self-management behavior among patients with diabetic retinopathy in the community: a structural equation model. ***Quality of Life Research*** 2017; 26: p.359–366.

Yang Y, Long Q, Jackson S, Rhee M, Tomolo A, Olson D, Philips L. Nurse practitioners, physician assistants, and physicians are comparable in managing the first five years of diabetes. ***Am J Med*** 2018; 131(3): s. 276–283.

Yanık Y, Erol Ö. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. ***Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*** 2016;19 (3): s.1-9.

Yeasmeen F, Ahmed Z. Active family participation in diabetes self-care: a commentary. ***Diabetes Manag*** (2016); 6(5): s.104–107.

Yılmaz V.U, Dilemek H, Yılmaz D, Korhan E.A, Çelik E, Rastgel H. Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutumları Ve İlişkili Faktörler. ***Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*** 2017; (10); s. 83-100.

Yki-Järvinen H. Thiazolidinediones. ***N Engl J Med*** 2004;351(11): s.1106-1118.

Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G. Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. ***FSM İlmi Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*** 2013;2: s. 368-387.

Zeigheimat F, Ebadi A, Najarkolaei F, Ghadmgani F. An investigation into the effect of health belief model-based education on healthcare behaviors of nursing staff in controlling nosocomial infections. ***J Edu Health Promot*** 2016; 5:23.

Zuhur Ş. Diyabetik Bireylerde Bakım Gereksinimlerinin Yaşam Kalitesi Ve Kronik Hastalık Bakımına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, ***Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü***, 2018,s. 1-115.

Wang C, Chan SMA. Culturally tailored diabetes education program for Chinese Americans. ***Nurs Res*** 2005; 54: s.347-353.

Williams R. The economics of diabetes care: a global perspective. in International Textbook of Diabetes Mellitus (eds. DeFronzo RA, Ferrannini E, Zimmet P, et al.) 1113–24. John Wiley & Sons, Ltd, 2015.

Whitehead D. An İnternational Delphi Study Examining Health Promotion And Health Education İn Nursing Practice, Education And Policy. ***Journal of Clinical Nursing*** 2008; (17): s. 891–900.

Whitehead D. Health Education, Behavioural Change And Social Psychology: Nursing's Contribution To Health Promotion? ***Journal of Advanced Nursing*** 2001; (34): s. 822–832.

Whitehead D. Health Promotion And Health Education: Advancing The Concepts. ***Journal of Advanced Nursing*** 2006 (47): s.311–320.

Whitehead D. Health Promotion And Health Education Viewed As Symbiotic Paradigms: Bridging The Theory And Practice Gap Between Them. ***Journal of Clinical Nursing*** 2003; (12): s.796–805.

Whitehead D. Health Promotion İn Nursing: A Derridean Discourse Analysis. ***Health Promotion International*** 2011; (26): s.117–127.

Whitehead D. Health Promotion İn The Practice Setting: findings From A Review Of Clinical İssues. ***Worldviews on Evidence-Based Nursing*** 2006; (3):s.165–184.

Whitehead D. Reconciling The Differences Between Health Promotion İn Nursing And 'General' Health Promotion. ***International Journal of Nursing Studies*** 2009; (46): s. 856– 874.

Whitehead D. Reviewing Health Promotion İn Nursing Education. ***Nurse Education Today*** 2007: (27): s. 225–237.

Wilk M, Mincewicz M, Swiercz A, Swiderska J, Marszal M, Szalecki M. Peripheral Neuropathy as a Complication of Diabetic Ketoacidosis in a Child with Newly Diagnosed Diabetes Type 1: A Case Report. ***J Clin Res Pediatr Endocrinol*** 2018; 10(3): 289–293.

Wong C.A, Greta G, Ducharme L. The Relationship Between Nursing Leadership And Patient Outcomes: A Systematic Review Updat. ***Journal of Nursing Management*** 2013; (21): 709–724.

World Health Organization, Department of Noncommunicable Disease Surveillance. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of a WHO Consultation, WHO Publ., Geneva, 1999.

World Health Organization. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine Ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı, İsviçre, 2013: 1-108.

World Health Organization, Noncommunıcable dıseases country profıles 2018. file:///C:/Users/USER/Downloads/9789241514620-eng.pdf (ET: 21.12.2020)

Xie Z, Nikolayeva O, Luo J, Li D. Building Risk Prediction Models for Type 2 Diabetes Using Machine Learning Techniques. ***Centers for Disease Control and Prevention*** 2019; 16: 1-9.

Xu Z, Yu D, Yin X, Zheng F, Li H. Socioeconomic status is associated with global diabetes prevalence. ***Oncotarget*** 2017; 8(27): 44434-44439.

ÖZGEÇMİŞ

Ege Üniversitesinden 2018 yılında mezun oldu. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek lisans programına 2018 güz döneminde başladı. 2020 yılından itibaren Denizli Devlet Hastanesi Acil Servis biriminde çalışmaktadır.

EKLER

EK 1

DİYABETLİ YAŞLILARIN SOSYO DEMOGRAFİK VE HASTALIĞINA İLİŞKİN SORU FORMU

A. Sosyo Demografik Özelliklere İlişkin Soru Formu

1. Kayıtlı olduğunuz Aile Sağlığı Merkezini Belirtiniz ……

2. Yaşınız?

a. 60-64 b. 65-69 c. 70-74 d. 75-79 e. 80 ve üzeri

3. Cinsiyetiniz?

a. Kadın b. Erkek

4. Eğitim Durumunuz Nedir?

a. Okur yazar değil b. Okur yazar c. İlkokul

d. Ortaokul e. Lise f. Üniversite

5. Medeni Durumunuz Nedir?

a. Evli b. Bekar

6.Sosyal Güvenceniz var mı?

a. Var b. Yok

7.Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a. Gelir giderden az b. Gelir gidere denk c. Gelir giderden fazla

8. Kiminle yaşıyorsunuz?

a. Tek yaşıyor b. Eşi ve Çocukları c. Akrabalar d. Diğer

B. Hastalığa İlişkin Soru Formu

1. Ailenizde diyabet hastası var mı ?

a. Evet b. Hayır

2. Kaç yıldır/aydır diyabet hastasısınız?

a. Bir yıldan az b. Bir-Beş yıl c. Altı-On d. 11 yıl ve üzeri

3. Diyabet tedavi şekliniz aşağıdakilerden hangisidir?

a. Yalnızca Diyet b. Diyet ve antidiyabetik c. Diyet ve İnsülin d. Diyet, antidiyabetik ve İnsülin

4. İnsülini kendiniz mi yapıyorsunuz?

a. Evet b. Hayır

5. Size önerilen tedaviye uyum algı durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

a. çok iyi b. iyi c. orta d. kötü e. çok kötü

6. Kan şekeri ölçümü yapıyor/yaptırıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

7. Kan şekerinizi ne kadar sıklıkla ölçüyorsunuz?

a. Her gün düzenli olarak ölçüyor b. Haftada bir kaç kez ölçüyor c. Düzensiz

8. Egzersiz yapıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

9. Ne kadar sıklıkla egzersiz yapıyorsunuz?

a. Her gün düzenli olarak yapıyor. b. Haftada birkaç gün c. Ayda birkaç kez

d. Düzensiz e. Diğer

10. Doktor kontrolüne gidiyor musunuz?

a. evet b. hayır

11. Diyabete ilişkin herhangi bir eğitim programına katıldınız mı?

a. Evet b. Hayır

12. Diyabet ile ilgili daha fazla bilgi/eğitim gereksinimiz olduğunu düşünüyor musunuz

a. Evet b. Hayır

13. Diyabetin sebep olduğu komplikasyonlar hakkında bilginiz var mı?

a. Evet b. Hayır

14. Hiç bu güne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşadınız mı?

a. Evet b. Hayır

15. Hiç bu güne kadar kan şekeri yüksekliği yaşadınız mı?

a. Evet b. Hayır

16. Hiç bu güne kadar diyabetin sebep olduğu diğer koplikasyonları yaşadınız mı? a. Evet b. Hayır

17. Diyabet dışında herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

a. Evet b. hayır

18. Diyabet nedeniyle hiç hastaneye yattınız mı?

a. evet b. hayır

EK 2
DİYABET HASTALARINDA SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Algılanan Duyarlılık					
Tip I (genç tipi) diyabetli kişilerde diyabet komplikasyonu gelişme şansı yüksektir.					
Tip 2 (erişkin tip)diyabetli kişilerde genellikle diyabet komplikasyonları gelişmeyeceğini düşünüyorum.					
Kendimi iyi hissettiğim sürece bende diyabet komplikasyonlarının gelişmesi mümkün değildir.					
Yaralarım çabuk iyileştiği için bende diyabet komplikasyonu gelişmez.					
Algılanan Ciddiyet					
Diyabetin ciddiye alınması gereken bir hastalık olduğunu düşünüyorum.					
Tip I diyabet ciddi bir hastalıktır.					
Tip 2 diyabet Tip I diyabet kadar ciddi bir hastalıktır.					
Algılanan Yararlar					
Kan şekerini normale yakın düzeyde tutmak diyabet komplikasyonlarını önler.					
Düzenli olarak egzersiz yapmanın kan şekerinin kontrolüne yardımcı olacağına inanıyorum.					
Aşırı kilolu diyabetlilerde kilo vermek (zayıflamak) komplikasyonların gelişmesini önlemeye ya da geciktirmeye yardım eder.					
Sigarayı bırakma diyabet komplikasyonları önlemeye ya da geciktirmeye yardım eder.					
Düzenli olarak şekerli yiyeceklerden uzak durmak (kaçınmak) diyabetin kontrol altında tutulmasına yardım eder.					
Az yağlı diyetle beslenmenin diyabet komplikasyonlarım geciktireceğini inanıyorum.					
Kan basıncının kontrol altında tutulması diyabetin komplikasyonlarını önlemede ya da geciktirmede yardım eder.					
Algılanan Engeller					
Diyabetin komplikasyonu mutlaka oluşacağı için kan şekerini kontrol altında tutmaya çalışmanın bir yararı olmadığına inanıyorum.					
Tip 2 diyabetli bireylerin düzenli olarak kan şekeri testi yapmasına gerek yoktur.					
Düzenli olarak doktora gittiğim için evde kan şekeri testi yapmama gerek yoktur.					
Kızartılmış ve yağlı yiyecekler tüketmek diyabetli bireyler için zararlı değildir.					

İlaçlarımı her gün düzenli aldığım sürece diyetimi kontrol etmem gerekmez.					
Sigara içme ile diyabet komplikasyonları arasında bir ilişki yoktur.					
Bedenin hafifçe şişman görünmesi sağlığın iyi olduğunun bir işaretidir.					
Ayaklarım sağlıklı göründüğü sürece her gün ayaklarımı kontrol etmek zorunda değilim.					
Diyabet tedavi edilebilir bu yüzden de ciddi bir hastalık değildir.					
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler					
Kan şekerini kontrol altında tutmak önemlidir.					
Kan şekerini haftada birkaç kez evde kontrol etmem önemlidir.					
Kilomu kontrol altında tutmam önemlidir.					
Sigarayı bırakmak önemlidir.					
Az yağlı diyet almak önemlidir.					
Düzenli olarak şekerli gıdalar yemekten kaçınmak önemlidir.					
İlaçların reçetede yazıldığı gibi alınması önemlidir.					
Her gün ayaklarımı kontrol etmem önemlidir.					
Düzenli olarak kan basıncının kontrol edilmesi önemlidir.					
Düzenli olarak egzersiz yapmam önemlidir.					

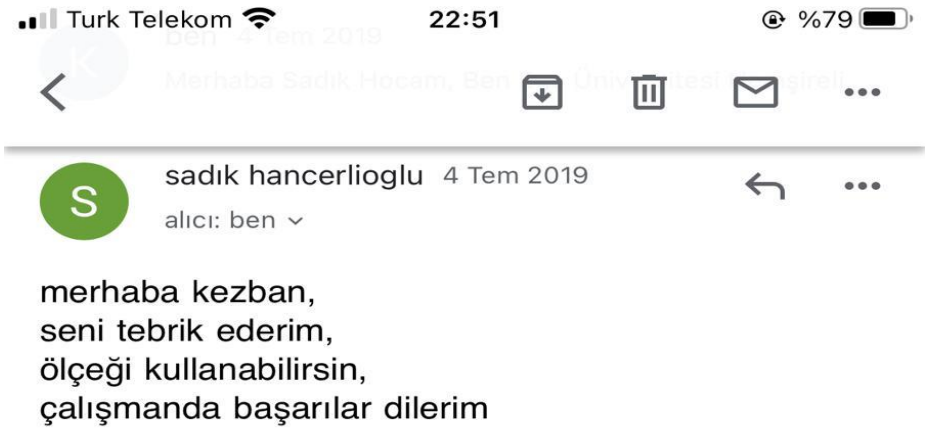
EK 3
KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1 Hastalığım nedeniyle çevremdeki kişilere rahatsızlık vermekten endişeleniyorum.					
2 Hastalığımı kontrol edebilirim.					
3 Hastalığım ailem ve arkadaşlarımı etkilemiyor.					
4 Başkalarını memnun etmek sağlığımdan daha önemlidir.					
5 Başka kişilere yük olduğumu düşünüyorum.					
6 Hastalığımı kontrol etmek için elimden geleni yapmalıyım.					
7 Hastalığımdan dolayı çevremdeki kişilerin endişelenmemesinden ben sorumluyum.					
8 Yaşam tarzım konusunda dikkatli olmak zorundayım.					
9 Hastalığım arkadaşlarımla ilişkilerimi etkiledi.					
10 Bazı şeyleri yapmıyorum, çünkü çevremdeki kişiler sağlığım konusunda endişeleniyor.					
11 Tedavi planına uymazsam hastalığımın kötüleşeceğinden endişeleniyorum.					
12 Çevremdeki kişilerin hastalığım yüzünden bana farklı davranmalarından rahatsız oluyorum.					
13 Hastalığımı çok fazla düşünsem de, bu konuda konuşmamaya çalışıyorum.					
14 Çevremdeki kişilerin benim yaşadığım sağlık problemlerini yaşamamaları için yaşam tarzlarını değiştirmeleri konusunda onları ikna etmeye çalışırım.					
15 Aktivitelerimi planlamakta zorlanıyorum çünkü hastalığımın buna engel olup olmayacağını hiç bilemiyorum**.**					
16 Başkalarının iyiliği için hastalığım hakkında olumlu bir tutum sergilemeliyim.					
17 Hastalığım diğer kişileri rahatsız ediyor.					
18 Sadece problem yaşadığımda hastalığım aklıma geliyor.					

19 Günlük aktivitelerimi yaparken hastalığımı düşünmüyorum.					
20 Sağlığımın düzelmesi için yaşam tarzımda değişiklikler yaptım.					
21 Çevremdeki kişilere hastalığımı anlatıyorum ki keyifsiz olduğumda hiç kimse bunu üzerine alınmasın.					
22 Tedavi planımı takip edersem hastalığımı kontrol edebilirim.					
23 Kendime bakarsam, hastalığımla ilgili daha fazla sorun çıkmasını önleyebilirim.					
24 Çevremdeki kişilere hastalığımın ne kadarını anlatacağıma dikkat ediyorum, çünkü insanları üzmek istemiyorum.					
25 Hastalığımdaki değişimleri gösteren belirtileri tespit etmek için kendimi kontrol ederim.					
26 Günlük planlarımı yaparken, hastalığımı düşünüyorum.					
27 Hastalığımın kötüleştiğini gösteren işaretleri takip ederim.					
28 Hastalığımı kontrol edebilmek için yapabileceğim çok az şey var.					
29 Sağlığım hakkında çok fazla düşünüyorum.					
30 Normal bir yaşam sürebilmem için bir rutini takip etmek çok önemlidir.					
31 Hastalığım hakkında her şeyi öğrenerek hastalığımı kontrol altında tutuyorum.					
32 Hastalığımı kontrol altında tutabilmek için yaşam tarzımı değiştirdim.					
33 Yaşamım tedavi planım etrafında şekilleniyor.					
34 Sağlığıma dikkat etmek zorundayım yoksa durumum kötüleşir.					
35 Çevremdeki kişileri hastalığım konusunda rahatsız etmemek için düzenimi değiştiriyorum.					

EK 6

KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



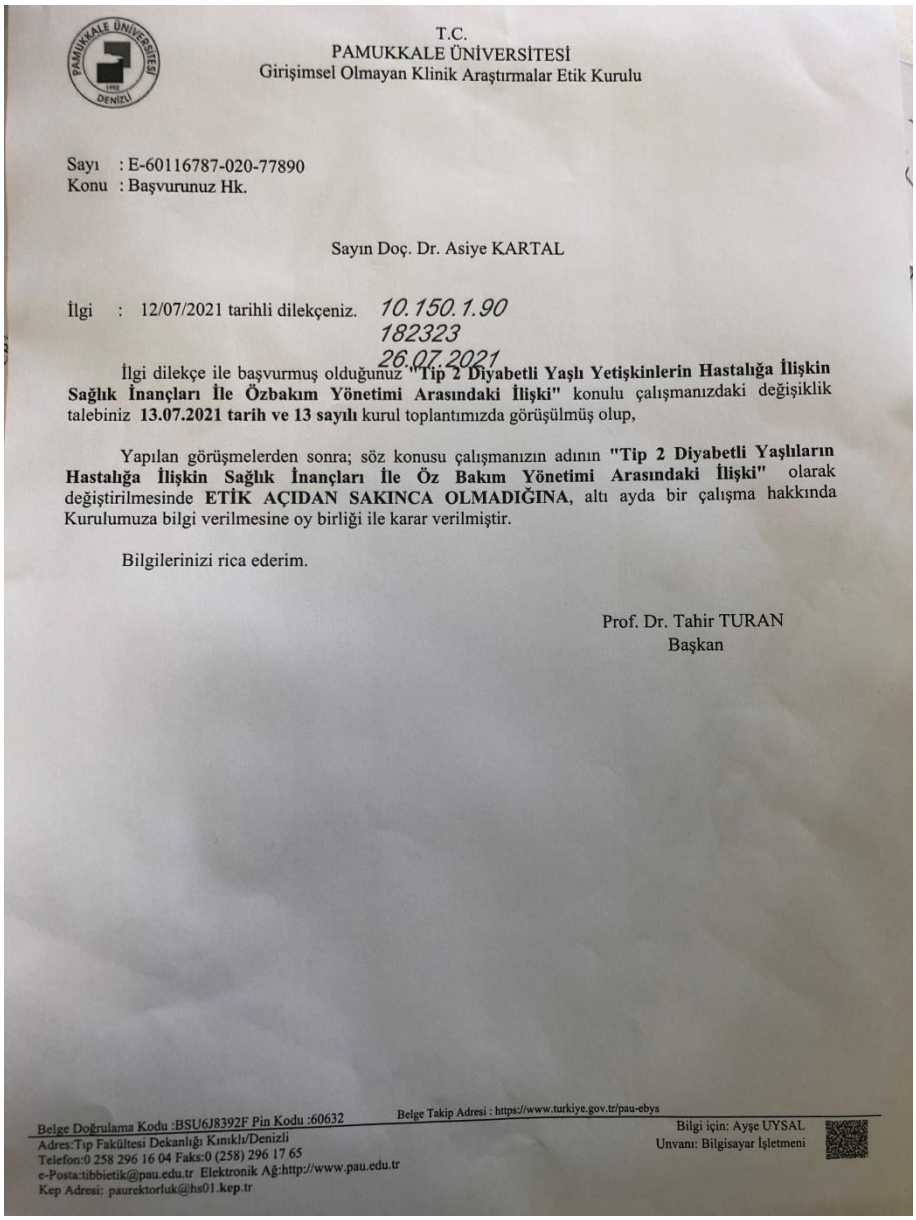
Arş.Gör.Dr.Sadık HANÇERLİOĞLU
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği AD.
+90 232 311 56 16
+90 543 254 40 90
s_hancerlioglu@hotmail.com
sadik.hancerlioglu@ege.edu.tr

Res.Asst.Dr.Sadık HANÇERLİOĞLU
Ege University Faculty of Nursing
Department of Internal Medicine Nursing
+90 232 311 56 16
+90 543 254 40 90
s_hancerlioglu@hotmail.com
sadik.hancerlioglu@ege.edu.tr

EGE Üniversitesi www.ege.edu.tr

EK 7

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ETİK ARAŞTIRMALAR KURULU İSİM DEĞİŞİKLİĞİ ETİK KURUL İZNİ



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-60116787-020-77890
Konu : Başvurunuz Hk.

Sayın Doç. Dr. Asiye KARTAL

İlgi : 12/07/2021 tarihli dilekçeniz. 10.150.1.90 182323 26.07.2021

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz **"Tip 2 Diyabetli Yaşlı Yetişkinlerin Hastalığa İlişkin Sağlık İnançları İle Özbakım Yönetimi Arasındaki İlişki"** konulu çalışmanızdaki değişiklik talebiniz **13.07.2021 tarih ve 13 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra; söz konusu çalışmanızın adının **"Tip 2 Diyabetli Yaşlıların Hastalığa İlişkin Sağlık İnançları İle Öz Bakım Yönetimi Arasındaki İlişki"** olarak değiştirilmesinde **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Belge Doğrulama Kodu :BSU6J8392F Pin Kodu :60632 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/pau-ebys
Adres:Tıp Fakültesi Dekanlığı Kınıklı/Denizli
Telefon:0 258 296 16 04 Faks:0 (258) 296 17 65
e-Posta:tibbietik@pau.edu.tr Elektronik Ağ:http://www.pau.edu.tr
Kep Adresi: paurektorluk@hs01.kep.tr
Bilgi için: Ayşe UYSAL
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni