

**DİYABET HASTALARININ TEDAVİYE UYUM DÜZEYLERİ İLE
SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI VE YAŞAM KALİTESİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Serap TAŞKAYA

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kurumları Yönetimi Programı

Doktora Tezi

Ankara, 2014

KABUL VE ONAY

Serap TAŞKAYA tarafından hazırlanan "Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri ile Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler" başlıklı bu çalışma, 20.06.2014 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Yusuf ÇELİK (Başkan)



Prof. Dr. Bayram ŞAHİN (Danışman)



Doç. Dr. Abdulkadir TEKE



Doç. Dr. Mehmet TOP



Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezi; tamamen kendi çabamın olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder; tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım;

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin 2 yıl süreyle erişime açılmamasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda tezimin için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.



20.06.2014

Serap TAŞKAYA

Sevgili Anneme ve Babama;

TEŞEKKÜR

Bu araştırmada öncelikle hem yüksek lisans hem de doktora tezimde danışmanım olmayı üstlenen, böylece tüm bu zorlu öğrenim sürecini daha kolay geçirmemi sağlayan, bazen bir hoca, bazen bir baba gibi davranarak beni daima motive eden Sayın Prof.Dr. Bayram ŞAHİN'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamda ayrıca, Tez İzleme Komitesinde yer almayı kabul ederek bilgilerini ve desteklerini paylaşan ve tezin gelişimine büyük katkıları olan Sayın Prof.Dr. Yusuf ÇELİK'e ve Sayın Doç.Dr. Albulkadir TEKE'ye teşekkür ederim.

Saha araştırmam süresince beni destekleyen ve yardımlarını esirgemeyen Uzm. Şahin TÜYSÜZ, Saadet UTKU, Sermed DOĞAN, Fevzi AKBULUT, Samet ABANOZ ve Oğuz ERKAYIRAN'a müteşekkür olduğumu belirtmek istiyorum.

Çalışmamı diyabet hastalığı konusunda gerçekleştirmemin asıl nedeni, ebeveynlerimin her ikisinin de Tip 2 diyabet hastası olması dolayısıyla benim konu ile ilgili bilgimi artırma gereksinimimdir. Bu vesileyle yaşantımda her zaman yanımda olduklarını hissettiğim ve bugünlere gelmemde büyük emekleri olan annem ve babama da sonsuz şükranlarımı sunuyorum ve bu tez çalışmamı onlara itfah ediyorum.

Serap TAŞKAYA

ÖZET

TAŞKAYA, S. *Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri ile Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Doktora Tezi. Ankara, 2014.

Bu çalışma, diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyleri ile sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma evrenini Aksaray ilinde faaliyet gösteren bir kamu hastanesine başvuran poliklinik hastaları oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Test-yeniden test sonucunda ulaşılan korelasyon katsayıları ($r=0,76-0,96$) ve Cronbach alfa katsayıları ($0,73-0,97$) anketin güvenilir olduğunu göstermiştir. Anket toplam 360 diyabet hastasına, yüz yüze anket yöntemi ile uygulanmıştır. Yapılan çoklu regresyon analizleri sonucunda, diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeylerini, sağlık okur-yazarlığı, Sağlık İnanç Modeli, sağlık güvencesi durumu, eğitim seviyesi ve diyabetin tipinden etkilendiği bulunmuştur. Hastaların hastaneye yatış düzeyinin tedavinin tipi ve sağlık okur-yazarlığına bağlı olduğu; acil hizmet kullanımının komplikasyon, diyabetin süresi, tedavinin tipi, algılanan yarar ve sağlık okur-yazarlığına göre farklılık gösterdiği; poliklinik ziyaretinin eğitim ve sağlık okur-yazarlığına bağlı olduğu ve tedavi masraflarının eğitim, sağlık güvencesi tipi, tedavinin tipi, hekim-hasta ilişkisi ve sağlık okur-yazarlığına göre değişmektedir. Ayrıca fiziksel yaşam kalitesinin gelir, cinsiyet, diyabetin süresi, diyabetin tipi, komorbidite (ek hastalık) durumu, yarar ve ciddiyet algısı, sağlık okur-yazarlığı ve hekim hasta ilişkisine göre değiştiği; ruhsal yaşam kalitesinin algılanan engel ve ciddiyetten, sağlık okur-yazarlığından, hasta-hekim ilişkisinden, tedaviye uyumdan ve acil servis kullanımından etkilendiği saptanmıştır. Araştırma sonuçlarının karar vericilere, sağlık yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına diyabetin yönetimi ve hastalıkla mücadele konusunda kanıta dayalı önemli bilgiler sağlaması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İnanç Modeli, Hekim-Hasta İlişkisi, Sağlık Okur-Yazarlığı, Tedaviye Uyum, Yaşam Kalitesi, Sağlık Hizmeti Kullanımı, Diyabet.

ABSTRACT

TASKAYA, S. *Factors Affecting Adherence to Treatment and Health Care Utilization and Quality of Life of Patients with Diabetes.* Hacettepe University Graduate School of Social Sciences, PHD Thesis in Health Institutions Administration. Ankara, 2014.

This study was conducted for the purpose of determining the factors affecting adherence to treatment and health care utilization and quality of life of patients with diabetes. Outpatients of a public hospital, which is located in Aksaray province, are the universe of the study. Questionnaire forms were used as the instruments for data collection in the study. Correlation coefficients ($r=0,76-0,96$) and Cronbach alpha coefficients ($0,73-0,97$) which were obtained at the end of test-retest method, indicated that the survey is reliable after all. The questionnaire was completed by 360 patients with diabetes during face to face interviews. At the end of the multiple regression analyses, it was found out that adherence to treatment level was effected by health literacy, Health Belief Model, insurance status, education level and type of diabetes. The level of hospitalization depended on the type of treatment and health literacy; the emergency service use was differenced by complication, diabetes duration, type of treatment, perceived benefit and health literacy; polyclinic visit depended on the level of education and health literacy; and the treatment expenditures depended on education, insurance type, treatment type, patient-physician relationship and health literacy. Besides this, physical quality of life was changed by the income, gender, duration of diabetes, type of diabetes, co-morbidity, perceived benefit and seriousness, health literacy and patient-physician relationship; mental life quality was effected by perceived barrier and seriousness, health literacy, patient-physician relationship, adherence to treatment and emergency service use. The survey results are expected to provide important evidence-based information on diabetes management and war against disease for decision makers, health managers and health workers.

Key Words: Health Belief Model, Patient-Physician Relationship, Health Literacy, Adherence to Treatment, Quality of Life, Health Care Utilization, Diabetes.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL VE ONAY	ii
BİLDİRİM	iii
İTHAF SAYFASI	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
TABLolar	xii
ŞEKİLLER.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
2. DİYABET.....	5
2.1 Diyabetin Tanımı ve Tipleri	6
2.2. Dünyada Diyabet	9
2.3. Türkiye’de Diyabet.....	11
2.4. Diyabette Teşhis ve Tedavi	13
3. TEDAVİYE UYUM VE UYUMSUZLUK.....	16
3.1 Tedaviye Uyumsuzluk Tipleri.....	18
3.2. Tedaviye Uyumu Belirleme Yöntemleri	21
3.3 Diyabette Tedaviye Uyum.....	23
4. DİYABETTE TEDAVİYE UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	25
4.1. Sağlık Sistemi ve Sağlık Personeli ile İlgili Faktörler	26
4.2. Sosyal ve Ekonomik Faktörler	27
4.3. Tedavi ile İlgili Faktörler	28
4.4. Hastalık ile İlgili Faktörler	29
4.5. Hasta ile İlgili Faktörler	31
4.5.1 Demografik Faktörler	31
4.5.2. Psiko-Sosyal Faktörler.....	33

4.5.3. Hekim-Hasta İlişkisi	39
4.5.4. Sağlık Okur-Yazarlığı.....	43
4.5.5. Hasta ile İlgili Diğer Faktörler.....	48
5. DİYABETTE TEDAVİYE UYUMUN SONUÇLARI.....	50
5.1. Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerine Etkisi.....	50
5.2. Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	51
5.3. Maliyetler Üzerine Etkisi	52
5.4. Diğer Hastalıklar ve Ölüm Üzerine Etkisi	53
6. GEREÇ VE YÖNTEM.....	55
6.1 Araştırmanın Amacı ve Kapsamı	55
6.2 Problem Cümlesi	55
6.3 Hipotezler	57
6.4 Varsayımlar	62
6.5 Kısıtlılıklar.....	63
6.6 Evren ve Örneklem.....	63
6.7 Veri Toplama Aracı ve Yöntemi	64
6.8 Anketin Uygulanması.....	68
6.9 Verilerin Analizi.....	70
6.9.1 Güvenilirlik Analizi	70
6.9.2 Geçerlilik Analizleri	72
6.9.3 Regresyon Analizi.....	80
7. BULGULAR.....	85
7.1 Sosyo-Demografik Bulgular.....	85
7.2 Klinik Bulgular	87
7.3 Sağlık Hizmeti Kullanımına İlişkin Bulgular.....	88
7.4 Sosyo-Demografik ve Klinik Değişkenler Arasındaki Korelasyon Matrisi.....	89
7.5 Temel Değişkenler İle İlgili Değerlendirmeler	94
7.6 Diyabet Hastalarının Sağlık İnanç Modelini Etkileyen Faktörler	101
7.7 Diyabet Hastalarının Hekim-Hasta İlişisini Etkileyen Faktörler.....	106
7.8 Diyabet Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlık Düzeyini Etkileyen Faktörler.....	108

7.9 Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyini Etkileyen Faktörler	109
7.10 Diyabet Hastalarının Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörler	111
7.11 Diyabet Hastalarının Fiziksel ve Ruhsal Yaşam Kalitesi Özet Skorlarını Etkileyen Faktörler	117
8. TARTIŞMA	121
8.1 Sosyo Demografik ve Klinik Özellikler ile İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler	121
8.2 Sağlık İnanç Modeli İle İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler	126
8.3 Sağlık Okur-Yazarlığı İle İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler	130
8.4 Hekim-Hasta İlişkisi İle İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler.....	133
8.5 Tedaviye Uyum Düzeyi İle İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler	136
8.6 Sağlık Hizmeti Kullanımı İle İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler	141
8.6.1 Hastaneye Yatış Durumu ile İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler	141
8.6.2 Acil Servis Kullanımı ile İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler	143
8.6.3 Poliklinik Kullanımı ile İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler	146
8.6.4 Tedavi Masrafları ile İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler.....	148
8.7 Yaşam Kalitesi İle İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler	150
9. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	159
10. KAYNAKLAR	165
11. EKLER.....	190

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADA	:American Diabetes Association
AMA	:American Medical Association
CDC	:Centers for Disease Control and Prevention
IDF	:International Diabetes Federation
KMO	:Kaiser-Meyer-Olkin Testi
IOM	:Institute of Medicine
mg/dl	:Miliigram/Desilitre
n	:Örneklem Sayısı
NAAL	:National Assessment of Adult Literacy
OGTT	:Oral Glikoz Tolerans Testi
p	:Anlamlılık Düzeyi
r	:Korelasyon Katsayısı
R ²	:Regresyon Tanımlayıcılık Katsayısı
Ref	:Referans Değer
SF-12	:Short Form Health Survey
Std	:Standardize
TDK	:Türk Dil Kurumu
TEKHARF	:Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TURDEP	:Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi
UNESCO	:United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UnStd	:Unstandardized (Standardize Edilmemiş)
VIF	:Variance Inflation Factor
WHO	:World Health Organization

TABLOLAR

	Sayfa
Tablo 1. Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Sonuçları	72
Tablo 2. Sağlık İnanç Modeline İlişkin Faktör Analizi.....	76
Tablo 3. Hekim -Hasta İlişkinine İlişkin Faktör Analizi	77
Tablo 4. Sağlık Okur-yazarlığına İlişkin Faktör Analizi	77
Tablo 5. Tedaviye Uyum İlişkin Faktör Analizi	78
Tablo 6. Yaşam Kalitesine İlişkin Faktör Analizi.....	79
Tablo 7. Diyabet Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	86
Tablo 8. Diyabet Hastalarının Klinik Özelliklere Göre Dağılımı	88
Tablo 9. Diyabet Hastalarının Sağlık Hizmeti Kullanımına Göre Dağılımı	89
Tablo 10. Sosyo-Demografik ve Klinik Değişkenler Arasındaki Korelasyon Matrisi ..	91
Tablo 11. Sosyo-Demografik Değişkenler ile Diğer Değişkenler Arasındaki Korelasyon Matrisi	93
Tablo 12. Diyabet Hastalarının Sağlık İnanç Modeli İle İlgili Değerlendirmeler	94
Tablo 13. Diyabet Hastalarının Hekim-Hasta İlişkileri İle İlgili Değerlendirmeler	96
Tablo 14. Diyabet Hastalarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri İle İlgili Değerlendirmeler.....	97
Tablo 15. Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri İle İlgili Değerlendirmeler .	99
Tablo 16. Diyabet Hastalarının Yaşam Kaliteleri İle İlgili Değerlendirmeler.....	100
Tablo 17. Sosyo-Demografik ve Klinik Faktörlerin Algılanan Ciddiyete Etkisi.....	102
Tablo 18. Sosyo-Demografik ve Klinik Faktörlerin Algılanan Yarara Etkisi	103
Tablo 19. Sosyo-Demografik ve Klinik Faktörlerin Algılanan Engele Etkisi	104
Tablo 20. Sosyo-Demografik ve Klinik Faktörlerin Genel Sağlık İnançlarına (Sağlık İnanç Modeli) Etkisi.....	105
Tablo 21. Sosyo-Demografik ve Klinik Faktörlerin Hekim-Hasta İlişkisi Modeline Etkisi	107
Tablo 22. Sosyo-Demografik ve Klinik Faktörlerin Sağlık Okur-Yazarlık Düzeyi Modeline Etkisi	109

Tablo 23. Tedaviye Uyum Düzeyi Modelini Etkileyen Faktörler	110
Tablo 24. Hastaneye Yatış Modelini Etkileyen Faktörler.....	111
Tablo 25. Acile Başvuru Modelini Etkileyen Faktörler.....	113
Tablo 26. Poliklinik Kullanımı Modelini Etkileyen Faktörler.....	114
Tablo 27. Tedavi Masrafları Modelini Etkileyen Faktörler	115
Tablo 28. Fiziksel Yaşam Kalitesi Modelini Etkileyen Faktörler.....	117
Tablo 29. Ruhsal Yaşam Kalitesi Modelini Etkileyen Faktörler	119

ŞEKİLLER

Sayfa

1. Araştırmanın Modeli.....	56
-----------------------------	----

1. GİRİŞ

Hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkeler açısından içinde bulunduğumuz yüzyılın sağlıkla ilgili en temel sorunu, kronik hastalıklardır. Kronik hastalıklarda meydana gelen sayısal artışların yanı sıra, gün geçtikçe bu hastalıklardan dolayı oluşan komplikasyonlar, ölümler ve maliyetler artmaktadır. Mevcut bilimsel bilgi ve deneyimler ise, kronik hastalıkların ve söz konusu hastalıklardan dolayı oluşabilecek sorunların planlı, uygulanabilir ve kanıta dayalı girişimlerle önemli ölçüde önlenebileceğini göstermektedir. Bu nedenle günümüzde her toplumda, kronik hastalıkların yönetilmesi ve değerlendirilmesi konuları giderek daha fazla önem taşımaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Kronik hastalıkların yönetimi, hastaların sağlık durumlarını yükseltmek için hastalara verilen çoklu tedavi yöntemlerini uygulamayı içeren multidisipliner ve sistematik bir yaklaşımdır (Schrijvers, 2009). Kronik hastalık yönetimi ile hastaların normal fiziksel ve duygusal gelişimi tamamlanmasına, ortaya çıkan belirtilerin giderilmesine ve meydana gelebilecek komplikasyonların azaltılmasına çabalanmaktadır. Bu şekilde gerçekleşen etkili bir hastalık yönetimiyle belirtilerin, acile ve polikliniğe başvurular ile hastaneye yatışların azaltılması, başkalarına bağımlı yaşamın önlenmesi, hastalığın fiziksel ve ruhsal etkilerinin indirgenmesi, maliyet-etkililiğin oluşturulması ile yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir (Norris, 2002).

Kronik hastalık yönetimi, sistem düzeyinde, sağlık hizmeti düzeyinde ve bireysel düzeyde olmak üzere üç şekilde gerçekleştirilebilmektedir. Sistem tabanlı kronik hastalık yönetimi, hastalıkların azaltılması ve önlenmesi konusunda yapılacak politikalar, yapılar ve kaynak tahsislerini içermektedir. Sağlık hizmetlerinde hastalık yönetimi girişimleri; hastalıklar konusunda çalışan sağlık personelinin ekipleri organize etmeyi, hastalarla işbirliği içinde kararlar almayı, iyileştirme çabalarına sağlık sunucularının katılımını sağlamayı ve geniş çaplı sağlık eğitimleri vermeyi

kapsamaktadır. Bireysel bazlı hastalık yönetimi ise, beslenme ve egzersiz düzenlemeleri, sigara ve alkolün azaltılması, çeşitli taramaların yapılması ile tedaviye uyumun sağlanması çabalarından oluşmaktadır. (Singh, 2008).

Birey bazlı hastalık yönetiminin en önemli hedeflerinden biri, hastanın tedaviye uyumunun sağlanmasıdır. Tedaviye uyum hastanın tedavisini reçetesinde yazıldığı şekilde eksiksiz, tam zamanında ve önerilen biçimde uygulaması ile reçete edilen ilaçlarını almayı sürdürmesi ve önerilen zamandan önce bırakmaması anlamına gelmektedir (Ho ve diğ., 2009). Hastanın tedaviye iyi uyumunun sağlanmasıyla çok daha iyi klinik sonuçlara erişilmekte, yaşam kalitesi algısı olumlu etkilenmekte ve hastalık ve ölüm maliyetleri ile hastane ziyaretleri ve acil servis kullanımını azalmaktadır (Hagerstrom, 2010). Bu bakımdan tedavi rejimine uyum son derece hassas bir konudur.

Tedaviye uyumun yukarıda bahsedilen kritik öneminden dolayı, iyi bir hastalık yönetiminin sağlanması için, söz konusu uyum durumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre, diyabet gibi kronik hastalıklarda genel olarak tedaviye uyumu etkileyen etmenler; sosyal ve ekonomik faktörler, tedavi ile ilgili faktörler, sağlık hizmeti ekibi ve sistemi ile ilgili faktörler, hastalık durumu ile ilgili faktörler ve hasta ile ilgili faktörler olmak üzere beşe ayrılmaktadır (WHO, 2003).

Tedaviye uyuma etki eden sağlık sistemi ile ilgili faktörler; sağlık sigorta planının varlığı, ilaç dağıtım kanallarının etkin olarak işlemesi, geri ödeme yöntemleri için etkili bir sağlık finansman sisteminin olmasıdır. Sosyal ve ekonomik faktörler, hastanın sosyal destek ve tedavinin maliyetini karşılama gücü ile ilintilidir. Tedavi ile ilgili faktörler; tedavi rejiminin karmaşıklığı, alınan ilacın sayısı ve cinsi ile tedavinin yan etkileri şeklinde sıralanabilmektedir. Tedaviye uyumu etkileyen hastalığın durumu ile ilgili faktörlerde ise, hastalığın tipi, şiddeti ve süresi, seyri ile başka hastalıklarla bir arada bulunması durumu yer almaktadır.

Son faktör olan hasta ile ilişkili etmenler ise, tedaviye uyumu etkileyen diğer faktörlerle karşılaştırıldığında, bir kısmı müdahale edilebilir özellikte olduğundan dolayı daha fazla önem taşımaktadır. Hasta ile ilgili etmenler; demografik ve psiko-sosyal faktörler, hastanın hekimi ile olan ilişkisi, sağlık okur-yazarlığı, hastanın bilgisi, fiziksel engeller, sigara ve alkol kullanımı ve hastanın unutkanlığı şeklinde sıralanmaktadır. Eğitim, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir gibi değişkenleri barındıran demografik etmenlerin, yapılan araştırmalar neticesinde düşük ya da yetersiz dozda ilaç alımına sebebiyet verdiği gözlemlenmektedir (Jin ve diğ., 2008).

Hasta ile ilgili psiko-sosyal faktörler; hastanın sağlık, hastalık ve ilaç tedavisi kullanımına ilişkin inanç, tutum ve davranışlarıdır. Yetersiz bilgi, yanlış inanç ve negatif tutum uyumsuzluk nedenidir ve hastaların ya yanlış dozda ilaç alması ya da hiç ilaç almamasına sebebiyet vermektedir. Bu durum hastanın ilaca uyumunu etkileyen istemli uyumsuzluk davranışları şeklinde ifade edilmekte ve bir takım sağlık davranış kuramları ile belirlenebilmektedir Söz konusu kuramlar arasında literatürde en yaygın kullanılanı ise Sağlık İnanç Modelidir (Krigsman, 2007).

Hastanın hekimi ile olan ilişkisi de ilaç tedavisine uyumu etkileyen hasta merkezli faktörler arasında yer almaktadır. Bilindiği üzere sağlık sisteminde yüksek oranda bir bilgi asimetrisi mevcuttur ve sistemde hekim; öneri ve tavsiyelerde bulunan kişi olarak görülmekte, hastanın ise bu önerileri takip etmesi beklenmektedir. Bu nedenle hastanın tedavi ile ilgili konularda bu önerileri dinlemesi daha çok hekimi ile olan ilişkisinin kalitesi ile ilişkilidir. İlişkinin kalitesi de, sağlık hizmetinin kalitesi hakkında hasta algısını gösteren hasta memnuniyetine, hastanın hekime bağlılığına, empati sahibi olma gibi hekim kaynaklı bir takım faktörlere, hekimin kişisel yaklaşımına ve özellikle her türlü iletişimin en temel kaynağı olan hastanın hekimine güvenmesine bağlıdır (Russo-Innamorato, 2011).

İlaç tedavisine uyumu etkileyen bir diğer faktör olan sağlık okur-yazarlığı ise, bireylerin uygun sağlık kararlarını almada ihtiyaç duydukları sağlıkla ilgili temel bilgileri

okuyabilme, anlayabilme, işleme ve davranışa geçirebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Nielsen-Bohlman ve diğ., 2004). Düşük düzey sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin sağlık bilgisinin daha az olduğu, hastalık ve tıbbi bakım yönergelerini anlamada zorluklar yaşadığı ve kronik hastalıklarının bakım ve yönetiminde ise yetersiz kaldıkları bilinmektedir. Ayrıca bu kişilerin rutin sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı, buna karşın tıbbi maliyet, hastaneye yatış ve mortalite oranlarında artma görüldüğü belirtilmektedir (Lee ve diğ., 2010).

Kronik hastalıklarda tedaviye uyumu etkileyen faktörler ile tedaviye uyumun sonuçlarının belirlenmesi elzem ve öncelikli bir konu olmasına rağmen, ülkemizde bu alanda yeterince çalışma yapılmamıştır. Söz konusu nedenle yapılan çalışmanın amacı; kronik bir hastalık olan diyabet hastalarının sağlık hizmeti kullanımını ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi, sağlık hizmeti kullanımının yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin araştırılması ile hastaların demografik ve klinik ile ilgili özelliklerinin, sağlık inanışlarının, hekimleri ile ilişkilerinin ve sağlık okuryazarlığının tedaviye uyum düzeyine etkilerinin belirlenmesidir. Bu amaçla yapılacak olan araştırmadan elde edilen bulgular ışığında, karar verici, sağlık yöneticisi ve sağlık çalışanlarına diyabet tedavisinin yönetimi ve hastalıkla mücadele konusunda kanıta dayalı önemli bilgiler sunulması planlanmaktadır.

Çalışmanın ilk bölümlerinde, diyabet hastalığının tanımı, dünyada ve Türkiye'deki yeri, teşhisi ve tedavisi, tedaviye uyum ve uyumsuzluk durumu ile tedaviye uyumsuzluğu etkilenen faktörler ve tedaviye uyum sonuçları ile ilgili kapsamlı bilgilere ve özellikle diyabet alanında yapılmış çalışmalara yer verilmiştir. Çalışmanın daha sonraki bölümünde, bir kamu hastanesinde dâhiliye polikliniklerine başvuran diyabet hastalarının tedaviye uyumunu etkileyen faktörler ile bu faktörlerin tedaviye uyum sonuçları üzerindeki etkilerinin belirlenmesine yönelik yapılan araştırmanın metodolojisine ilişkin açıklamalara değinilmiştir. Araştırmanın son bölümlerinde ise, çalışmanın hipotezlerini test etmeye yönelik yapılan analizlerden elde edilen bulgular, bulgulara ilişkin tartışmalar ve sonuç ile öneriler yer almaktadır.

2. DİYABET

Diyabet hastalığı, Latince “diabetes mellitus” (şekerli diyabet) olarak adlandırılmaktadır. Diabetes mellitusta yer alan “diabetes” kelimesi, akıp-boşalma veya sifon anlamına gelmekte olup, hastaların çok fazla su tüketip, tükettiğinden daha fazla idrara çıktığını ifade etmektedir. “Mellitus” kelimesi ise Latince şeker veya bal anlamında kullanılmakta olup, hastaların idrarının şekerli olduğuna atıfta bulunmaktadır (Das ve Shah, 2011).

Diyabet hastalığı ilk kez “çok idrara çıkma ile karakterize rahatsızlık” şeklinde Milattan Önce 1500 yıllarında Mısır papiruslarında yer almıştır. Hastalığa “diyabet” ismini veren, Milattan Önce 230 yıllarında yaşamış olan Apollonius Memphites’tir. Apollonius Memphites, hastalığın idrarla ilişkisinden dolayı, böbreklerden kaynaklandığını düşünmüş ve tedavi olarak kan verme ile dehidratasyonu önermiştir.

Diyabet hastalığının ayrıntılı tanımı ise, Millattan Sonra ikinci yüzyılda Yunan hekim Kapodokyalı Aretaeus tarafından yapılmıştır. Aretaeus, diyabeti; erkeklerde sık görülmeyen, etin, kol ve bacakların erimesiyle ortaya çıkan (ani zayıflama), sürekli su tüketimi ve idrara gitme ile kendini gösteren nadir bir hastalık olarak tanımlamıştır. Aretaeus’a göre diyabetli bir hayat; kısa, mutsuz ve acı içinde geçmektedir (Aktaran: Zajac ve diğ., 2010).

Görüldüğü üzere ilk çağlarda, hastalık daha çok tanımlanmaya çalışılmış, orta çağda ise hastalıkla ilgili çeşitli tedavi yöntemleri bulunmaya başlanmıştır. Şarap içmek, kilo kaybını önlemek için aşırı beslenmek, patates tedavisi, egzersiz için ata binmek, şekerin yüksek olduğu zamanlarda oruç tutmak ve yulafli besinler tüketmek bu çağda bulunan diyabet tedavi önerileri arasında sıralanmaktadır (Das ve Shah, 2011).

Diyabet hastalığının asıl nedeninin pankreastaki bozulmadan ileri geldiğinin ve pankreasın kan glikoz seviyesini düzenlemede sorumlu olduğunun anlaşılması ise 1900’lü yıllara rastlamaktadır. Joseph von Mering ve Oskar Minkowski tarafından

bulunan, Sir Frederick Grant Banting ve Charles Herbert Best tarafından geliştirilen bu buluş, diyabetin tedavi edilmesini sağlayan insülinin icadına sebebiyet vermiştir. (Polonsky, 2012). İnsülinin keşfi ile Banting'e henüz otuz iki yaşında iken, 1923 yılında Nobel Tıp Ödülü verilmiştir. Ayrıca 2007 yılında Birleşmiş Milletler, Banting'in doğum günü olan 14 Kasım tarihini "Dünya Diyabet Günü" olarak kabul ettiğini bildirmiştir (Garel, 2011). Her yılın bu gününde, Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Diyabet Fedarasyonu (IDF) tarafından, dünyada diyabet hastalığının azaltılması ve hastalıkla ilgili farkındalığın artması konusunda çeşitli çalışmalar gerçekleştirilmektedir (IDF, 2013).

Günümüzde insülinin icadı ve modern tıptaki gelişmelerle birlikte, diyabet hastalığının daha çağdaş yöntemlerle teşhis edilmesi, çok sayıda ve kullanımı kolay ilaçlarla tedavisinin sağlanması ve hastalığı önlemeye yönelik girişimlerin düzenlenmesi mümkün hale gelmiştir. Ancak diyabete yönelik yapılan tüm bu çalışmalara rağmen, özellikle son 30 yıldır, dünyada diyabet hastalığının dramatik bir şekilde arttığı gözlenmektedir. Bu nedenle hastalığın hala, insanoğlunun karşı karşıya kaldığı en yaygın ve en ciddi tıbbi sorunlardan biri olduğu düşünülmektedir (Polonsky, 2012).

2.1 Diyabetin Tanımı ve Tipleri

Diyabet, insülin salınımındaki veya üretilen insülin kullanımındaki yetmezlik sonucu ortaya çıkan kronik seyirli metabolik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bu metabolik hastalık, kandaki şeker düzeyinin sürekli yüksek olması temeline dayalı olarak teşhis edilen önemli bir sağlık sorunudur (Minet, 2010).

Diyabet, organizmanın aldığı besinlerdeki karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı durumlarda gelişen ve sürekli tıbbi bakım gerektiren bir endokrin hastalığıdır. İnsan vücudu enerji ihtiyacını, yiyeceklerdeki karbonhidrat, protein ve yağlardan sağlamaktadır. Bu besin öğeleri vücudun enerji ihtiyacını karşılamak üzere glikoza dönüşmekte ve kana karışmaktadır. Pankreas bezinin salgıladığı insülin

hormonunun görevi ise, kandaki glikozun hücre içerisine girmesini sağlayarak hücrelerin enerji ihtiyacını karşılamaktır. İnsülin hormonu vücutta yeterli düzeyde yapılamaz ise, glikoz kandan hücrelere aktarılamamakta ve kandaki şeker düzeyi yükselip, hiperglisemi olarak bilinen diyabet hastalığının oluşumuna sebebiyet vermektedir (Skarbek, 2006).

Görüldüğü üzere, diyabet hastalığının en önemli belirtisi, kandaki şeker düzeyinin artmasıdır. Hastalığın diğer belirtileri; polidipsi (çok su içme), poliuri (çok idrar yapma), polifaji (fazla yeme), kilo kaybı ve bulanık görmedir. Gelişim bozuklukları ve belirli enfeksiyonlara yakalanmada hassasiyet, çoğu zaman diyabet hastalığına eşlik eden sağlık sorunlarıdır. Bunun yanı sıra hiperglikozu kontrol edilmeyen vakalarda ketoasidoz belirtilerine rastlanmaktadır. Diyabetin uzun dönemde belirtileri ise, hastalığa özgü retinopati, nöropati, nefropati, ayak ülseri, cinsel işlev bozuklukları, serebrovasküler ve kardiyavasküler hastalıkların gelişmesidir. Ayrıca uzun dönem diyabetli hastalarda, hipertansiyon ve lipoprotein metabolizmasında bozukluklar da sıklıkla görülmektedir (ADA, 2011).

Yukarıda bahsedilen belirtilere sahip diyabet hastalığının, dört ayrı tipi bulunmaktadır. Bunlardan ilki genellikle genç yaşlarda görüldüğünden dolayı “juvenil diyabet” veya “insüline bağımlı diyabet” olarak adlandırılan Tip 1 diyabet olup, bağışıklık sisteminin genetik ve çevresel nedenlerle pankreastaki β (beta) hücrelerini zedelemesi neticesinde, mutlak insülin salınımı yokluğu veya eksikliği sonucunda gelişen diyabet çeşitidir (ADA, 2013). Tip 1 diyabetliler, tüm diyabetlilerin yaklaşık %5-10'unu oluşturmaktadır. Hastalığın çoğunlukla çocukluk çağı ve genç erişkin yaşlarda ortaya çıktığı bilinmektedir. Ketoasidoz koması ve hipoglisemi gibi akut komplikasyonların en sık görüldüğü diyabet tipidir. Tip 1 diyabet hastalığı, Addison hastalığı, Hashimoto troid, vitiligo, otoimmün hepatit gibi bağışıklık sistemi hastalıklarına yatkındırlar (ADA, 2011).

İkinci diyabet tipi; “insüline bağımlı olmayan” Tip 2 diyabettir. Tip 2 diyabette pankreasta insülin üretilmektedir ancak insüline karşı vücut direnç göstermekte ve bu nedenle insülini yeterli düzeyde kullanamamaktadır (ADA, 2013). Dünyada tüm diyabetlilerin yaklaşık %90-95’i Tip 2 diyabet hastasıdır. Bu diyabet tipinin tedavisinde β (beta) hücrelerinde bozulma olmadığı için çoğu zaman insüline gerek duyulmaz. Hastalık genellikle yaşlılarda, fiziksel aktivitesi az olanlarda ve obez bireylerde görülmektedir. Diyabet belirtilerinin hafif olduğu, ancak kronik komplikasyonların en sık rastlandığı diyabet tipidir (ADA, 2011).

Diyabetin üçüncü tipi, sadece gebelik esnasında ortaya çıkan ve doğumdan sonra belirtilerin kaybolduğu gestasyonel diyabettir (ADA, 2013). Gebelerin yaklaşık % 7’sinde gestasyonel diyabet görülmektedir (ADA, 2011). Hastalık genetik faktörlerden kaynaklanmakta ve özellikle gebeliğin 26-28 haftalarında ortaya çıkmaktadır. Gestasyonel diyabet takibi için hamileliğin 6-8 haftasında oral glikoz tolerans testi uygulanmakta ve 24-26. haftada test tekrar yapılmaktadır. Gestasyonel diyabete sahip olan hastalarda, 25 yıl içinde Tip 2 diyabet görülme riski fazladır ve bu nedenle hastalara riski azaltmaya yönelik olarak düzenli egzersiz önerilmektedir (Harris ve diğ., 2012).

Diyabetin son tipi ise diğer özel diyabet tipleri olarak adlandırılmaktadır ve ilaç ve kimyasal madde kullanımı (HIV tedavisi, organ transplantasyonu vs.), kistik fibrozis ve pankreatis gibi pankreas hastalıkları, endokrin hastalıkları, enfeksiyonlar ile genetik pankreas ve β (beta) hücre bozuklukları sonucunda oluşmaktadır (ADA, 2013).

Son yıllarda Hastalık Kontrol Ve Önleme Merkezi (Center of Disease Control and Prevention) tarafından prediyabetikte (gizli şeker), diyabet hastalığının beşinci tipi olarak gösterilmektedir. Prediyabetik, kandaki glikoz düzeyi normal sınırlardan biraz daha yüksek olan ancak diyabet hastalığı tipi olarak sınıflandırılmaya yetecek düzeyde glikoz seviyesine sahip olmayan hastalara verilen addır. Bu hastalık tipi özellikle ilerleyen safalarda Tip 2 diyabete, kalp hastalıkları ve inmeye sebebiyet verdiği için dolayı son derece önemlidir (CDC, 2009).

Hangi tip olursa olsun, diyabet hastalığının insan sağlığı üzerine olumsuz etkileri büyüktür. Örneğin diyabet hastalığına sahip aynı yaş grubundaki bireylerde diyabetli olmayan kişilere oranla inme gelişme riski iki kat, alt ekstremitte amputasyon riski on kat ve tüberküloz gelişme olasılığı ise üç kat daha fazla olduğundan dolayı (WHO, 2011). diyabet hastalığının yönetimi önemli bir konudur.

2.2. Dünyada Diyabet

Önceleri Batılı ülkelerin hastalığı olarak bilinen ve bu ülkelerde daha sık görülen diyabet hastalığı, artık günümüzde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için ciddi bir sorun haline gelmiştir. Genel olarak dünyada diyabet hastalığının yaygınlaşmasında; artan obezite oranları, fiziksel aktivitelerdeki azalmalar, kentleşme oranlarının artması ve beslenme şeklindeki değişikliklerin neden olduğu düşünülmektedir (Hu, 2011).

Uluslararası Diyabet Birliği verilerine göre, 2013 yılında dünyada 20-79 yaş arası nüfusta, büyük çoğunluğu 40-59 yaş aralığında yer alan 382 milyon kişi diyabet hastasıdır ve 2035 yılında bu rakamın 592 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Bölge bazında bakıldığında, diyabet hastalarının 138 milyonu Kuzey Pasifikte, 72 milyonu Güney Doğu Asya'da, 61 milyonu Amerika'da ve 56 milyonu Avrupa'da yaşamaktadır. Diyabetin en sık görüldüğü üç ülke ise Çin (98 milyon), Hindistan (65 milyon) ve Amerika Birleşik Devletleri'dir (24 milyon). Ancak bu konuda belki de en büyük sorun, diyabetli hastaların %80'inin daha çok gelişmekte olan ülkelerde yer almasıdır (IDF, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2008 yılında diyabet prevalansı, 25 yaş üstü yaş grubu için %10 olarak hesaplanmıştır (WHO, 2011;16). Dünya Sağlık Atlasında ise dünyada 2013 yılında, 20-79 yaş arasında diyabet hastalığı görülme sıklığı %8,3'tür ve 2030 yılında bu rakamın %10,1 olacağı düşünülmektedir. Bu atlasla göre dünyada en

fazla diyabet prevalansına sahip ülkeler ise sırasıyla Tokelau (%37,5), Mikronezya Federal Devleti (%35) ve Marşal Adaları'dır (%34,9) (IDF, 2013).

Küresel açıdan sadece diyabet hastalığı görülme sıklığı değil, aynı zamanda diyabetten dolayı ölümler de artmaktadır. 2013 yılında diyabet hastalığına bağlı ölümlerin sayısı 5,1 milyondur ve her 6 saniyede bir hasta diyabetten ve diyabet komplikasyonlarından dolayı hayatını kaybetmektedir (IDF, 2013). Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre de, dünyada ölümlerin %6'sı diyabetten dolayı gerçekleşmektedir. Ayrıca iskemik kalp hastalıklarından ölümlerin %22'si ve inmelerden ölümlerin %16'sı diyabetle ilişkilidir. 2030 yılında ise diyabetin başlıca ölüm nedenleri arasında yedinci sırada olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2009).

Maliyetler açısından bakıldığında, 2010 yılında diyabete ayrılan küresel sağlık harcaması 376 milyar dolardır ve 2030 yılında bu rakamın 490 milyar dolara çıkacağı tahmin edilmektedir. 2010 yılında tüm dünyada toplam sağlık harcamaları içinde diyabet için yapılan sağlık harcamaları toplamı ortalama %12'dir. Amerika (198 milyar), Almanya (28 milyar) ve Japonya (22 milyar) diyabet için en çok kaynak ayıran ülkeler arasında ilk üç sırada yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinin diyabete özgü sağlık harcamaları, dünyadaki toplam diyabet harcamalarının %52,7'sini oluşturmaktadır. Ancak en fazla risk grubunu oluşturan ve diyabet hastalarının yaklaşık %80'inin bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde, diyabet için harcanan finansal kaynaklar, dünyada harcanan kaynakların sadece %10'udur (Zhang ve diğ., 2010).

Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Diyabet Federasyonu, dünyada diyabet hastalığının görülme sıklığının fazlalığı ile ölümlerin ve maliyetlerin sürekli artması nedeniyle, özellikle düşük ve orta düzeyde gelişmişliğe sahip ülkelerde diyabeti azaltmaya ve tedavi etmeye yönelik çalışmalarda bulunmaktadır. Bu çalışmalar diyabet önleme kılavuzları oluşturmak, diyabet tanı ve bakım standartları ve normları geliştirmek, diyabet farkındalığını arttırmak, diyabet eğitim araçları hazırlamak ve diyabetin risk faktörleri konusunda araştırmalar yapmak gibi faaliyetleri kapsamaktadır (IDF, 2013).

2.3. Türkiye’de Diyabet

Türkiye’de hem demografik yapıdaki değişiklikler (artan yaşlı nüfus) hem de sosyo-ekonomik belirleyicilerdeki gelişimler nedeniyle kronik hastalıklar ve komplikasyonları, gelişmiş ülkelere benzer bir yapıda artmaktadır. Kronik hastalıklar içerisinde yer alan diyabet, küresel ölçekte olduğu gibi ülkemiz açısından da önemli bir sorundur ve ülkemizde de halen bilinen ve gizli olarak birçok kişinin diyabet hastalığından etkilendiği düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Dünya Sağlık Atlasının 2013 yılı tahminlerine göre, 20-79 yaş arası nüfusumuzda yedi milyon civarında diyabet hastası bulunmaktadır ve hastalığın prevalansı % 14,58 şeklinde hesaplanmıştır. Aynı tahminlerde dünyada ortalama diyabet sıklığı %8,3 iken, Avrupa ülkesinde ise %6,8’dir (IDF, 2013). Dünya Sağlık Örgütünün 2008 verilerine göre de, ülkemizde 25 yaş üzeri erkeklerin %10,1’inin kadınların %9,8’inin kan şekeri düzeyi normalin üzerindedir (WHO, 2013).

Ulusal verilere bakıldığında ise, Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması (TURDEP 1 ve TURDEP 2) sonuçlarına göre, erişkinlerde diyabet sıklığı, 2000 yılında %7,2 iken, 2010 yılında %13,7’ye ulaşmıştır. (Satman ve diğ., 2011). TEKHARF Çalışmasının 2009’da yayınlanan verilerine göre de, ülkemizde 35 yaş üstü nüfusta %11,3 oranında diyabet hastası olduğu, bunun da 3,3 milyon kişiye tekabül ettiği tahmin edilmiştir. (Onat, 2009). 2013 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan “Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması” sonuçları ise, ülkemizde 15 yaş üstü nüfusta diyabet sıklığının %8 oranında olduğunu göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Görüldüğü üzere ülkemizde diyabetin uluslararası standartlara oranla prevalansı oldukça yüksektir ve sürekli artan bir eğilime sahiptir. Türkiye’de diyabet hastalığı prevalansındaki bu artışların üç nedene dayandığı düşünülmektedir. Bunlardan ilki, Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanması neticesinde, sağlık sistemimizin iyileşmesi

ve sağlık hizmetlerine erişimin artması sonucunda, tanı konulan diyabetli hasta sayısındaki artıştır. Bir diğer neden, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya geçirilen Aile Hekimliği Sistemiyle, birinci basamak sağlık kurumlarında meydana gelen iyileşmelerin hastalığın teşhis edilmesini kolaylaştırmasıdır. Üçüncü neden ise, Türkiye’de obezite gibi yaşam tarzı ile ilgili risklerde meydana gelen artışların diyabet prevalansını yükseltmesidir (Tatar, 2013).

Türkiye’de diyabet hastalığı nedeniyle gelişen ölüm ve sakatlık verilerine bakıldığında, ölkemizde diyabetin, 2004 verilerine göre, ulusal düzeyde ilk on ölüm nedeni arasında %2,2’lik pay ile sekizinci sırada yer alan bir halk sağlığı problemi olduğu görölmektedir. Toplam sakatlık yükü verilerine göre de, ölkemizdeki sakatlıkların %2,3’ü diyabet nedeniyle oluşmaktadır ve sakatlık nedenleri arasında diyabet hastalığı 10. sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006).

Türkiye’de diyabet hastalığının ölüm ve hastalık yükündeki bu artışlarla birlikte, diyabet için yapılan harcamalar da artmaktadır. 2010 yılında ölkemizin toplam diyabet harcaması, 2,1 milyar dolar iken, 2030 yılında bu rakamın 3,7 milyar dolar olacağı tahmin edilmektedir. 2010 yılı diyabet harcaması toplam sağlık harcamaları içinde %11 iken, benzer öлке olarak kabul edilen Meksika’da 4,8 milyar ile %15, Brezilya’da ise 4,3 milyar ile %9’dur (Zhang ve diğer., 2010).

Ölkemizde diyabetin tahminlerin ötesinde bir artış kaydetmesi ile ölümlerin ve sakatlıkların ana nedenlerinden biri olması sebebiyle, Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında “Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı; Stratejik Plan ve Eylem Planı” alışmaları başlatılmıştır. Söz konusu program kapsamında, diyabet tanı, tedavi ve izlemi için ulusal kılavuzlar oluşturulması, diyabetten korunma, diyabet farkındalığı yaratma diyabet hastalarının eğitimi ve bakım kalitelerini artırmaya yönelik çeşitli çabalar gerçekleştirilmektedir. Tüm bu çabalar neticesinde ölkemizde diyabetin önlenmesi, risk faktörleri ile mücadele stratejileri geliştirilmesi, hastalarda diyabet

bakım kalitesinin yükseltilmesi ve diyabete bağlı ölümlerin ve sakatlıkların azaltılması hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.4. Diyabette Teşhis ve Tedavi

Diyabet hastalığının tedavisi, öncelikle teşhis aşaması ile başlamaktadır. Diyabet hastalığı 2500 yıldır idrarda şekerin varlığı ile tespit edilmektedir. Tıbbi gelişmelerle birlikte yaklaşık yüz yıldır ise, kandaki çeşitli şeker düzeyi ölçüm yöntemleri ile diyabet hastalığının tanısı konulabilmektedir. Hastadan kan alımı ile gerçekleştirilebilecek olan bu yöntemlerden ilki, klasik diyabet belirtilerinde alınan randomize plazma glikoz değeri testidir ve kandaki şeker değerin 200mg/dl'den yüksek olması durumunda kişinin diyabet olduğu kanısına varılmaktadır. Diğer yöntemler ise; açlık kan şeker değerin (fasting plasma glucose) ölçümü, oral glikoz tolerans testi (OGTT) ve Serum Hemoglobin Glikoz A1C (HbA1c) değerin ölçümüdür (Sacks, 2011).

Açlık kan şekeri ölçülmesi, en az 8 saatlik bir açlıktan sonra ölçülen kan şekeri değerin belirlenmesi esasına dayanmaktadır. Açlık kan glikoz değeri 126 mg/dl'yi geçtiği durumlarda diyabet tanısı konulabilmektedir (ADA, 2012). Oral glikoz tolerans testi, diyabet tanısının altın standardı olarak kabul edilmektedir. Testten önce üç gün boyunca 150 gramlık karbonhidrat diyeti uygulanmaktadır. Hasta 10-16 saat aç kaldıktan sonra açlık kan şekeri ölçümü için kan alınımından 10 dakika sonra hastaya suda 75gr glikoz içirilir. İki saat sonra hastadan yeniden kan değeri alınır ve kanda glikoz düzeyinin 200mg/dl'den fazla olması durumunda hastaya diyabet tanısı konulabilir. Serum Hemoglobin Glikoz A1C ölçümünde ise (HbA1C) hastanın aç kalmasına gerek yoktur ve alınan kan testi ile bu değere bakılır. Hastaların HbA1C değeri %7'den büyük ise hasta diyabet hastası olarak tanımlanmaktadır (Sacks, 2011).

Diyabet teşhis edildikten sonra, hastanın kan şekeri düzeyini normal sınırlar içerisinde tutmak, kısa veya uzun dönemde oluşabilecek sağlık sorunlarını önlemek ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla diyabet tedavisine başlanmaktadır. Tedavide geleneksel

farmakolojik tedavi yöntemleri ile hayat tarzını düzenleyici yöntemler kullanılmaktadır (Gomes-Villas Boas ve diğ., 2012).

Diyabette geleneksel farmakolojik tedavi yöntemleri ilaç kullanımınıdır. Diyabetlilerde ilaç tedavisi oral antidiyabetikler ve insülinle oluşur. Oral antidiyabetikler ve insülin, diyabet oluşumuna katkıda bulunan olayları düzeltmek ve hiperglisemiyi önlemek için geliştirilmiş ilaçlardır. Hayat tarzını düzenleyici yöntemler ise; beslenme tarzındaki değişimler, egzersiz uygulamaları, sigara ve alkol kullanımının bırakılması gibi risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik önerileri kapsamaktadır (Fabian ve diğ., 2011). Ancak tedavi yöntemleri diyabet hastalığının tipine göre değişiklik de gösterebilmektedir.

Tip 1 diyabetin tedavisinde, bağışıklık sistemi gerekli insülini üretmediğinden dolayı dışarıdan insülin alınımı şarttır. Tedavi, glikoz seviyesini kontrol için, hastaların hayat boyu günde 3-4 kez insülin iğnesi kullanmasını gerektirmektedir. Buna ek olarak hastanın karbonhidrat alımını hesaplaması ve insülin kullanımını aldığı karbonhidrata göre düzenlemesi, sağlıklı beslenmesi ve düzenli aktivite yapması önerilmektedir. Ayrıca hastanın tiroid hormonu bozuklukları, B 12 vitamin eksikliği ve Addison gibi otoimmün hastalıklar konusunda da sürekli kontrol edilmesi gerekmektedir.

Tip 2 diyabetin tedavisi ile ilgili olarak uygulanan genel yaklaşımda, önce hekim tarafından, beslenme alışkanlıklarında değişim, kilo verme ve fiziksel aktiviteleri artırma gibi farmakolojik olmayan yöntemler önerilmektedir. Ancak bu yöntemler kan şekerini düzenlemede yeterli olmazsa, oral ilaç tedavisine başlanmaktadır. Tip 2 diyabetli hastalarda, yaşam tarzı değişimleri sağlandığı ve oral antidiyabetik kullanıldığı halde, hala kan şeker düzeyi kontrol edilemiyorsa, son aşamada insülin tedavisine başlamak gerekmektedir (Phares, 2011).

Diyabet tedavisinde, diyabetin komplikasyonlarını önleme ve ertelemede en etkili yöntem, hastanın kan şeker düzeyinin sıklıkla izlenmesidir. Bu ise parmak-stik-kan

şekeri testi uygulayarak ya da serum glikoz hemoglobin düzeyini ölçerek gerçekleştirilmektedir. Parmak-stik-kan şekeri testi hasta tarafından günlük olarak yapılabilir ve hastanın kan şekeri düzeyine göre günde üç dört kez uygulanması önerilmektedir. Serum Hemoglobin Glikoz A1C düzeyi, uzun dönemli bir glikoz kontrol yöntemi olup, şeker düzeyi kontrol edilemeyen hastalarda üç ayda bir, şeker düzeyi kontrol altındaki hastalarda ise altı ayda bir hastanede kan alınıp laboratuarda test edilmesi suretiyle ölçülmektedir. Elde edilen değere göre hastanın önerilen yaşam tarzı ile ilaca uyumu değerlendirilmektedir (Phares, 2011).

Diyabet tedavisinde geleneksel yöntemlere ek olarak tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları da önerilmektedir. Fitoterapi olarak adlandırılan bitki ve baharatlarla tedavinin, diyabete iyi geldiğine dair bilimsel kanıtlar bulunmaktadır. Örneğin kimyonun hipoglisemik etkisi vardır (Fabian ve diğ., 2011). Bunun yanı sıra acı limon, biberiye, ginseng ve aleo vera diyabeti tedavi etmekte kullanılmaktadır. Ayrıca akapunktur, enerji terapileri ve hidroterapi de diyabet hastalığını iyileştirmede ve komplikasyonlarını önlemede faydalı olan diğer alternatif tedavi yöntemleri arasında sıralanabilmektedir (Dey, 2002).

3. TEDAVİYE UYUM VE UYUMSUZLUK

Diyabet hastalığını teşhiste ve tedavi etmede, yeterli ve etkin yöntemler olmasına rağmen, hastalar çoğunlukla tedaviye uyum sağlayamadıklarından dolayı, tedavinin optimal klinik faydalarından yararlanamaktadırlar (Asche ve diğ., 2011). Diyabet gibi kronik hastalıklarda tedaviye uyum sorunu, tedavinin başarısını engellemekle birlikte, hastalık sürecinin olumsuz yönde ilerlemesine, başka hastalıkların ve ölümlerin gelişmesine ve de hastalık maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Wood, 2012).

Tıbbi açıdan bu kadar önemli olan tedaviye uyum ve uyumsuzluk konusuna geçmeden önce, sağlık hizmetleri açısından uyum kelimesini tanımlamakta fayda bulunmaktadır. Sağlık bakım hizmetlerinde uyum (adherence) terimi; hastanın davranışlarının hekimin önerileri ile anlaşma içinde olma derecesidir. Hastanın değerleri, yaşam tarzı ve inançları ile hizmet sağlayıcının tıbbi tavsiye ve görüşlerinin örtüşmesi neticesinde ortaya çıkan, hasta ile hizmet sunucu arasındaki bir işbirliği yaklaşımıdır (Wood, 2012). Başka bir tanıma göre uyum; hastanın reçete edilen ilacı alması, önerilen diyeti uygulaması, alışkanlıklarını tedaviye göre uygun şekilde değiştirmesi (alkol ve sigarayı bırakma vs.) ve zamanında randevularına gelmesi gibi sağlık sunucuları tavsiyelerine bağlılığı ifade etmektedir (Touchette ve Shapiro, 2008). Görüldüğü üzere uyum; tedaviye uyum, diyet, egzersiz, önerilen yaşam tarzına ve randevulara uyum gibi uyum çeşitlerini kapsayan ve hekim-hasta işbirliği içinde gerçekleşen, hastadan beklenen davranışlar bütünüdür.

Diyete, egzersize ve önerilen yaşam tarzına uyum bir yana, hastalıkların yönetiminde hastanın önerilen tedaviye uyumu, teröpatik etkilerinin faydasının öneminden dolayı esas teşkil etmektedir (Ahmad ve diğ., 2013). Ancak tedaviye uyum (adherence), nadiren tedaviyi sürdürme (persistence) ve çoğunlukla da tedaviye itaat (compliance) terimleri ile karıştırılabilmektedir. Hatta bazı yazarların tedaviye uyumu nitelendirmede “itaat-compliance” kelimesini özellikle tercih ettiği, bazılarının ise “uyum-adherence” sözünü kullanmayı uygun bulduğu görülmektedir. Örneğin Feinstein (1990) “adherence”

kelimesini çok katı bulduğunu ve tedaviye uyumu açıklamada “compliance” terimini daha popüler bulduğundan dolayı benimsediğini belirtmiştir (Feinstein, 1990). Buna karşın Wood’a göre (2012) “itaat”, sağlık sunucularının otoritesi zoruyla gerçekleşmekte iken “uyum”, hasta ile hekim arasındaki bir işbirliği davranışdır ve teoride genel olarak bu kelime tercih edilmelidir (Wood, 2012). Aslında ilgili yazın incelendiğinde, 90’lı yıllara kadar yapılan çalışmalarda “itaat-compliance”, günümüzde ise “uyum-adherence” teriminin daha yaygın olarak kullanıldığı gözlemlenmektedir.

Söz konusu karmaşa nedeniyle, konuya hakimiyet açısından tedaviye uyumu tanımlamada, tüm bu kavramların birlikte ele alınmasında fayda vardır (Asche ve diğ., 2011). **Tedaviye itaat (compliance)**, hastanın tedavisini belirlenen dozda ve aralıkta kullanmaya ne ölçüde uygun davrandığı ile ilgilidir. Tedaviye itaatte hasta, hekim tarafından önerilen ilacı uygun dozda, uygun zamanda ve uygun görülen sıklıkta pasif bir şekilde takip etmeye çabalamaktadır (Cramer, 2008). **Tedaviyi sürdürme (persistence)**, önerilen uzun süreli ilaç tedavisinin, hasta tarafından uygun görülen süre boyunca devam edilmesi anlamına gelmektedir. Sürdürme, ilaçların tedavinin başlangıcından itibaren ve tedavi boyunca tedavinin kesintiye uğramadan alınması çabasıdır (Touchette ve Shapiro, 2008). **Tedaviye uyum (adherence)** ise, hastanın tedavisini reçetesinde yazıldığı şekilde eksiksiz, tam zamanında ve önerilen biçimde uygulaması (örn; günde iki kez) ile reçete edilen ilaçlarını almayı sürdürmesi ve önerilen zamandan önce bırakmaması anlamına gelmektedir (Ho ve diğ., 2009). Görüldüğü üzere tedaviye uyum (adherence) kavramı, bünyesinde hem tedaviye itaat (compliance) hem de tedaviyi sürdürme (persistence) terimlerini barındıran bir şemsiye gibidir (Asche ve diğ., 2011).

Tedaviye uyumun karşıtı olan uyumsuzluk durumu ise, sağlık hizmeti sunucuları tarafından “görünmez epidemik” şeklinde adlandırılmakta ve kronik hastalıklarda sık rastlanan en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak görülmektedir (Eze ve diğ., 2011). Tedaviye uyumsuzluk, hastanın davranışları ile sağlık hizmeti sunucuları tarafından önerilen tedavi ile ilgili tavsiyelerin bağdaşmaması durumu olarak

tanımlanmaktadır. Uyumsuzluk durumunda hasta, hekimi ile randevularına katılmamakta ya da geç katılmakta, uygun görülen davranışsal ve ilaçla ilgili önerileri yerine getirmemekte, verilen tedaviyi önerilen dozda veya sürede kullanmamakta ve tedavisini kendi isteğiyle sonlandırmaktadır (Jimmy ve Jose, 2011).

Uyumsuzluk konusunda yapılan araştırmalara bakıldığında, genellikle kronik hastalıklarda hastanın tedaviye uyumsuzluk durumunun yüksek olduğu ve bu oranının %20-80 arasında değiştiği gözlemlenmektedir (Jin ve diğ., 2008). Ancak uyum oranları hastalıktan hastalığa göre değişmektedir. Örneğin HIV, kanser, gastrointestinal sistem hastalıkları ve artirit hastalığında tedaviye uyum oranı yüksekken, pulmoner hastalıklar, diyabet ve uyku bozukluklarında tedaviye uyum oranı düşüktür (Van Dulmen, 2007).

Görüldüğü üzere bazı kronik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluğun ölüm ve yatağa bağlılık gibi yıkıcı sonuçları bulunmasına rağmen, uyumsuzluk düzeyi oldukça yüksektir. Ayrıca tıbbi tedaviye uyum başarısızlığı neticesinde, hastaların semptomlarını kontrol edememesi, günlük yaşam aktiviteleri sınırlanması, iş ve okul yaşamında kayıp günler ve gereksiz acil ziyaretleri meydana gelmektedir (Baiardini ve diğ., 2006). Tüm bunlar ise, boş yere zaman ve maliyet kaybına neden olduğundan, özellikle söz konusu kronik hastalıklarda tedaviye uyum konusuna daha hassas yaklaşmak gerekmektedir.

3.1 Tedaviye Uyumsuzluk Tipleri

Medikal tedaviye uyum sorunu, hem tıp hem de sosyal bilimciler için üzerinde en fazla çalışılan konulardan biri olmaya devam etmektedir. Konuyu açıklamak ve mevcut uyumsuzluğu iyileştirmeye yönelik her iki bilim alanında çeşitli çabalar ortaya konmaya çalışılsa da, teorik yetersizlikten dolayı, çabaların yarısından fazlası başarısızlığa uğramakta ve uyumsuzluk oranları neredeyse değişmeden aynı seviyede kalmaktadır (Van Dulmen ve diğ., 2007). Bu nedenle öncelikle alanda yapılacak her çalışmada tedaviye uyumsuzluğun neden kaynaklandığını belirlemek gerekmektedir.

Tedaviye uyum veya uyumsuzluk durumu, genellikle hastanın kendisine reçete edilen ilaca karşı gösterdiği istemli ya da istem dışı davranışları sonucunda oluşmaktadır. İstemli davranış, hastanın önerilen ilacı alıp almama konusunda kendisinin karar vermesi neticesinde gelişmektedir. Örneğin ilacın yan etkilerinin olması, bilgi eksikliği, kısa zamanda tedaviden fayda görmeme veya ilacı kullanmada güçlükler yaşama gibi nedenlerle hastanın ilaca ihtiyacının olmadığını algılaması sonucunda, hasta istemli olarak tedaviyi almaya devam etmeyecektir.

Tedaviye uyumu engelleyen istem dışı davranışta ise, hasta ilacını hekimin önerdiği şekilde almayı planlamaktadır. Ancak unutkanlık, ilacın piyasada bulunmaması ve ilaca erişememek gibi nedenlerle, ilaca uyumsuzluk durumu gerçekleşmektedir. Ayrıca kişinin ilaçla ilgili özellikleri ve ilacın kullanımını konusundaki verilen bilgileri anlamaması ya da yanlış anlaması da, hastanın istemsiz olarak ilaca uyumunu etkilemektedir (Unni, 2008).

Tedaviye uyumsuzluk çeşitli yollarla kendini gösterebilmektedir. Konu üzerinde yapılan çalışmalarda, tedaviye uyumsuzluk tiplerinin genellikle üç şekilde sınıflandırıldığı görülmektedir. Bunlardan ilki (nonfullfilment); hastanın hekim reçete ettiği halde ilacı almaması durumunda ortaya çıkmaktadır (Jimmy ve Jose, 2011). Birincil uyumsuzluk olarak ifade edilebilen bu durumda, hekim hastanın tedavisi hakkında önerilerde bulunmaktadır ancak hasta önerilen tedaviyi reddetmektedir. Ayrıca hekimin hastaya yeni tedavi önerdiği halde, hastanın eski ilacına devam etmesi de birincil uyumsuzlukta ortaya çıkmaktadır (Gellad ve diğ., 2009).

Tedaviye uyumsuzluğun ikinci tipi, hastanın ilaç alımına dirençsizlik (nonpersistence) göstermesidir. Dirençsizlik tipinde, hasta önce ilacı kullanmaya başlamakta ancak bir süre sonra ilacının almayı sürdürmemektedir. Bu durum genellikle hekim hasta arasındaki yanlış iletişim sonucunda istemli olarak oluşabileceği gibi, sağlık kurumuna ve ilaca erişememe gibi istemsiz nedenlerden de kaynaklanabilmektedir (Jimmy ve Jose,

2011). Yapılan araştırmalarda çoğu kronik hastanın ilaç alımını genellikle, hiçbir sağlık çalışanına danışmadan, altı ay sonra bıraktığı gözlenmektedir. (Gellad ve diğ., 2009).

Tedaviye uyumsuzluğun son tipi ise, onaylamamak (nonconforming) şeklinde adlandırılmakta olup, hastanın ilacını çeşitli şekillerde reçetede yazılan şekilde almaması durumunda ortaya çıkmaktadır. Hastanın hekim tarafından reçete edilen ilaçların tamamının almaması, yanlış dozda ya da yanlış zamanda ilaç alınması, ilaç alımının arttırılması veya azaltılması gibi faktörlerle uyumsuzluğun ortaya çıktığı gözlemlenmektedir (Gellad ve diğ., 2009).

Tüm bu tiplerin yanı sıra, son yıllarda tedaviye uyumsuzluk konusunda sıkça gündeme gelen iki önemli terim bulunmaktadır; ilaç tatili (drug holidays) ve beyaz keçi uyumu (white-coat compliance). İlaç tatili, hastanın ilaç alımını tedavide iken bir ara bırakması ve daha sonra yeniden başlaması anlamına gelmektedir. Beyaz keçi uyumu ise, hastanın tedaviye sadece sağlık kuruluşuna başvuracağı dönemlerde uyması, diğer zamanlarda tedavisini aksatması şeklinde kendini göstermektedir. Ayrıca hastanın sağlık kuruluşuna gitmeyi ertelemesi, hekim visitlerine katılmaması ve hekim talimatlarına uymaması da, tedaviye uyumsuzluk nedenleri arasında sıralanmaktadır (Jin ve diğ., 2008).

Sebepler ne olursa olsun, hastanın tedaviye uyumunun nedeni belirlendikten sonra uyumun sağlanması ve arttırılması, maliyetler, hastalık yükü ve kişinin başkasına bağımlı olmadan yaşaması anlamında önemlidir. Bu nedenle özellikle kronik hastalığa sahip hastaların tedaviye uyumunun iyileştirilmesi için, sağlık hizmeti sunucuları tarafından çeşitli müdahalelerin yapılması uygundur. Bu müdahaleler hastalara yazılı ya da sözlü bilgilendirmenin daha fazla yapılması, hasta ile iletişimin arttırılması, telefon ya da bilgisayar yardımı ile hasta izlemlerinin yapılması, hastanın tedaviye katılımının sağlanması, kan şeker düzeyini kendisinin ölçmesinin öğretilmesi, kan şekerini ölçmede kullanılan malzemelerin geri ödemesinde kolaylık sağlanması gibidir (Unni, 2008).

Tedaviye uyumu arttırmaya yönelik tüm bu stratejilerin tek tek değil, iki ya da daha fazlasının bir arada kullanılmasının daha uygun olacağı önerilmektedir. Ancak iyileştirme yöntemleri ne kadar uygulanırsa uygulansın, hastanın tedaviye uyumu %4 ila %11 arasında artmaktadır. Bu nedenle tedaviye uyumu arttırmada, tedaviye uyumsuzluğu etkileyen faktörler de iyileştirme yöntemleri ile birlikte çok boyutlu olarak ele alınmalıdır (Peterson ve diğ. 2003).

3.2. Tedaviye Uyumu Belirleme Yöntemleri

Tedavinin başarısında kuşkusuz en önemli etken, hastanın ilaca uyumu olduğundan dolayı son 30 yıldır, tedaviye uyumu ölçme ve belirlemeye yönelik çok sayıda araştırma yapılmaktadır. Ancak halen tedaviye uyumun belirlenmesi konusunda bir çok yöntem olmasına rağmen, altın bir standart bulunmamaktadır (Vermeire ve diğ., 2009).

Tedaviye uyumu ölçmeye yönelik metodlar genel olarak doğrudan ve dolaylı yöntemler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Jimmy ve Jose, 2011). Doğrudan yöntemler; hastanın gözlemlenmesi, kandaki ilaç seviyesinin ölçümü ve biyolojik ölçümleri içermektedir. Doğrudan yöntemler, dolaylı yöntemlere göre daha güvenilir kabul edilmektedir. Ancak doğrudan ölçümlerin bir takım sınırlamaları bulunmaktadır. Örneğin, hastaların gözlemlendiği esnada hapi alır gibi gösterip ağzında gizleyip gizlemediği ve daha sonra atıp atmadığı takip edilemeyebilir. Ya da metabolizmada oluşabilen değişimler serum seviyelerini etkileyebilir ve bu ilaç etkisi şeklinde değerlendirilebilir. Bu nedenle doğrudan yöntemler rutin klinik kullanım için pratik değildir (Ho ve diğ., 2009).

Tedaviyi değerlendirmede kullanılan dolaylı yöntemler ise hasta anketleri, ilaç sayımı, eczane kayıtları ve ilaç istemleri, elektronik ilaç izlemleri, hasta günlükleri ve hasta yakını ile görüşmeleri içermektedir. Bu yöntemler içinde en çok kullanılanı hasta anketleridir. Anketlerin, ilaç sayma veya biyolojik tahliller gibi diğer yöntemler ile karşılaştırıldığında, tedaviye uyumu daha doğru bir şekilde incelediği bulunmuştur. Bu

durum herhangi bir başka tekniğe göre anketlerin daha hassas olması ve özgünlük içermesinden dolayıdır (Ahmad ve diğ., 2013).

İlaç sayımı, araştırmacılar ve sağlık sunucuları tarafından hastanın ilaç şişe ya da ampuller içinde kalan ilaç sayısına bakarak kullanılan ilaçları hesaplamaya dayanan, tedaviye uyumu belirlemede yaygın olarak başvuru olan diğer bir yöntemdir. Bu yöntem basit ve kullanışlı olsa da, hastalar arası ilaç alış verişini ve hekim ziyaretleri yaklaştığında hastaların kullanmadığı ilaçlar atmasını öngörememe gibi bir takım dezavantajları bulunmaktadır (Jimmy ve Jose, 2011).

Eczane kayıtları ve eczaneden reçete istemleri, çoğu zaman hali hazırda eczanede mevcut olan verilerdir ve ilaç uyumunu değerlendirmede "ekonomik bir yaklaşım" olarak görülmektedir. Bu nedenle ilaca uyumu ölçmek için sık kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemin güvenilirliği ve geçerliliği ise, kayıtlarda yer alan verilerin tam olması ve doğruluğu bağlıdır. Ancak hasta eczaneden ilacı alsa bile kullanmayabileceğinden dolayı, eczane kayıtları ve ilaç istemlerine ait veriler ilaca uyumu tam olarak ölçemeyebilir (Unni, 2008).

Elektronik kayıt izlemleri, ilaç kutularını ve şişelerinin kullanılmaya başlama zamanı ile ilacın dağıtımını kaydedebilme ve damgalama özelliğinden dolayı tedaviye uyum konusunda fikir verebilmektedir. Bu yöntemin dezavantajı ise ilacın yanlış miktarda, yanlış dozda ve zamanda alınıp alınmadığını kontrol edememesidir. Söz konusu nedenle tedaviye uyumu yanlış olarak değerlendirebilmektedir (Masokoane, 2009).

Hasta yakını ile görüşmeler ve hasta günlüklerine bakmak, özellikle çocuklarda ve gençlerde kullanılan bir yöntemdir. Bu yaş grubunun değerlendirilmesinde, okul hemşiresi ve öğretmen gibi çocuk hakkında bilgi verebilecek diğer kişilerin fikirleri de alınabilmektedir. Hasta yakınlarını sorgulama diğer yöntemlere oranla nispeten daha kolaydır. Ancak kişiler yanlış beyanda bulunursa, hasta uyumu daha yüksek olarak görülebilir (Jimmy ve Jose, 2011).

Görüldüğü üzere, ilaca uyumu değerlendirmede birden fazla yöntem mevcuttur ve her bir yöntemin farklı avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Bu nedenle kullanılan ölçüm yönteminin, araştırmacı tarafından yapılan çalışmaya göre farklılaşması beklenmektedir. Örneğin, ilaç sayımı ve eczane kayıtları ilaca uyumsuzluk oranlarını ölçmede daha uygunken, anketler uyumsuzluk nedenlerini belirlemede daha kullanışlı yöntemlerdir (Unni, 2008). Kısacası ölçüm yönteminin seçimi, daha çok çalışmanın sorusuna ve amacına bağlı olarak değişebilmektedir.

3.3 Diyabette Tedaviye Uyum

Son yıllarda diyabet tedavisi için çok sayıda kullanımı kolay ve etkili ilaçlar geliştirilmesine rağmen, diyabet hastalarında ilaca uyum düzeyinin düşük olması nedeniyle, klinik sonuçların etkinliği sınırlı kalmaktadır (Mann ve diğ., 2009). Diyabet hastalığı olan bir hastanın genellikle diyabete eşlik eden diğer hastalıkları da bulunmaktadır. Bu nedenle hastanın hem glisemik hedeflere ve diğer hastalıklarla ilgili klinik hedeflere ulaşması için, çok sayıda ilaç kullanması gerekmektedir. Nihai hedefi hastanın iyiliğini sağlamak olan söz konusu bu kompleks rejime uyum, diyabet hastaları için bir sorun teşkil etmektedir (Ahmad, 2013).

Genellikle kronik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluk, ilacın yan etkilerinin olması neticesinde ilacı bırakma ya da ilacın hastalığı iyileştirmede ve hastalık semptomlarını azaltmada etkili olmadığı düşüncesiyle gelişmektedir. Diyabette ise ilaca uyumsuzluk çoğunlukla belirtiler mevcut olmadığı zaman, ilacı kullanmaya gerek olmadığı düşüncesiyle gerçekleşmektedir (Gimenes ve diğ., 2009).

Diyabetli hastalarda tedaviye uyumsuzluk, yaygın olarak görülen bir durumdur. DiMatteo (2004a) 1948 ve 1998 yılları arasında, elli yıl boyunca tedaviye uyum konusunda yapılan çalışmaları incelediği araştırmasında da, diğer hastalıklara oranla diyabette tedaviye uyumun en düşük olduğunu ortaya koymuştur (DiMatteo, 2004a).

Tedaviye uyumsuzluğun bu hastalık tipinde genel olarak farklı ülkelerde %20-%60 arasında değişmektedir. Örneğin Newyork'ta %28 (Mann ve diğ. 2009), Uganda'da %28,9 (Kalyango ve diğ., 2008), Nijerya'da %59 (Yusuff ve diğ., 2008), Güney Brezilya'da %27,1 (Gimenes ve diğ., 2009) ve Meksika'da %36'dır (Kuo ve diğ, 2003).

Nitekim ülkemizde de 2003 yılında gerçekleştirilen Ulusal Hanehalkı Araştırmasına göre, çalışmaya katılanların %4,75'ine hayatının herhangi bir döneminde bir hekim tarafından diyabet tanısı konulduğu ve %4,50'sinin diyabet tedavisi aldığı saptanmıştır. Ayrıca araştırmada diyabetik bireylerin %3,24'ünün son iki hafta içinde insülin ya da başka bir kan şekeri düşürücü ilacı kullandıkları belirlenmiştir. Yani diyabet hastalarının sadece %68'i ilaç kullanmaya devam etmektedirler (Sağlık Bakanlığı, 2006).

Bilindiği üzere tedaviye uyum, hastanın önerilen tedaviye ve ilaca bağlılık davranışıdır. Ancak hangi hastanın tedaviye uyum sağlayıp hangi hastanın uyum sağlamayacağını önceden tahmin etmek pek mümkün değildir. Ayrıca hekimler, tedaviye uyum sağlamayan hastaların ilaç dozunu arttırarak ya da ilacını değiştirerek müdahale etmektedir ve yeni ilaçların yan etkilerinden dolayı, hastanın sağlığı daha da kötüleşebilmektedir (Zaidi, 2010). Söz konusu nedenlerle herhangi bir müdahaleden önce, hastanın tedaviye uyumsuzluğunu nelerin etkilediğinin belirlenmesi gerekmektedir

4. DİYABETTE TEDAVİYE UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Diyabet gibi kronik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluk prevalansındaki ve maliyetlerindeki artışlarla birlikte, hastanın tedaviye uyumunu iyileştirme konusunda yapılan çalışmalar önem kazanmıştır. Özellikle tedaviye uyum düzeyini nelerin etkilediğinin belirlenmesine yönelik çalışmalar, tedaviye uyumu arttırıcı müdahaleler gerçekleştirilmesinde yol gösterici niteliktedir. Ayrıca bu tip çalışmalar neticesinde yapılan müdahalelerin, tedaviye uyumu arttırmada bilimsel ve teknolojik yeniliklerden çok daha fazla etkisi bulunmaktadır (Haynes ve diğ, 2008).

Tedaviye uyum problemi diyabetli hastalarda sık görülen bir sorundur ve glisemik kontrolü sağlamayı güçleştirmektedir. Şayet diyabet yönetim hedeflerine başarıyla ulaşılmak isteniyorsa, süreç içerisinde mutlaka hekimin ve diğer sağlık çalışanlarının, hastanın tedaviye uyumunu etkileyen tüm faktör ve durumların incelenmesi gerekmektedir (Uchenna ve diğ., 2010).

Hastanın tedaviye uyumunu etkileyen nedenler 1950'li yıllardan beri incelenemekte olup, yapılan araştırmalarda iki yüzden fazla faktörün hastanın tedaviye uyumunu etkilediği saptanmıştır. Söz konusu etmenlerin çok sayıda olması araştırmacıları, konuya hâkim olmak açısından tüm bu faktörleri kategorize etmeye yöneltmiştir (Levesque ve diğ., 2012).

Bazı çalışmalarda bu faktörler; hasta özellikleri (sosyo-demografik ve kişilik özellikleri), bilişsel özellikler (Sağlık İnanç Modeli, Planlı Davranış Teorisi vs.) ve kişilerarası özellikler (hekim-hasta ilişkileri) olmak üzere üçe ayrılmıştır (Lehane ve McCarthy, 2007; Levesque ve diğ., 2012). Bazı çalışmalarda ise hasta ile ilgili faktörler (hasta bilgisi, tutumu ve inancı), tedaviyle ilgili faktörler (tedavinin süresi, karmaşıklığı vs.), yaşam şekli ile ilgili faktörler (meslek, yaşam yeri vs.), sosyo-demografik faktörler (yaş,

cinsiyet eğitim vs.) ve psiko-sosyal faktörler (depresyon, anksiyete vs.) olmak üzere beşe ayrılmıştır (Rosner, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü ise tedaviye uyumu etkileyen faktörleri beş ana başlık altında incelemiştir. Bu başlıklar (WHO, 2003);

- Sağlık sistemi ve sağlık personeli ile ilgili faktörler,
- Sosyal ve ekonomik faktörler,
- Tedavi ile ilgili faktörler,
- Hastalık ile ilgili faktörler,
- Hasta ile ilgili faktörler,

Bu çalışmada da, diyabet hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörler, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sınıflandırmaya uygun olarak açıklanmaya çalışılmıştır.

4.1. Sağlık Sistemi ve Sağlık Personeli ile İlgili Faktörler

Tedaviye uyuma etki eden sağlık sistemi ile ilgili faktörler; sağlık sigorta planının varlığı, ilaç dağıtım kanallarının etkin olarak işlemesi, geri ödeme yöntemleri için etkili bir sağlık finansman sisteminin olmasıdır (WHO,2003). Sağlık hizmetlerine erişimde eksiklik, klinik ziyaretlerde uzun bekleme sürelerinin olması, reçetelerin alınmasındaki erişimsel zorlukların varlığı da, tedaviye uyumu etkileyen sistem ile ilgili diğer faktörler arasında sıralanabilmektedir (Jin ve diğ., 2008).

Sağlık personeli ile ilgili faktörler ise, sağlık personellerinin hastalık hakkındaki bilgisinin ve eğitimlerinin yeterli olması, hastalara davranışları ve hasta ile olan iletişimleridir. Hekimlerin hastalık konusunda hastalarını cesaretlendirmesi ve ilaç kullanmaya teşvik etmesi, hastanın tedaviye uyumunu arttırmaktadır. Ayrıca hastaya,

ilacın kullanım şekli, ilacın faydaları ve yan etkileri hakkında bilgi vermesi de, hastanın tedaviye uyumunu olumlu yönde etkilemektedir (Kalogianni, 2011).

Diyabet hastaların tedaviye uyumlarını etkileyen sağlık sistemi ve sağlık çalışanı ile ilgili faktörlerle ilgili yapılan çalışmaların, diğer etmenlere oranla, nispeten daha az olduğu dikkati çekmektedir (WHO,2003). Tiv ve diğ. (2012) Fransa’da Tip 2 diyabet hastaları üzerinden gerçekleştirdikleri araştırmada, diyabet hastalarının reçetenin alınmasındaki zorluklar ile sağlık hizmetine yetersiz erişimin tedaviye uyumunu etkileyen sağlık sistemi ile ilgili faktörler olduğunu bulmuşlardır. Çalışmada ayrıca sağlık çalışanı ile ilgili faktörlerden, hasta hekim ilişkisinde kararları sadece hastanın vermesi, hastaya tedavi hakkında tam bir bilgilendirilmemesi ve uzman hekim tarafından hastanın takip edilmesinin, tedaviye uyumu azalttığı sonucuna ulaşmışlardır. Kuo ve diğ. (2003) tarafından Meksika’da 908 diyabet hastası ile yaptıkları yedi yıllık kohort çalışmasında, hastaların Medicare ve Medicaid ile özel sağlık sigortasındaki eksikliğin tedaviye uyumlarını etkilediği gözlemlenmiştir. Fredrick ve Justin-Temu da, Afrika’da 2012 yılında gerçekleştirdikleri çalışmada, sistem ile ilgili etmenler arasında yer alan kliniğe erişmek için gerçekleştirilen seyahat süresinin uzunluğunun, diyabet hastalarının tedaviye uyumunu azalttığını belirtmişlerdir.

Ülkemizde de Taşkın (2006) tarafından üniversite ve bir devlet hastanesinin diyabet polikliniğinde takip edilen 29 hasta üzerinde yapılan kalitatif bir araştırmada, hastaların devletin sağlık hizmetine ulaşma güçlükleri, hastaları özel sağlık hizmetlerinden yararlanmaya yöneltmekte, ancak hastalar bunun maliyetini karşılayamamakta ve tedaviye uyum sağlayamamaktadırlar.

4.2. Sosyal ve Ekonomik Faktörler

Tedaviye uyumu ya da uyumsuzluğu etkileyen sosyal faktörler, hastanın ailesinden ve arkadaşlarından aldığı sosyal desteği içermekte iken, ekonomik faktörler tedavinin maliyetini karşılama gücü ile ilintilidir. Kişinin gelir durumu iyiye ya da tedavi

maliyetlerini karşılayacağı bir sağlık sigortası mevcutsa ve çevresinden aldığı manevi destek güçlü ise tedavisine daha fazla uyum gösterebilecektir (Jin ve diğ., 2008).

Sosyal desteğin tedaviye uyumu etkilemesi, hastanın daha fazla sosyal ağa sahip olmasından dolayı hastalık ve tedavisi hakkında bilgisini kolaylıkla arttırabilmesi ve daha kolay iletişim kurabilmeleri nedeniyle oluşmaktadır (Brown ve diğ. 2004). Diyabetli hastalarda sosyal desteğin tedaviye uyuma etkisine yönelik Nicklett ve Liang (2010) tarafından 60 yaş ve üstü diyabet hastalarında yapılan çalışmada, sosyal desteğin tedaviye uyum düzeyini %59 arttırdığı sonucuna erişilmiştir. Gomes-Villas Boas ve diğ. (2012) tarafından Brezilya’da yapılan araştırmada da, tip 2 diyabete sahip hastalarda, sosyal desteği güçlü olanların olmayanlara oranla daha fazla tedaviye bağlılık davranışı gösterdiği bulunmuştur. Akın tarafından 2011 yılında gerçekleştirilen tez çalışmasında da, aileden alınan sosyal desteği yüksek diyabetik hastalarda, tedaviye uyumun daha iyi ve komplikasyon yaşama oranlarının da daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Ekonomik faktörlerle ilgili olarak, Abula ve Worku’nun Etiyopya’da 2001 yılında 600 hasta ile yürüttükleri çalışmalarında, diyabetik hastaların %42’sinin tedavi uyum sağlamadığı ve nedene inidiğinde, bu hastaların üçte ikisinde ilaç almak için maddi yeterliliğe sahip olmadığı görülmüştür. Oral ve diğ. tarafından 2002 yılında 50 diyabet hastası ve 50 iç hastalıkları uzmanı ile yapılan çalışmada da, hekimlere göre, hastaların tedaviyi kesme ve uyum göstermeme nedenlerinin genellikle ekonomik sebeplerden dolayı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.3. Tedavi ile İlgili Faktörler

Tedaviye uyumu etkileyen bir diğer faktör hastalığın tedavisi ile alakalıdır. Tedavi ile ilgili faktörler; tedavi rejiminin karmaşıklığı, alınan ilacın sayısı ve cinsi, ile tedavinin yan etkileri şeklinde sıralanabilir. Tedaviye bağlılıkta maksimum etkiye ulaşmak için, hastanın tedavisi ile ilgili yaşayabileceği sorunların bu etmenler açısından da değerlendirilmesi gerekmektedir (Jin ve diğ., 2008).

Diyabetli hastalarda tedavinin karmaşıklığı ve ilaç sayısı ile ilgili olarak yapılan araştırmalar, karmaşık bir rejimi takip eden hastalarda tedaviye uyum oranlarının düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Örneğin Teklay ve diğ. (2013) tarafından Etiyopya’da yapılan çalışmada, diyabet tedavisinin karmaşıklığının, hastaların tedaviye uyumunun üç kat azalttığı bulgusu elde edilmiştir. Voorman ve diğ. tarafından 2011 yılında Hollanda’da 11,268 Tip 2 diyabetli hasta ile yapılan araştırma da, glikozu düzenleyici ilaçların dozunun artırılmasının ve tedaviye ilaç eklenmesinin, hastaların ilaca uyum düzenlerini azattığı sonucuna ulaşmışlardır. Grant ve diğ. (2003) tarafından 128 adet Tip 2 diyabetikte gerçekleştirdiği çalışmada ise araştırmacılar, ilaç sayısı ve tedavi karmaşıklığının tedaviye uyumla ilişkili olmadığı, ancak üçten fazla ilaç kullananların sadece tek bir ilaca uyum gösterdiği bulgulanmıştır.

Diyabetik hastalarda tedaviye uyumu etkileyen bir diğer faktör, ilacın yan etkileridir. Hauber ve diğ. (2009) tarafından İngiltere’de ve Amerika’da yaşayan 407 diyabet hastası üzerinde yapılan çalışma da, ilacın yan etkisinin tedaviye uyumu, yan etki riskinin olmasının ise ilaç kullanma tercihini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Fredrick ve Justin-Temu Afrika’da 2012 yılında gerçekleştirdikleri çalışma da, özellikle tıbbi yan etkilerin diyabetik ilaç kullanımı etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu sonucuna ulaşmıştır. Benzer şekilde Teklay ve diğ. de (2013) yaptıkları araştırmada, ilacın yan etkisinin, hastaların tedaviye uyumu üç kat azalttığını bulmuşlardır. Kısacası ilacın yan etkileri arttıkça tedaviye uyum güçleşmektedir.

4.4. Hastalık ile İlgili Faktörler

Tedaviye uyumu etkileyen dördüncü etmen hastalığın durumu ile ilgili faktörler olarak sınıflandırılmakta ve bu grupta hastalığın tipi, şiddeti ve süresi, seyri ile başka hastalıklarla bir arada bulunması durumu yer almaktadır. Ayrıca hastalığın belirtilerinin varlığı ya da yokluğu da, hastanın tedavisini düzenli olarak kullanmasını etkileyen önemli bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır (Jin ve diğ., 2008).

Hastalık tipi, hastanın tedaviye uyumunu farklılaştırabilmektedir. Bazı araştırmalara göre, Tip 1 diyabet hastalarında tedaviye uyum düzeyi Tip 2 diyabet hastalarına oranla daha iyidir (Delameter, 2006). Örneğin Peyrot ve diğ. (2005) tarafından 11 farklı ülkede yapılan bir araştırmada, Tip 1 diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyleri %83 iken Tip 2 diyabet hastalarında bu durumun %78 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak Ruggiero ve diğ. (1993) tarafından diyabetli kadınlar arasında yapılan çalışmada ise, Tip 1 diyabetlilerin diyet, tedaviye ve glikoz ölçümüne daha az uyum gösterdiği bulunmuştur.

Hastalıkla ilgili bir diğer faktör ise hastalığın şiddetidir ve sresidir. Hastanın hastalığı ile ilgili belirtilerinin yok olması durumunda, hasta genellikle ilaç kullanmamakta ve tedaviye uyumu azalmaktadır ve hastalığın şiddeti arttıķa, hastanın tedavisine daha fazla uyum göstermesi beklenmektedir (Kalogianni, 2011). Gimenes ve diğ. (2009) tarafından yapılan araştırmada, glikoz seviyesi yüksek olan hastaların, düşük olanlara oranla tedaviye daha iyi uyum sağladığını bulmuştur. Bu alışmada HbA1C seviyesi 7'den büyük olan, yani hastalığın şiddeti daha fazla olan hastalarda tedaviye uyum daha fazladır. Çalışmada ayrıca hastalık süresi beş yıldan az olanlarda tedaviye uyum %80 iken, beş yıldan uzun süredir dibate hastalığı olanlarda %77,4 şeklinde bulunmuştur. Mann ve diğ. de (2009) Amerika'da 151 diyabetli ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında, diyabet semptomları az olan ve diyabetin sonuçlarından minimal zarar gören hastaların, tedaviye uyumlarının da azattığını belirtmişlerdir.

Diğer hastalıkların mevcutiyeti, kullanılan ilaç sayısı arttırdığından dolayı, tedaviye uyumu azaltmaktadır (Ahmad, 2013). Diğer hastalıkların diyabette tedaviye uyumunu Mısır'da 339 diyabet hastası ile değerlendiren Attyia ve diğ. (2013) göre; diyabette başka hastalığın varlığı, diyabet tedavisini uyumu önemli ölçüde etkilemektedir. Galveia ve diğ. (2012) tarafından Portekiz'de yaşayan 252 diyabetik ile yaptıkları çalışmada da, diyabette dolaylı oluşan komplikasyonlarının varlığının, diyabetle ilgili olmayan diğer

hastalıklarının oluşumunun ve hastanın geçmişte akıl ve ruh hastalığı olma hikâyesinin diyabet hastalığı tedavisine uyumunu olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşmışlardır.

4.5. Hasta ile İlgili Faktörler

Tıp biliminin geçerli en eski ve önemli ilkelerinden biri “hastalık yoktur, hasta vardır” ilkesidir. Söz konusu ilkeyle sağlığı ve etkili tıp uygulamalarını açıklamaya çalışan biopsikososyal model; hastaların tedavi sürecinde, biopsikososyal özellikleriyle de değerlendirmesi gerektiğini esas almaktadır. Modele göre; aynı hastalığa sahip hastaların duygusal yapıları, yaşam amaçları, hastalık karşısında davranışları ve sosyal çevreleri farklılaşmakta ve bu farklılıklar hastalığın biyokimyasal ve morfolojik açıdan değişimler göstermesine neden olmaktadır. Kısacası biopsikososyal model; hastalığı tedavi etme sürecinde hastalığın yanı sıra, hastanın demografik, psikolojik, davranışsal ve sosyal özellikleri gibi hasta ile ilgili faktörlerin ele alınması gerektiğini savunmaktadır (Zolnierek ve DiMatteo, 2009).

Bu modelden yola çıkarak, tedaviye uyumsuzluğa sebebiyet veren hasta ile ilgili etmenler; demografik faktörler, psikososyal faktörler, hasta hekim ilişkisi, sağlık okuryazarlığı ve diğer faktörler şeklinde sıralanabilir. Tedaviye uyumsuzluğu etkileyen hasta yönlü diğer faktörler ise; hastanın hastalığı konusundaki bilgisi, fiziksel engelleri, unutkanlığı ile sigara ve alkol kullanımınıdır (Jin ve diğ., 2008).

4.5.1 Demografik Faktörler

Hasta ile ilgili demografik faktörler; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum ve gelir olarak sıralanabilir (Jin ve diğ., 2008). Ancak bu faktörlerin tedaviye uyumu konusunda yapılan çalışmalarda genellikle tutarsız sonuçlara ulaşılmıştır. Bu durumun ise farklı çalışma dizaynları ve örneklem popülasyonunda varyasyonlar nedeni ile oluştuğu düşünülmektedir (Mann ve diğ., 2009).

Yaşla ilgili olarak, yaş arttıkça tedaviye uyumun azaldığı konusunda çalışmalar bulunmaktadır. Attyia ve diğ.'nin 2013 yılında Mısır'da 339 diyabet hastası ile yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre, genç hastalar yaşlılara oranla çok daha fazla tedaviye uyum göstermektedir. Galveia ve diğ. (2012) de, Portekiz'de yaşayan diyabet hastalarında tedaviye uyumun yaş ile alakalı olduğunu ve yaş arttıkça tedaviye uyumun azaldığını tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Jansiraninatarajan (2013) da, Hindistan'da diyabetiklerle yaptığı kalitatif çalışmasında, 35-40 yaş arasındaki tedaviye uyumunun daha fazla olduğunu ve bu durumun söz konusu yaş grubunun düzenli olarak ilaçları almada maddi açıdan sorun yaşamadıklarından dolayı oluştuğu sonucuna ulaşmıştır.

Cinsiyet açısından bakıldığında, karmaşık bulgulara rastlanmaktadır. Uchenna ve diğ. (2010) Nijeryada bir eğitim hastanesinde Tip 2 diyabetliler (n=370) üzerinde yapmış oldukları çalışmada, erkeklerin kadınlara oranla ilaca uyuma daha fazla dikkat ettikleri bulgulanmıştır. Benzer şekilde Gimenes ve diğ (2009) tarafından Brezilya'daki 46 diabet hastası arasında yapılan çalışmada, kadınların erkeklere oranla daha fazla uyumsuzluk davranışı gösterdiği bulgulanmış ve bu durumun kadınları strese ve ruhsal hastalıklarına daha yatkın olmaların nedeniyle geliştiği şeklinde yorumlanmıştır. Buna karşın Adisa ve diğ. (2009) Nijerya'da 151 diyabetli ile gerçekleştirdiği araştırmada, erkek diyabetiklerin kadın diyabetiklere oranla ilaca daha fazla uyumsuzluk gösterdiğini bulmuşlardır. Khan ve diğ. (2012) tarafından Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada da, kadınların diyabet tedavisine uyumunun erkeklere oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Eğitim durumu arttıkça tedaviye uyum düzeyi de artmaktadır. Farsaei ve diğ. (2011) tarafından İran'da Tip 2 diyabetliler) arasında yapılan çalışmada, eğitim düzeyinin tedaviye uyumu etkilediği ve eğitim düzeyi arttıkça, hastaların daha fazla tedaviye uyum davranışı gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Khan ve diğ.'nin (2012) tarafından Suudi Arabistan'daki sağlık ocağında gerçekleştirdiği çalışma sonuçlarına göre de, diyabetlilerde eğitim durumu arttıkça tedaviye uyum artmaktadır.

Medeni duruma göre de, evli insanlar bekârlara göre daha fazla tedaviye uyum davranışı göstermektedir. DiMatteo (2004b) 1948-2001 yılları arasında çalışılan 122 araştırma ile gerçekleştirdiği meta analiz çalışmasında, evlilerin bekârlara oranla 1,3 kat daha fazla tedaviye bağlı olduğu belirlenmiş, bu durumu aile yapısındaki destek ve dayanışma ile ilişkilendirilmiştir. Battacharya ve diğ. (2005) de, Hindistan'da 106 diyabet hastası ile gerçekleştirdikleri çalışmada evlilerin daha fazla tedaviye uyum gösterdiğini bulmuşlardır.

Kişinin mesleği oldukça ve gelir arttıkça da kişilerin tedaviye ulaşmaları kolaylaşacağından dolayı tedaviye uyum artmaktadır (Brides ve diğ., 2012). Adisa ve diğ. (2009) yaptığı araştırmada, mesleği olanların olmaya oranla ilaca uyumlarının daha fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Rameswarapu ve diğ.'nin (2011) Hindistanda gerçekleştirdiği çalışmada da (n=103) gelirin ve sosyo ekonomik statünün artmasının tedaviye uyumu arttırdığını, sosyoekonomik statüsü yüksek olan diyabetli hastaların daha fazla uyum davranışı gösterdiğini belirlemişlerdir.

Yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir düzeyinin diyabet hastalarında tedaviye uyumu etkilemediğine dair bulgulara da rastlanmaktadır. Faria ve diğ. (2013) tarafından 423 diyabet hastasında gerçekleştirilen çalışmada, tedaviye uyumun yukarıda bahsedilen faktörlerden etkilenmediği sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde Mahfouz ve Awadalla da (2011), Mısırda 206 diyabet hastası ile yaptıkları araştırmada, yaş, cinsiyet, eğitim ve mesleğin, reçete edilen ilaçlara uyumu etkilemediğini bulmuşlardır.

4.5.2. Psiko-Sosyal Faktörler

Psiko-sosyal faktörler hastanın hastalığının nedenleri ve önemi ile ilgili inançları, tedaviyi ve önerileri izleme motivasyonu ile tedavi ve komplikasyonlara negatif ya da pozitif tutumlarını içermekte olup, bu faktörler tedaviye uyumu etkilemektedir (Jin ve diğ., 2008).

İlgili yazında, yukarıda bahsedilen inanç, tutum ve davranışları açıklamaya yönelik olarak birkaç model geliştirilmiştir. Nedenli Eylem Teorisi, Planlı Davranış Teorisi, Davranış Değişiminde Transteorik Model ve Sağlık İnanç Modeli bu modeller arasında sıralabilir (Taylor ve diğ., 2006). Nedenli Eylem Teorisine göre kişisel davranışlar; bireylerin inançları, değerlendirmeleri ve motivasyonu neticesinde oluşan tutumlara ve subjektif normlara göre şekillenmektedir. Planlı Davranış Teorisinde ise bu davranışlar; kişilerin tutumları ile subjektif normları ile oluşan davranışsal niyeti ve algılanan davranışsal kontrolün etkisi ile meydana gelmektedir (Southey, 2011). Davranış Değişiminde Transteorik Model, önce davranış değişikliklerini incelemekte ve söz konusu değişim için kişileri nelerin motive ettiğini anlamaya çalışmaktadır. Bu Model davranış değişikliğinde, davranışlar üzerinde etkili olan sosyal ve bireysel özelliklerden çok, kişilerin karar verme becerilerine yoğunlaşmaktadır (Lenio, 2006). Son olarak Sağlık İnanç Modeli ise, kişilerin algıladıkları ciddiyet, engel, yarar ve duyarlılığın birey davranış, tutum ve inançları üzerinde etkisi olduğunu savunmaktadır (Champion ve Skinner, 2008).

Söz konusu bu yaklaşımlar arasında, hastaların psiko-sosyal özelliklerini belirlemede en çok kullanılan model ise Sağlık İnanç Modeli'dir (Krigsman, 2007). Bu nedenle bu çalışmada da hastaların diyabet ile ilgili inanç, tutum ve davranışları açıklamada Sağlık İnanç Modeli kullanılmıştır.

4.5.2.1. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli, son yetmiş yıldır kişilerin sağlıkla ilgili davranışları ile ilgili kavramsal çerçevenin oluşturulmasında en sık kullanılan modeldir. Model, 1950'lerin başında, bazı hastalıkların hastalığının önlenmesi ve erken tanısında yer alan aşılama ve tarama programları uygulamalarının ücretsiz ve kullanımı kolay olmasına rağmen, halkın bu programlara katılımındaki yetersizliğini açıklamak üzere, Amerika Birleşik Devletleri Halk Sağlığı Hizmetleri'nde çalışan sosyal psikologlar tarafından geliştirilmiştir (Cook, 2002).

Söz konusu sosyal psikologlar arasında yer alan Hochbaum, Rosenstock and Kegels yaptıkları çalışmalarda, tüberküloz konusunda bazı kişilerin tarama programını kullandığını, bazı bireylerin ise hastalığın risklerini bildikleri halde programa katılım sağlamadıklarını tespit etmişlerdir. Araştırmacılar, tarama programına kişilerin katılma ve katılmama nedenlerini belirlemeye yönelik gerçekleştirdikleri incelemelerinde, katılım oranlarında kişilerin davranışlarının etkili olduğunu görmüşlerdir. Davranışlar ise bireylerin hastalık hakkındaki inançları ve algıları neticesinde oluşmaktadır (Hayden, 2014). Araştırmacıların elde ettikleri bu sonuçlar ise, Sağlık İnanç Modeli'nin kavramsal çatısını ortaya koymaktadır.

Sağlık İnanç Modeli; bireylerin sağlıkla ilgili davranış farklılıklarını açıklamaya ve kısa veya uzun dönemde kişilerin bu davranış farklılıklarını nelerin etkilediğini anlamaya yönelik geliştirilen bir kavramdır (Wall, 2009). Modele göre bireylerin davranışlarını, sağlık ve hastalığın ciddiyeti ile ilgili algıları ve yapılan önerileri yararlı bulup bulmamaya ilişkin inanç ve tutumları etkilemektedir ve sonuçta kişileri sağlıkla ve hastalığa ilişkin düzenlemelere aktif katılıp katılmama kararı vermektedirler (Hayden, 2014).

Sağlık İnanç Modeli, Bilişsel Teorinin etkisi ile geliştirilmiştir. Bilişsel Teori, düşünme, nedeni belirleme, hipotez oluşturma ve beklentiye girme gibi bileşenlerden oluşmaktadır. Bu konuda çalışan teorisyenler, davranışların bireylerin sonuçlara verdikleri subjektif değeri ve beklentilerin fonksiyonu olduğuna inanmaktadırlar ve davranışları etkileyen durumlardan çok beklentileri etkileyen şartları araştırmaktadırlar. Teorinin bazı yaklaşımları Değer-Beklenti Kuramı olarak ele alınmaktadır (Champion ve Skinner, 2008). Kurama göre, kişilerin bazı sağlık sonuçlarına verdiği değer ile bu sonuçları etkileyebilecek davranışları benimsenme konusundaki düşünce ve algıları, sağlık davranışlarını etkilemektedir (Butraporn ve diğ., 2004). Sağlık İnanç Modeli de, bu teoriden hareketle, olumsuz sağlık durumlarından kaçınmayı önemli ve değerli bulan, önerilen sağlık davranışlarından olumlu beklentileri olan ve bu önerileri başarıyla takip

edebileceklerine inanan kişilerin, sağlıkla ilgili eylemleri daha motive bir şekilde gerçekleştirecekleri varsayımına dayanmaktadır (Masokoane, 2009).

Sağlık İnanç Modeli, kendi içinde iki gruba ayrılmaktadır. İlk grup olan *algılanan tehdit*, bireyin bir hastalık veya sağlık durumunu tehdit olarak algılaması neticesinde, bir davranışı gerçekleştirmesinin muhtemel olduğunu farz etmektedir. Tehdit inancı; kişisel duyarlılık ve ciddiyet algılarını kapsamaktadır. İkinci grup ise *davranışsal değerlendirme* şeklinde isimlendirilmekte olup, kişisel yarar ve engel algılarını içermektedir. Davranışsal değerlendirme, birey bazı davranışların olumsuz sağlık sonuçlarını azaltmada faydası olduğuna inanırsa muhtemelen o davranışı gerçekleştireceği düşüncesine dayanmaktadır. Görüldüğü üzere Sağlık İnanç Modelinin; algılanan duyarlılık, algılanan, ciddiyet, algılanan yarar ve algılanan engel olmak üzere dört ana kavramı bulunmaktadır (Orji ve diğ., 2012).

Algılanan duyarlılık, kişinin sağlığını tehdit eden risk ve hassasiyet ile ilgili algısıdır. Bu algı konulan teşhisin kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını ve hastalığa olan genel duyarlılığı ifade etmektedir (Champion ve Skinner, 2008). Kişiler risk altında olduklarını hissettikleri ya da risk algıları yüksek olduğu zaman, daha sağlıklı davranışlar sergilemektedirler. Örneğin algılanan risk algısı yüksek olan kişiler; diş enfeksiyonu ve diş kayıplarına karşı dişlerini fırçalamakta, grip hastalığına yakalanmamak için grip aşısı olmakta ya da güneşlenirken güneş kremi sürmektedirler (Hayden, 2014)

Algılanan ciddiyet, hastalığın ciddiyeti veya hastalığın şiddeti hakkındaki hastanın bireysel değerlendirmelerini kapsamaktadır (Champion ve Skinner, 2008). Hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmelerini kapsamaktadır. Algılanan ciddiyet hastanın hastalık hakkındaki tıbbi bilgisine bağlı olarak gelişebileceği gibi, hastalığı konusunda yaşadığı olumsuz deneyimler neticesinde de oluşabilmektedir. Örneğin çoğumuza göre, nezle birkaç gün dinleme ve yatak istirahati ile geçen önemsiz bir hastalıktır. Ancak astım hastası için nezle hastaneye

yatmalarına sebebiyet verebilecek ciddi bir hastalıktır. Ya da, gündelikle çalışan işçiler için, birkaç gün çalışmama ciddi bir gelir kaybı olduğu için, bu kişiler açısından da grip önemli bir hastalık olmaktadır (Hayden, 2014).

Algılanan yarar, hastalık tehdidini azaltması için gerçekleştirilecek davranışın etkili olacağı ve hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili inançları olarak tanımlanmaktadır. Bu yarar, bireylerin hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir ve kişi beklenen davranışın etkili olduğunu düşünmedikçe eyleme geçmemektedir (Champion ve Skinner, 2008). Bu konudaki en güzel örneklerden biri göğüs kanserini teşhis etmeye yönelik olarak kadınların elle muayenesidir. Kadının elle ve kısa zamanda gerçekleştirebildiği bu yöntem neticesinde, çoğu zaman kanser erken zamanda teşhis edilebilmekte ve kanserden ölüm riski azalmaktadır. Ancak yöntemin bu önemli yararına rağmen birçok kadının düzenli olarak elle muayeneyi gerçekleştirmediği bilinmektedir. Bu durum yarar algısının düşüklüğünden kaynaklanmaktadır (Hayden, 2014).

Algılanan engeller, önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştıran engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleri ile ilgili kişisel algıdır. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlar ile bu davranışın oluşumundaki engelleri gözden geçirdikten sonra, kendisi için uygun görür ise önerilen davranışı gerçekleştirir (Champion ve Skinner, 2008). Servikal kanser taramasında Pap Smear testinin kullanılmasını etkileyen durum, genellikle algılanan engeldir. Kadınlar utandıkları, testin gerçekleştirilmesinin ağrı vereceğini düşündükleri ve genellikle testin nerede gerçekleştirildiğini bilmediklerinden dolayı Pap Smear testi yaptırmamaktadırlar (Hayden, 2014).

Orijinalinde, dört boyuta sahip olan Sağlık İnanç Modeli, zaman içinde genişletilmiş ve modele davranış değişikliği değişkenleri (Hayden, 2014), eyleme yönelik ipuçları ve öz yeterlilik kavramları eklenmiştir (Orji ve diğ., 2012). Aslında bu üç kavram Sağlık Geliştirme Modeli'nin bileşenleri arasında yer almaktadır. Sağlık Geliştirme Modeli; kişinin kendini gerçekleştirmesine ve kendini iyi hissetmesini sağlamaya ve sağlık

seviyesini arttırmaya dönük davranışlarına odaklanmaktadır. Buna karşın Sağlık İnanç Modeli ise, kişinin hastalıktan ve hastalık komplikasyonlarından korumaya yönelik inanç ve davranışlarını içermektedir (Brides ve diğ., 2012).

Davranış değişikliği değişkenleri, yaş, cinsiyet, gelir, etnik köken, kültürel özellikler, eğitim düzeyi, geçmiş deneyimler, beceriler ve motivasyon gibi bireysel, davranışsal ve demografik faktörlerdir (Brides ve diğ., 2012). Örneğin deri kanseri olan ve başarılı bir şekilde tedavi edilen hasta, geçmiş deneyimlerinden dolayı, güneşin zararlı etkilerine karşı daha hassas davranacaktır (Hayden, 2014).

Eyleme yönelik ipuçları, davranışı tetikleyen mekanizma olarak kabul edilmektedir. Kişinin önerilen davranışı sergilemesinde önemli faktörlerden olan algılanan yarar ve duyarlılık, bu ipuçları sayesinde artmaktadır (Champion ve Skinner, 2008). Eyleme yönelik ipuçları, hastanın ailesinde hastalığın görülmesi, medyadaki haberler, kamu spotları ve sağlık personeli tavsiyeleri ile hastalık konusunda bilginin artması neticesiyle oluşmaktadır (Hayden, 2014).

Öz Yeterlilik, kişinin sonuçları elde etmek için gereken davranışı gerçekleştirmesine yönelik kararlılığı ve kendisine olan inancıdır (Champion ve Skinner, 2008). Osteoporozda yapılan egzersizleri artırma becerisi ve göğüs kanseri erken teşhisi için kişi tarafından düzenli olarak elle muayenenin gerçekleştirilmesi, öz yeterlilik inancının göstergelerindedir (Hayden, 2014).

Sağlık İnanç Modeli sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi ile koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır. Ancak model özellikle sağlığı koruma davranışlarının öngörülmesinde önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle kadınların göğüs kanseri taramalarına neden katıldığını, aşılama hizmetlerini bazı kişilerin neden kullandıklarını ve insüline bağımlı gençlerin diyabet eğitim programlarına devam etmeyi niçin kabul ettiklerini açıklamada ve söz konusunu

hizmetlere davranışsal etkilerin belirlenmesinde, Sağlık İnanç Modeli başarılı bir şekilde uygulanabilmektedir (Nijhof ve diğ., 2008).

Sağlık İnanç Modeli, özellikle sağlık profesyonellerinin sunmuş oldukları hizmetlerin etkinliğini de arttırmaktadır. Bilindiği üzere sağlık personelleri, hastalık hakkında farkındalık yaratmak, yanlış imaj ve inançları düzeltmek, hastayı uygun davranışlar sergilemeye sevk etmek ve hastanın tedaviye uyumu davranışlarını arttırmak konularında önemli bir role sahiptirler. Model, sağlık çalışanlarının riski azaltan davranışlar ile ilgili ipuçları elde etmelerine ve engellerin aşılması konusunda hastalara yardımcı olmalarına olanak tanımaktadır (Mardani ve diğ., 2010).

Sağlık İnanç Modeli, diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminde sıklıkla kullanılmaktadır. Diyabetli bireylerin hastalığına karşı algıladığı inanç ve tutumları, hastaların tedaviye uyum düzeylerini aktif biçimde etkilemektedir. Harris ve diğ. (1987) Tip 2 diyabet hastası 280 erkek arasında yaptıkları çalışmada, sağlık inançlarının tedaviye uyum davranışının %18'ini açıkladığını ve psikolojik engellerin bu ilişkide en güçlü etmen olduğunu bulmuşlardır. Nagasawa ve diğ. (1990) 26 araştırmayı değerlendirdikleri bir meta analiz çalışmasında, algılanan yarar arttıkça diyabet ilaçlarına uyumun arttığını, algılanan engelin ise düşük tedaviye uyuma sebebiyet verdiğini ortaya koymuştur. Chao ve diğ. (2005) tarafından çoğunluğu beyazlardan oluşan bir grupta yapılan çalışmada da diyabet hastalarının tedaviye uyumunu azaltan en önemli faktörün yüksek algılanan engel düzeyi olduğu sonucuna ulaşmıştır.

4.5.3. Hekim-Hasta İlişkisi

Hastanın tedaviye uyumunu etkileyen bir diğer değişken, hekimi ile olan ilişkisidir. Hekim-hasta ilişkisi, anlamlı tedavi sonuçları elde etmek amacıyla, hasta ile hekimi arasındaki karşılıklı etkileşim süreci olarak tanımlanmaktadır (Mendoza ve diğ. 2011). Bu süreç hastanın durumunun incelenmesi, teşhis konulması, tedavi edilmesi gibi sağlık

hizmetinin tüm aşamalarını kapsamaktadır ve iyi bir hasta hekim ilişkisi öncelikle hekimin olumlu davranışlarıyla ortaya çıkmaktadır (Blake, 2012).

Hekimin, iyi bir hasta hekim ilişkisinde rolü, sadece olumlu davranışlar sergilemek değil aynı zamanda, hastasını iyileştirmek için yüksek düzeyde teknik becerilerini ve bilgisini kullanması ve bilgisini hastasıyla paylaşması gerekmektedir. Bunun yanı sıra, hekimin hasta ile ilişkisinde tarafsız olması, duygusal davranmaması, mesleki etiğe göre hareket etmesi ve hastanın iyiliğini istemesi beklenmektedir. Hastaların rolü ise, mümkün olduğu kadar çabuk iyileşmeye çalışması, hekim tarafından yapmaması önerilen bazı faaliyet ve davranışlarından vazgeçmesi, hekimi ile işbirliği içinde olması ve gerekli tıbbi tavsiyeleri yerine getirmeye çalışmasıdır (Morgan, 2008).

Hekim-hasta ilişkisi kompleks yapıdadır ve her iki taraf rollerini yerine getirmeye çabalarırken, ilişkinin farklı yönlerine odaklanmaktadır. Örneğin hekim hastanın tavır ve davranışlarına, duygusal durumuna ve iletişim tarzına yoğunlaşır. Hasta ise hekimin klinik ve bilgisel yeterliliğine, insancılığine, empati kurabilmesine, yardıma açık olmasına, verdiği hizmetin süresine, aldığı kararlara kendisini de katmasına ve hekiminden duyduğu memnuniyete bakmaktadır (Koutsosimou ve diğ., 2013; Alexander ve diğ., 2012).

Hekim hasta ilişkisinde yukarıda bahsedilen roller ve odaklanılan taraflar haricinde, bir takım bileşenler bulunmaktadır. Bunlardan ilki hastanın hekimini bilmesi ve tanınması ile hekimin hastasını bilmesi ve anlamasıdır. Hastanın hekimini tanınması önce ismini ve dış görünüşünü bilmesi ile başlamakta, daha sonra ise hekimi hakkındaki kişisel bilgileri alması ile devam etmektedir. Hasta ancak bu şekilde hekimini ve verdiği önerileri kabul etmeye meyilli olabilecektir. Hekimin hastasını tanınması da benzer şekilde önce hastasının dış görünüşünü ve sonra hastalığının geçmişini bilmesi sürecidir. Hekimin hastasını tanınması, hastanın görünüşündeki değişiklikleri hastalığı ile değerlendirebilmesi açısından da önemlidir. Ayrıca hastalar her vizitte kendilerini

yeniden tanıtmaktan genelde hoşlanmadıkları ve bunu bir zaman kaybı olarak görebileceklerinden dolayı, hekim hastasını tanımak zorundadır (Ridd ve diğ., 2009).

Hekim-hasta ilişkisinin bir diğer bileşeni, hastanın hekimine güven duymasıdır. Güven ilişkisi iki yönlüdür. Hastanın hekimi ile ortaklaşa verdiği kararlara saygı duyması ve birlikte verilen bu kararlar doğrultusunda hareket etmesi için hekimine inanması gerekmektedir. Hekimin de alınan kararların hasta tarafından doğru bir şekilde uygulandığı yönünde emin olması ve hastadan aldığı her türlü bilgiye güvenmesi lüzumu bulunmaktadır. Tedaviye uyum sürecinin başarısı da söz konusu karşılıklı güvene dayanmaktadır (Francis, 2010).

Hekim-hasta ilişkisinde üçüncü unsur, hastanın hekimine sadakat ve bağlılık duymasıdır. Sadakat ve bağlılık, hastanın hekim ile arasındaki anlaşması ve hekimiyle olan ilişkisini değerli bulması neticesinde oluşmaktadır. Hastanın sadakati ve bağlılığı arttıkça, hep aynı sağlık kuruluşuna başvurmakta ve her başvurusunda aynı hekimi görmeyi istemektedir. Bu durum ise hastanın tedavisinin kesintisiz devam etmesine, doktorun da hastasını daha iyi teşhis ve tedavi etmesine sebebiyet vermektedir (Suki ve Suki, 2011).

Hekimin hastaya ilgi göstermesi ise, hekim hasta ilişkisinin son bileşenidir. Hekimin hastasıyla ilgilenmesi, hastanın daha rahat ve daha kaliteli bir iletişim içerisine girmesini, hekimin önerilerine ve tedavisine uymasını kolaylaştırmaktadır. Ayrıca ilgi, hekimin hastasına, onun sorununun kendisinin sorunu olduğu fikrini düşündürmekte ve hastanın hekimine daha fazla inanmasına sebebiyet vermektedir (Ridd ve diğ., 2009).

Karşılıklı birbirini tanıma, güven duyma, hastanın hekime sadakati ve hekimin hastasına ilgisiyle oluşan iyi bir hekim-hasta ilişkisinin, hasta açısından kısa, orta ve uzun dönemli etkileri bulunmaktadır. Hasta-hekim ilişkisinin kalitesi kısa dönemde hastanın hekiminden memnun olmasına ve yeniden aynı hekimi tercih etmesine sebebiyet vermektedir. Orta dönemde, iyi bir hasta hekimi ilişkisi, hastanın kullandığı tedaviye uyumunu sağlamaktadır. Uzun dönemde ise hastanın tedavisine devam etmesini

garantilediğinden hem hastalığın ve semptomların iyileşmesine, hem de hastanın yaşam kalitesinin artmasına neden olmaktadır (Koutsosimou ve diğ., 2013).

Yukarıda da bahsedildiği üzere, hekim ile hasta arasındaki ilişkinin kalitesi, hastalığın tedavisi ile ilgili uygulanan tüm yöntem ve tekniklerden çok daha fazla tedavi sürecini pozitif yönde etkilemekte ve hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırmaktadır (Eveleigh ve diğ., 2012). Yapılan bir meta analiz çalışmasında da hekimi ile iyi bir iletişim içinde olan hastaya oranla, iletişimi az olan hastanın tedaviye uyumsuzluk riski %19 oranında artmaktadır. Aynı çalışmada hekim hasta iletişiminin iyi olması durumunda hastanın tedaviye uyumunun 2,26 kat arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Zolnierek ve DiMatteo 2009).

Hekim hasta ilişkisinin tedaviye uyumuna olan etkisi üzerine, Ciechanowski ve diğ. (2001) tarafından, Tip 1 ve Tip 2 diyabet hastalarında gerçekleştirilen çalışmada, hastaların oral anti diyabetik tedavisi kullanımında, hekim hasta ilişkisinin önemli olduğu ile hekimine bağlılık göstermeyen ve hekimi ile iletişimi zayıf olan hastalarda, tedaviye uyumunda daha az düzeyde gerçekleştiği sonucuna ulaşılmıştır. Delamater de (2006), diyabetli hastalarda tedaviyi etkileyen faktörler üzerine yapmış olduğu derleme çalışmasında, tedaviye uyumda hekim hasta ilişkisinin en anlamlı belirleyicilerden biri olduğunu, hekimin aktif dinleme teknikleri kullanmasının hekim hasta ilişkisini artırdığını ve bu durumun tedaviye uyumu kolaylaştırdığını belirtmiştir.

Diyabet hastalarında, hekimin hastası ile olan ilişkisinde ve iletişiminde, hastanın tedaviye uyum sağlaması, uyum düzeyinin artması ve diyabetlerini kontrol etmelerinde yardımcı olmaları için yapması gereken bir takım özellikler bulunmaktadır. Bu özellikler aşağıda yer almaktadır (Shapiro, 2008):

- Hekimin hastaların meraklarını ve isteklerini aktif olarak dinlemesi,
- Hastalık ve hastalığın tedavisi ile ilgili hastaların kendi görüşlerini anlatmaya teşvik etmesi,
- Hastaya saygı duyması ve empati yapabilmesi,

- Hastaya uygun alanlarda konsültasyonları yürütmesi,
- Açık ve kolay anlaşılır bir şekilde bilgi vermesi,
- Hastanın merak ve sorularını cevaplamak için, hastaya ulaşabileceği telefon numarası vermesi veya gerektiğinde ziyaret imkânı tanınması.

Diyabette tedaviye uyumsuzluğun toplam maliyetler ve oluşabilecek ölümler üzerine etkileri düşünüldüğünde, tedaviye uyumu arttırmada hekime düşen bu özelliklerin gerçekleştirilmesi ve iyi bir hekim hasta ilişkisi kurulması ciddi anlamda önem taşımaktadır.

4.5.4. Sağlık Okur-Yazarlığı

Sağlık okur-yazarlığı bir terim olarak ilk kez Scott Simonds tarafından 1974 yılında “Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika” başlıklı makalede yer almıştır. Ancak literatürde yaygın şekilde kullanımı, Amerika’da 2003 yılında gerçekleştirilen Yetişkin Okur-Yazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi (NAAL) isimli çalışmadan sonra başlamıştır. Kavram günümüzde halen, sağlık hizmetleri ile halk sağlığı alanlarındaki sağlık araştırmacılarının, kanun yapıcıların ve klinisyenlerin ciddi anlamda dikkatini çeken önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (Egbert ve Nanna, 2009).

Sağlık okur-yazarlığının anlaşılabilirliği için öncelikle okur-yazarlığın ne anlama geldiğinin bilinmesinde fayda vardır. Okur-yazarlık; bireylerin diğer kişileri anlamak ve onlarla iletişim kurmak için yeterli düzeyde okuma ve yazma becerisine sahip olması anlamına gelmektedir (Kanj ve Mitic, 2009). Türk Dil Kurumu okur-yazarlığı, kişinin okuma yazması olması ve öğrenim görmesi şeklinde tanımlamaktadır (Türk Dil Kurumu Sözlüğü, 2011). Çoğu sözlükte de benzer şekilde yer alan bu tanım, dar anlamda yapılmış olup, kavramın sadece çatısı hakkında bilgi vermektedir.

Geniş anlamda okur-yazarlık ise bireyin okuma, yazma ve sayıları kullanma, bilgiyi elde etme, fikir ve düşüncelerini ortaya koyma ile karar verme ve problem çözme becerisi

olarak tanımlanmaktadır (Young ve diğ., 2001). UNESCO'ya göre de okur-yazarlık; farklı türdeki yazılı ve basılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, oluşturma, iletişim kurma ve işleme yeteneğidir ve bu yetenek bireylerin topluma tamamen katılımı sağlamakta, bilgisini ve gücünü geliştirerek kişisel hedeflerine ulaşmasına olanak vermekte ve sürekli öğrenmeyi içermektedir (UNESCO, 2004). Her iki tanımdan da anlaşılacağı üzere okur-yazarlık, sadece okuma-yazma becerisi değil, okuduğuna anlama, işleme ve hayata geçirme yeteneğini de kapsayan kompleks bir olgudur.

Ülkelerin göreceli olarak değerlendirilmesinde en önemli gelişmişlik göstergelerinden biri sayılan okur-yazarlık kavramı, zaman içinde yeni terimlerle birleşerek anlamını ve alanını genişletmektedir. Bilgi teknolojilerinin gelişmesiyle birlikte okur-yazarlığın; medya okur-yazarlığı, görsel okur-yazarlık, dijital okur-yazarlık, kültürel okur-yazarlık, finansal okur-yazarlık ve sağlık okur-yazarlığı gibi önüne aldığı sığata göre farklı tanımlarının yapıldığı ve çeşitlendirildiği görülmektedir (Nutbeam, 2009).

Söz konusu okur-yazarlık türlerinden biri olan sağlık okur-yazarlığını açıklamada, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Nutbeam (1998) tarafından yapılan tanımlı kullanmakta ve bu tanıma göre sağlık okur-yazarlığı; sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma kabiliyetleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal beceriler şeklinde açıklanmaktadır (Nutbeam, 1998). Nielsen-Bohlman ve Tıp Enstitüsü (IOM) sağlık okur-yazarlığını, bireylerin uygun sağlık kararlarını almada ihtiyaç duydukları sağlıkla ilgili temel bilgileri okuyabilme, anlayabilme, işleme ve davranışa geçirebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Nielsen-Bohlman ve diğ., 2004). Amerikan Tıp Birliği (AMA) ise kavramı; sağlık hizmetleri çevresindeki işlevler için temel okuma ve gerekli sayısal görevleri yerine getirebilmeyi kapsayan beceri kümesi şeklinde açıklamıştır. Bu beceriler, bireylerin reçete edilen ilaçları, randevu fişlerini ve diğer sağlıkla ilgili materyalleri okuma ve anlama kabiliyetlerini de içermektedir (AMA, 1999).

Görüldüğü üzere her ne kadar üzerinde çokta uzun olmayan bir süredir incelemeler yapılmakta olsa da sağlık okur-yazarlığı, farklı kuruluşlarca farklı şekillerde tanımlanmaya çalışılmıştır. Ancak yine de söz konusu bu kuruluşlar ortak bir düşünce ile sağlık okur-yazarlığını; kişilerin yeni bilgi edinmeleri ve kullanmalarına izin veren, zaman içinde stabil olan, ancak eğitim programları ile iyileşen ve yaşlanma ya da patolojik süreçlerle kötüleşen bir dizi bireysel beceri olarak ele almaktadırlar (Baker, 2006).

Bu bireysel becerinin **fonksiyonel, iletişimsel (interaktif) ve eleştirel** olmak üzere üç önemi boyutu bulunmaktadır (Nutbeam, 2000). **Fonksiyonel sağlık okur-yazarlığı**, temel okuma ve yazma becerilerine dayanmaktadır ve bu düzeyde kişiler sağlık eğitim materyallerini okuyabilmektedirler. **İletişimsel sağlık okur-yazarlığı**, kişilerin sosyal ve bilişsel becerilere de sahip olması anlamına gelmektedir. Bu düzeydeki bireyler farklı sağlık aktivitelerinden yararlanabilmekte ve değişen sağlık koşullarında sahip olduğu bilgilerini rahatlıkla kullanabilmektedir (Inouel ve diğ., 2013). **Eleştirel sağlık okur-yazarlığı**, ileri düzeyde bilişsel, sosyal becerilere ve eleştirel düşünme kabiliyetine sahip olmayı gerektirmektedir. Böylece kişiler sağlık bilgilerini eleştirel düzeyde değerlendirebilmekte, kapasitelerini geliştirebilmekte, sağlığın sosyal, politik ve ekonomik boyutlarını anlayabilmekte ve yorumlayabilmektedir (Sykes ve diğ., 2013).

Sağlık okur-yazarlığı insanların kendi sağlıklarını yönetebilmeleri için hayati önem taşımaktadır. Hatta konu üzerinde önemli çalışmalarda bulunan Weiss ve diğ. (2005), kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin, sağlık çalışanlarınca yeni bir vital bulgu olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Yani sağlık hizmeti sunucuları hastalarının ateşini, tansiyonunu, solunum sayısını ve nabzını ölçtüktan sonra mutlaka kişilerin hastalıkları hakkında ne derece bilgi sahibi oldukları konusunda da geri bildirimler almalıdırlar. Sağlık-okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi, hem bireylerin sağlık bilgi düzeylerini ve hastalıklarıyla baş etme kabiliyetlerini arttırmak hem daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşmalarını sağlamak açısından gereklilik arz etmektedir (Weiss, 2005).

Sağlık okur-yazarlığı düzeyini belirlemek ve değerlendirmek için birtakım araçlar geliştirilmiştir. Bu araçlar gelişim, yapı, ölçüm, kapsam ve ölçüm özellikleri konusunda farklılıklar göstermekte olsa da, genellikle sağlık okur-yazarlık düzeyini; düşük (yetersiz), orta (marjinal) ve yüksek (yeterli) olmak üzere üç düzeyde belirlemektedirler (Sayah ve Williams, 2012).

Söz konusu bu araçlar ile yapılan çalışmalardan elde edilen bulgulara göre, her dört kişiden birinin, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük (yetersiz) olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Paasche-Orlow ve diğ., 2005). Bunun yanı sıra sağlık okuryazarlığı seviyesinin, lise eğitimini tamamlamayanlarda, yaşlılarda, kadınlarda, göçmen ya da azınlıklarda, sosyo-ekonomik düzeyi düşük kişilerde ile kronik hastalığı olanlarda daha düşük olduğu saptanmıştır (Nogh, 2009).

Düşük düzey sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin sağlık bilgisinin daha az olduğu, hastalık ve tıbbi bakım yönergelerini anlamada zorluklar yaşadığı, kronik hastalıkların bakım ve yönetiminde ise yetersiz kaldıkları bilinmektedir. Bunun yanı sıra bu kişilerin rutin sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı, buna karşın tıbbi maliyet, hastaneye yatış ve mortalite oranlarında artma görüldüğü belirtilmektedir (Kanj ve Mitic, 2009).

Düşük düzeyde sağlık okur-yazarlığı kanser, kardiovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklarda daha fazla önem taşımaktadır. Özellikle diyabet hastalarının ilaç alma, sağlıklı gıda tüketme, glikoz düzeyini izleme ve riskleri azaltma gibi yapmaları gereken bir takım aktiviteler vardır. Ancak düşük sağlık okur-yazarlığı söz konusu olduğunda diyabetli bireyler, tedaviye ve diyeteye uyum, glikoz kontrolü ve risk belirtilerini takip gibi bu tip faaliyetler ile baş edemezler. Ayrıca diyabet hastalarında çoklu komplikasyonlar ve tekrarlanan hastane yatışları da genellikle düşük sağlık okuryazarlığı neticesinde meydana gelmektedir (Boren, 2009).

Buna karşın diyabet hastalarının yarısından fazlasının yetersiz sağlık okur-yazarlığı düzeyine sahip olduğu ve hastalıkları hakkında bilgi edinemedikleri ya da yanlış bilgi edindikleri görülmektedir (Wallace, 2010). Düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip diyabet hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada, bu hastaların sadece yarısının diyabetin en önemli semptomlarından biri olan kandaki şeker seviyesinin düşmesi (hipoglikoz) belirtilerini tanımlayabildiği ve yaklaşık üçte birinin kanda şeker düzeyi düştüğünde bir şeyler yemesi gerektiğinin bilincinde olduğu saptanmıştır (Williams, 1998). Söz konusu nedenlerden dolayı, diyabetli hastaların, hastalıkları ve hastalıkları süresince karşılaşılabilecekleri semptomlar ve komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olması, yani sağlık okur-yazarlık düzeylerinin artırılması gerekmektedir (Coffman ve diğ., 2012).

Sağlık okur-yazarlığını iyileştirmeye yönelik faaliyetlerde ise özellikle sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir. Sağlık çalışanlarının hastaları ile iletişimlerini arttırmaları ve hastalıkları ile ilgili yazılı ya da sözlü iletişimlerinde basit bir dil kullanmaları hastalarının sağlık okur-yazarlık düzeyini yükseltmektedir. Ayrıca hastaları bilgilendirmede, hastaların en iyi şekilde anladıkları yöntemi (görsel-işitsel) tercih etmeleri ve geri bildirimler ile hastaların anlayıp anlamadıklarını sorgulamaları da, hastalık konusundaki bilgilerde iyileşmelere neden olmaktadır. Bunun yanı sıra, diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlık seviyesinin artırılması, kendilerine verilecek diyet ve egzersiz eğitimlerinin varlığına da bağlıdır (Stiles, 2011).

Sağlık okur-yazarlığının artırılmasında, ülkelerin sağlık sistemlerinin de görevleri bulunmaktadır. Sağlık okur-yazarlığı sistem içerisinde, sağlığın geliştirilmesi ile ilgili hizmetler arasında yer almaktadır ve ülkelerin vatandaşlarının sağlık okur-yazarlık seviyesini belirleme ve iyileştirme de çalışmalar yapması beklenmektedir. Sağlık okur-yazarlığının iyileşmesine sebebiyet veren uygun ve etkin eğitim materyallerinin oluşturulması, hastalar ile farklı disiplinlerdeki sağlık çalışanlarını (hekim, hemşire, diyetisyen vs.) bir araya getiren yüz yüze görüşme olanaklarının sağlanması, yetersiz

sağlık okur-yazarlığına sebebiyet veren durumların araştırılıp gerekli müdahalelerin uygulanması ve değerlendirilmesi bu çabalar arasında sayılabilir (Shue ve diğ., 2010).

Sağlık okur-yazarlığında iyileşme, sonuçta daha sağlıklı insan, daha sağlıklı toplum ve daha sağlıklı dünya anlamına gelmektedir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan birey, kendi sağlığı ile ilgili daha iyi kararlar alır, daha sağlıklı bir yaşam tarzını benimser ve sağlığın kültürel, sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerinin farkında olur. Sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin sayılarının artırılması ise önce toplumsal iyileşmelere ve ardından dünyada iyi sağlık sonuçlarına ulaşmaya sebebiyet verecektir (Pleasant, 2011). Bu nedenle iyileştirme çalışmaları ulusal ve uluslar arası düzeyde gittikçe artmaktadır.

4.5.5. Hasta ile İlgili Diğer Faktörler

Hastanın hastalığı hakkındaki bilgi düzeyi, fiziksel engellerin varlığı, sigara ve alkol kullanımı ile hastanın unutkanlığı, tedaviye uyumu etkileyen diğer faktörler arasında yer almaktadır (Jin ve diğ., 2008). Örneğin genellikle yaşlılarda fiziksel aktiveler azalmakta ve fiziksel engeller artmakta ve bu hastalar yürüme, koşma ve yüzme gibi faaliyetleri gerçekleştirememektedir. Bu durum ise ilaca erişimi azalttığından, tedaviye uyumu etkilemektedir (Sweileh ve diğ., 2005).

Hastanın hastalığı ve hastalığının yönetimi konusunda bilgi düzeyi arttıkça tedaviye uyumu artmaktadır. Nitekim Wabe ve diğ'nin (2011) 384 diyabet hastası ile Etiyopya'da yaptıkları çalışmada da, bilgi düzeyi yüksek olan hastaların sayısının az olduğu, ancak bu hastaların tedaviye ve hekim önerilerine daha fazla uyum sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde Polonya'da Kasznicki ve diğ. (2007) tarafından 200 diyabet hastası ile yapılan çalışmada da bilgi düzeyi yüksek olan hastaların tedaviye uyum düzeyinin de yüksek olduğu bulunmuştur.

Sigara ve alkol kullanımı tedaviye uyumu azaltan etmenlerdendir. Sigara ve alkol tüketimi ilgili olarak, Babwah ve diğ.'nin (2006) Trinidad'da yaptığı çalışmada, sigara ve alkol kullanımının tedaviye uyumu etkilediği ve bu hastaların daha az tedaviye uyduğu gözlemlenmiştir. Güney Kaliforniya'da Ahmed ve diğ. (2008) tarafından yapılan çalışmada, alkol kullanımının tedaviye uyumu azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Taşkın (2006) tarafından diyabet polikliniğinde takip edilen 29 hasta üzerinde yapılan kalitatif bir araştırmada da sigara ve alkol kullanımının diyabette tedaviye uyumu azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Sigara ve alkol kullanımı genel olarak hastanın stres düzeyini etkilemekte ve özellikle alkol kullanımından sonra hasta ilaç alımını azaltmaktadır.

Farsaei ve diğ.,(2011) tarafından İran'da 248 Tip 2 diyabetliler arasında yapılan çalışmada, tedaviye uyumu en fazla etkilenen değişken, hastanın unutkanlığıdır ve bu durum tedaviye uyumsuzluğu %38 oranında arttırmaktadır. Pineiro ve diğ.'nin (1997) İspanya'da gerçekleştirdikleri çalışmada insülin bağımlı olmayan tip 2 diyabeti olan hastalarda tedaviye uyumsuzluk oranı %51,5 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada tedavi uyumsuzluğunun en önemli nedenlerinin bilgi eksikliği ve unutma olduğu görülmüştür.

5. DİYABETTE TEDAVİYE UYUMUN SONUÇLARI

Diğer kronik hastalıklarla başetme çabaları ile karşılaştırıldığında, diyabet hastaları tedaviye uyum, yaşam tarzı uyarlamaları ve risklere karşı davranış değişikliği gibi bir çok zorlamaya maruz kalmaktadırlar. Ayrıca diyabet hastalarında oluşan diğer komplikasyonlar için de, hastaların ek ilaç kullanma ve zorundallığı bulunmaktadır. Söz konusu zorlama ve zorunluluklardan dolayı, diyabet hastaları tedaviye uyum göstermemeye daha yatkın hale gelmektedir (Geisel-Marbaise ve Stummer, 2010).

Diyabette tedaviye uyum göstermeyen hastaların ise karşılaşılabilecekleri bir takım riskler bulunmaktadır. Bu riskler; sağlık hizmeti kullanımında artış, hastanın yaşam kalitesinde düşme, maliyetlerde yükselme ile diğer hastalıklara ve erken ölüme sebebiyeti içermektedir (Asche ve diğ., 2011).

5.1. Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerine Etkisi

Tedaviye uyumsuzluk hastane yatış, poliklinik ve acil servise başvurular gibi sağlık hizmeti kullanımlarını arttırmaktadır (Asche ve diğ., 2011). Balkrishnan ve diğ.'nin (2007) Amerika'da Medicare hastalarında gerçekleştirdiği araştırmada, diyabette tedaviye uyumda %10'luk bir artışın, herhangi bir nedenden dolayı hastaneye yatışları %6,6 oranında azalttığını tespit etmişlerdir. Sloan ve diğ.'nin (2004) Amerika'da yapmış olduğu çalışmada, Medicare hastalarında tedaviye ve klinik klavuza bağlılık gösterenlerde, daha düşük düzeyde komplikasyon geliştiği ve daha az hastaneye yatış olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ho ve diğ. (2006) tarafından diyabet hastaları üzerinde gerçekleştirilen retrospektif bir kohort çalışmasında da benzer şekilde, tedaviye uyumsuz hastaların daha fazla hastaneye yattığı bulunmuştur. Buna karşın Hepke ve diğ.'nin (2004) Michigan'da Blue Cross Blue Shield'li diyabet hastaları ile gerçekleştirdikleri araştırmada, tedaviye %1 ila %39 arasında uyum gösteren hastaların hiç uyum göstermeyenlere oranla daha çok hastaneye yattığı bulunmuştur. Hatta bu araştırmada

herhangi bir düzeyde tedaviye uyum gösteren hastaların, sıfır uyum gösterenlere oranla dört kata kadar daha fazla hastaneye yattığı bulgulanmıştır.

Hastaneye yatışların yanı sıra, diyabette tedaviye uyumsuzluk, hastaların poliklinik ziyaretlerini ve acil servise başvurularını da arttırmaktadır. Colombi ve diğ.'nin (2008) Tip 2 diyabet hastaları üzerinde yapmış olduğu çalışmalarında, tedaviye uyumsuzluğun, hastane yatışlarının yanı sıra, poliklinik ve acil servis ziyaretlerini de arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır. Balkrishnan ve diğ. (2007) Amerika'da Medicare hastaları ile yaptıkları çalışmada da, tedaviye uyumda %10'luk bir artışın acil servise başvuruları %3,6 oranında azaltabileceği sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada poliklinik ziyaretleri ile tedaviye uyum arasında bir ilişki gözlemlenmemiştir. Hepke ve diğ.'nin (2004) Michigan'da gerçekleştirdiği çalışmada, %80-99 arasında tedaviye çok iyi uyum gösteren hastaların, tedaviye sıfır uyum gösterenlere oranla %88 daha az acil servise başvurduğu bulunmuştur.

5.2. Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü tarafından, kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak bireylerin yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi; hastanın fiziksel sağlıklarını, duygusal durumlarını, kişisel inançlarını ve sosyal çevre ile ilişkilerini kapsayan, çok boyutlu bir kavramdır (WHO, 1997).

Genellikle tek bir komplikasyonu olan hastalarda yaşam düzeyi algısı düşüktür. Ancak diyabet gibi kronik hastalıklarda yaşam kalitesi algısı, sağlam kişilere ve gebelere oranla çok daha fazla düşmektedir (Martinez ve diğ. 2008). Diyabette yaşam kalitesinin düşmesi; glisemik kontrolü azaltmakta, hastalık komplikasyon risklerini arttırmakta ve kısa ya da uzun dönemde hastalığı yönetmeyi zorlaştırmaktadır. Diabetik hastaları için bu kadar önemli olan yaşam kalitesinin artması ise genel olarak tedaviye uyum sağlama sonucunda oluşmaktadır (Rubin, 2000).

Diyabette tedaviye uyumun yaşam kalitesi üzerine etkisini araştıran Hanestad ve Albrektsen (1991) tarafından yapılan çalışmada, Norveç diyabet kliniğinde yatan Tip 1 diyabet hastalarının tedaviye uyumlarının yaşam kalitesini etkilediğii sonucuna ulaşılmıştır. Honish ve diğ. (2006) de Tennessee'de yaptıkları çalışmada (n=198) diyabet hastalarında tedaviye uyum ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki olduğunu doğrulamışlardır. Ancak Meksika'da Martinez ve diğ. (2008) tarafından dört aile hekimliğı merkezinde hizmet alan Tip 2 diyabetli hastalar üzerinde gerçekleştirilen çalışmada da, ilaç sayımı yöntemi ile belirlenen tedaviye uyum düzeyinin yaşam kalitesinde etkisi olmadığı, yaşam kalitesini hastanın diyabet bilgisinin ve olumlu tutumlarının etkilediğı anlaşılmıştır.

Yaşam kalitesini etkileyen bir diğeri önemli değişken sağlık hizmeti kullanımınıdır. Hastaneye yatış, acil servis kullanımı, poliklinik ziyaretleri ve tedavi masrafları arttıka hastaların yaşam kalitesi etkilenmektedir. Ancak bazı araştırmalarda sağlık hizmeti kullanımı azaldıkça yaşam kalitesinin arttığı, bazı çalışmalarda ise sağlık hizmetini kullanımı arttıka yaşam kalitesinin de iyileştiğı sonucuna erişilmiştir. Örneğinin Wang, ve Bourbeau (2005), yüksek düzeydeki hastaneye yatış ve acil servis kullanımının, yaşam kalitesini azalttığını saptamışlardır. Buna karşın Gallegos-Carrillo ve diğ. (2008) tarafından yapılan, aralarında diyabet hastalarının da bulunduğu çalışmada, hastaneye yatış sayısı, acile ve polikliniğe başvuru düzeyi gibi tedavi hizmet kullanımını arttıka hastaların yaşam kalitesinin de arttığı tespit edilmiştir.

5.3. Maliyetler Üzerine Etkisi

Diyabet hastalığının tüm dünyada temel bir halk sağlığı sorunu olması ve epidemik olarak yüksek oranda görünmesi gibi nedenlerin yanı sıra, ülkelerin sağlık sistemi içinde yüksek finansal ve sosyal maliyetlere sebebiyet vermesinden dolayı, ülkeler açısından önemi büyüktür (Gomes-Villas Boas ve diğ., 2012).

Diyabet hastalığında tedaviye uyumsuzluk, hastalık maliyetlerini büyük ölçüde etkilemekte ve doğrudan ve dolaylı maliyetleri artırmaktadır. Hastalığın tedavisi için yapılan hastaneye ulaşım, muayene ücreti ve ilaç alımı gibi doğrudan maliyetler, tedaviye uyum göstermeyen hastalarda, iyi uyum gösterenlere oranla 3-4 kat daha artmaktadır. Diyabet hastalığında hesaplanan dolaylı maliyetler ise, hastalık izni, erken emeklilik ve erken ölüm nedeniyle üretim kayıplarını içermektedir ve uyumsuzluk durumunda bu maliyetler de doğrudan maliyetlerdeki artış oranı ile aynı büyüklüktedir (WHO, 2003).

Diyabet hastalığı ile tedaviye uyumun maliyetler üzerine etkisini diyabetli yaşlılarda araştırmak üzere Balkrishnan ve diğ., (2003) tarafından 1,705 diyabetli üzerinde yapılan araştırmada, diyabette tedaviye uyumda %10'luk bir artış, toplam yıllık sağlık hizmeti maliyetlerinde %8,6'lık bir azalışa sebebiyet vermektedir. Shenolikar ve diğ. de (2006) benzer şekilde Afrikan Amerikalı diyabetli hastalarda, tedaviye uyumda %10 luk bir artışın, sağlık harcamalarında %2'lik, diyabetle ilgili sağlık harcamalarında ise %4'lük bir azalışa sebebiyet verdiği sonucuna ulaşmışlardır. Buna karşın Hepke ve diğ. (2004) Michigan'lı diyabetiklerde, tedaviye uyum ile maliyetler arasında bir ilişki olduğunu bulmuşlar ancak tedaviye uyumdaki artışının yıllık toplam sağlık maliyetlerini ve diyabetle ilgili tıbbi maliyetleri arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır.

5.4. Diğer Hastalıklar ve Ölüm Üzerine Etkisi

Diyabet hastalarında tedaviye uyumsuzluk, birçok hastalığa sebebiyet vermektedir. Koroner arter hastalıkları, böbrek ve solunum yolu hastalıkları, retionopati, nöropati ve nefropati gibi mikrovasküler komplikasyonlar ile depresyon, tedaviye uyumsuzluk neticesinde oluşan hastalıklardan bazılarıdır (Hornic ve Aron, 2008).

Ho ve diğ. (2006) tarafından diyabet hastaları üzerinde gerçekleştirilen retrospektif bir kohort çalışmasında, tedaviye uyumsuz hastaların kardiovasküler hastalıklara yakalanma oranının çok daha fazla olduğu bulunmuştur. Kuo ve diğ. (2003) tarafından diyabet

hastaları ile gerçekleştirilen yedi yıllık kohortta da, hastaların tedaviye uyum göstermemesi neticesinde, böbrek, göz ve solunum yolu hastalıklarına yakalanma risklerinin arttığını tespit etmişlerdir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, tedaviye uyum düzeyi az olan hastaların, uyum düzeyi yüksek hastalara oranla böbrek hastalıklarına yakalanma riski 1,5 kat ve solunum hastalıkları riski 1,2 kat artmaktadır.

Tedaviye uyumsuzluk neticesinde oluşan mikrovasküler komplikasyonlara bakıldığında, Baykal (2011) tarafından K.K.T.C.'nde Tip 2 diyabetes mellitus tanısı almış hastaların tedavilerine uyumlarının değerlendirilmesi amaçlı yapılan yüksek lisans çalışmasında, hastaların yaklaşık yarısının tedaviye uyum göstermediği ve hastaların %23,6'sında retinopati, %15,3'ünde nefropati ve %40,1'inde nöropati olduğu saptanmıştır. Depresyonun tedaviye uyumsuzluk ile ilişkisini yapmış olduğu bir meta analiz çalışması ile araştıran Gonzalez ve diğ. (2008) tedaviye uyumsuzluk ile depresyon arasında çok güçlü bir ilişki olduğunu ve tedaviye uyumsuzluk arttıkça depresyona yakalanma olasılığının artacağını bulmuştur.

Bunların yanı sıra, diyabet hastalığı tedavisinde uyumsuzluk neticesinde ölümler gerçekleşebilmektedir. Kuo ve diğ. (2003) tarafından gerçekleştirilen çalışmada (n=908), tedaviye uyum göstermeyen hastalarda diyabetten dolayı ölüm riskinin 1,6 kat arttığı sonucuna ulaşmışlardır. Benzer şekilde, Currie ve diğ. (2012) tarafından İngiltere'deki diyabet hastaları ile yapılan çalışmada da, tedaviye uyumsuzluğun ölüm üzerinde etkisi 1,58 şeklinde bulunmuştur. Harrison ve Lingvay'in (2013) Amerika'da insülin ile tedavi edilen Tip 2 diyabetli hastalar ile gerçekleştirdiği araştırmada da (15,984), diyabet hastalarının %15'inde ölüm olduğu, tedaviye uyum düzeyi yüksek olan hastalara oranla düşük düzeyli hastalarda ölüm riskinin 1,3 kat arttığı saptanmıştır.

6. GEREÇ VE YÖNTEM

6.1 Araştırmanın Amacı ve Kapsamı

Bu çalışmanın amacı, diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyini, sağlık hizmeti kullanımını ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Bu amaçla yapılan çalışmada öncelikle hastaların tedaviye uyum düzeylerinin sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi incelenecektir. Çalışmanın bu temel amacı dışında iki alt amacı daha bulunmaktadır. Bu alt amaçlardan biri; diyabet hastalarının sosyo-demografik ve klinik ile ilgili özelliklerinin, sağlık inançlarının, sağlık okur-yazarlık seviyelerinin ve hekim-hasta ilişkilerinin tedaviye uyum düzeyleri üzerindeki etkisini ortaya koymaktır. Diğer bir alt amaç ise, sağlık hizmeti kullanımının yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin irdelenmesidir.

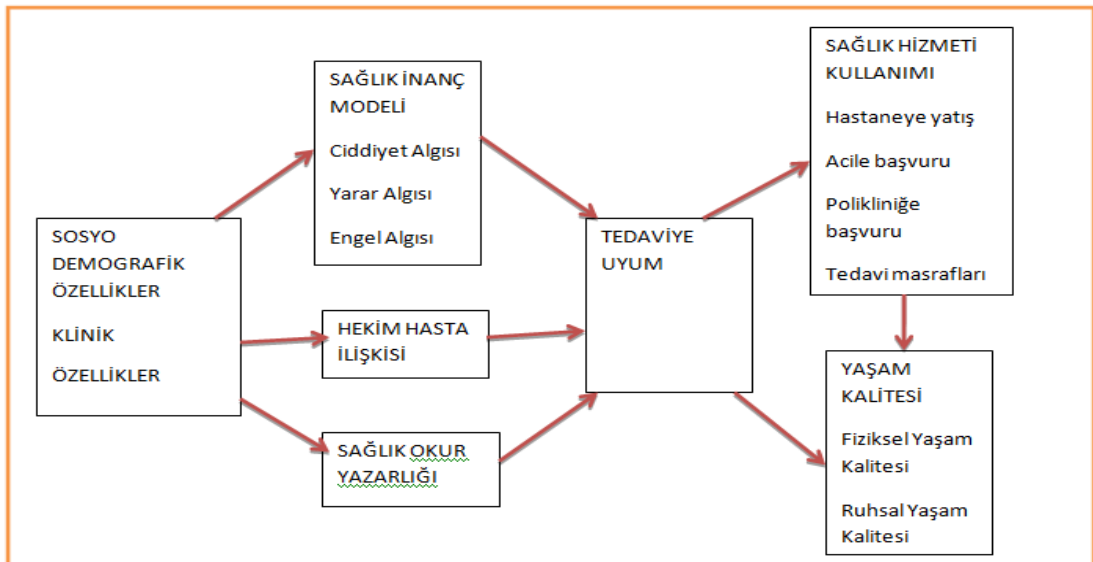
Söz konusu amaçlarla yapılacak olan araştırmada, diyabet hastaların sağlık inanışları Sağlık İnanç Modeli baz alınarak, algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve algılanan engel boyutları ile değerlendirilmektedir. Sağlık okur-yazarlığı ve hekim-hasta ilişkisi düzeyleri tek boyutlu şekilde ele alınmaktadır. Yaşam kalitesi; fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi olmak üzere iki boyutlu incelenmektedir. Çalışmada sağlık hizmeti kullanımı ise; hastaneye yatış sayısı, acil servise başvuru sayısı, poliklinik kullanımı ve ilaç ile tedavi masrafları olarak değerlendirilmektedir.

6.2 Problem Cümlesi

Diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyleri yaşam kalitelerinde ve sağlık hizmeti kullanımlarında etkili midir ve diyabet hastalarının sosyo-demografik ile klinik özelliklerinin, sağlık inançlarının, sağlık okur-yazarlık düzeylerinin ve hekim-hasta ilişkilerinin tedaviye uyumları üzerindeki etkisi var mıdır? sorusu araştırmanın problem cümlesini oluşturmakta olup bu problem cümlesine aşağıdaki alt problem cümleleri ile cevap aranmaya çalışılacaktır;

1. Diyabet hastalarının algılanan ciddiye düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
2. Diyabet hastalarının algılanan yarar düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
3. Diyabet hastalarının algılanan engel düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
4. Diyabet hastalarının genel sağlık inanışlarını etkileyen faktörler nelerdir?
5. Diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlığını etkileyen faktörler nelerdir?
6. Diyabet hastalarının hekim-hasta ilişkisini etkileyen faktörler nelerdir?
7. Diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
8. Diyabet hastalarının hastaneye yatışlarını etkileyen faktörler nelerdir?
9. Diyabet hastalarının acil servise başvuru sıklığını etkileyen faktörler nelerdir?
10. Diyabet hastalarının polikliniğe başvuru sıklığını etkileyen faktörler nelerdir?
11. Diyabet hastalarının tedavi masraflarını etkileyen faktörler nelerdir?
12. Diyabet hastalarının fiziksel yaşam kalitelerini etkileyen faktörler nelerdir?
13. Diyabet hastalarının ruhsal yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?

Çalışmanın amacı ve bu amaç doğrultusunda ortaya konulan alt problemler aşağıda Şekil 1'de şematize edilmiştir.



Şekil 1. Araştırmanın Modeli

6.3 Hipotezler

Yukarıdaki araştırma amacına ulaşmak ve bu amaç doğrultusunda geliştirilmiş problem cümlesine yanıt bulmak için test edilecek hipotezler aşağıdaki gibidir;

Hipotez 1.A. Diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerinden a) cinsiyet b) yaş c) medeni durum d) eğitim düzeyi e) gelir düzeyi f) çalışma durumu g) sağlık güvencesinin varlığı, diyabet hastalarının algılanan ciddiye inançlarını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 1.B. Diyabet hastalarının klinik özelliklerinden a) diyabetin tipi b) diyabetin süresi c) tedavinin süresi d) tedavinin tipi e) komplikasyon f) komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) g) kan şekeri düzeyi ölçüm sonucu, diyabet hastalarının algılanan ciddiye inançlarını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 2.A. Diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerinden a) cinsiyet b) yaş c) medeni durum d) eğitim düzeyi e) gelir düzeyi f) çalışma durumu g) sağlık güvencesinin varlığı, diyabet hastalarının algılanan yarar inançlarını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 2.B. Diyabet hastalarının klinik özelliklerinden a) diyabetin tipi b) diyabetin süresi c) tedavinin süresi d) tedavinin tipi e) komplikasyon f) komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) g) kan şekeri düzeyi ölçüm sonucu, diyabet hastalarının algılanan yarar inançlarını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 3.A. Diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerinden a) cinsiyet b) yaş c) medeni durum d) eğitim düzeyi e) gelir düzeyi f) çalışma durumu g) sağlık güvencesinin varlığı, diyabet hastalarının algılanan engel inançlarını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 3.B. Diyabet hastalarının klinik özelliklerinden a) diyabetin tipi b) diyabetin süresi c) tedavinin süresi d) tedavinin tipi e) komplikasyon f) komorbidite (ek hastalık)

(ek hastalık)g) kan şeker düzeyi ölçüm sonucu, diyabet hastalarının algılanan engel inançlarını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 4.A. Diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerinden a) cinsiyet b) yaş c) medeni durum d) eğitim düzeyi e) gelir düzeyi f) çalışma durumu g) sağlık güvencesinin varlığı, diyabet hastalarının genel sağlık inançlarını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 4.B. Diyabet hastalarının klinik özelliklerinden a) diyabetin tipi b) diyabetin süresi c) tedavinin süresi d) tedavinin tipi e) komplikasyon f) komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) g) kan şeker düzeyi ölçüm sonucu, diyabet hastalarının genel sağlık inançlarını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 5.A. Diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerinden a) cinsiyet b) yaş c) medeni durum d) eğitim düzeyi e) gelir düzeyi f) çalışma durumu g)sağlık güvencesinin varlığı, diyabet hastalarının hekim-hasta ilişkilerini anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 5.B. Diyabet hastalarının klinik özelliklerinden a) diyabetin tipi b) diyabetin süresi c) tedavinin süresi d) tedavinin tipi e) komplikasyon f) komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) g) kan şeker düzeyi ölçüm sonucu, diyabet hastalarının hekim-hasta ilişkilerini anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 6.A. Diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerinden a) cinsiyet b) yaş c) medeni durum d) eğitim düzeyi e) gelir düzeyi f) çalışma durumu g)sağlık güvencesinin varlığı, diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlığı düzeylerini anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 6.B. Diyabet hastalarının klinik özelliklerinden a) diyabetin tipi b) diyabetin süresi c) tedavinin süresi d) tedavinin tipi e) komplikasyon f) komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) g) kan şeker düzeyi ölçüm sonucu, diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlığı düzeylerini anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 7.A. Diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerinden a) cinsiyet b) yaş c) medeni durum d) eğitim düzeyi e) gelir düzeyi f) çalışma durumu g)sağlık güvencesinin varlığı, diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeylerini anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 7.B. Diyabet hastalarının klinik özelliklerinden a) diyabetin tipi b) diyabetin süresi c) tedavinin süresi d) tedavinin tipi e) komplikasyon f) komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) g) kan şekeri düzeyi ölçüm sonucu, diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeylerini anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 7.C. Diyabet hastalarının a)algılanan ciddiyet b) algılanan yarar c) algılanan engel d) genel sağlık inanışları e) hekim hasta ilişkisi f) sağlık okur-yazarlığı, diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeylerini anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 8.A. Diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerinden a) cinsiyet b) yaş c) medeni durum d) eğitim düzeyi e) gelir düzeyi f) çalışma durumu g)sağlık güvencesinin varlığı, diyabet hastalarının son altı ay içinde hastaneye yatışlarını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 8.B. Diyabet hastalarının klinik özelliklerinden a) diyabetin tipi b) diyabetin süresi c) tedavinin süresi d) tedavinin tipi e) komplikasyon f) komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) g) kan şekeri düzeyi ölçüm sonucu, diyabet hastalarının son altı ay içinde hastaneye yatışlarını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 8.C. Diyabet hastalarının a) algılanan ciddiyet b) algılanan yarar c) algılanan engel d) genel sağlık inanışları e) hekim hasta ilişkisi f) sağlık okur-yazarlığı g) tedaviye uyum düzeyi, diyabet hastalarının son altı ay içinde hastaneye yatışlarını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 9.A. Diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerinden a) cinsiyet b) yaş c) medeni durum d) eğitim düzeyi e) gelir düzeyi f) çalışma durumu g)sağlık güvencesinin varlığı, diyabet hastalarının son bir ay içinde acil servise başvurularını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 9.B. Diyabet hastalarının klinik özelliklerinden a) diyabetin tipi b) diyabetin süresi c) tedavinin süresi d) tedavinin tipi e) komplikasyon f) komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) g) kan şekeri düzeyi ölçüm sonucu, diyabet hastalarının son bir ay içinde acil servise başvurularını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 9.C. Diyabet hastalarının a) algılanan ciddiyet b) algılanan yarar c) algılanan engel d) genel sağlık inanışları e) hekim hasta ilişkisi f) sağlık okur-yazarlığı g) tedaviye uyum düzeyi, diyabet hastalarının son bir ay içinde acil servise başvurularını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 10.A. Diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerinden a) cinsiyet b) yaş c) medeni durum d) eğitim düzeyi e) gelir düzeyi f) çalışma durumu g)sağlık güvencesinin varlığı, diyabet hastalarının son bir ay içinde poliklinik başvurularını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 10.B. Diyabet hastalarının klinik özelliklerinden a) diyabetin tipi b) diyabetin süresi c) tedavinin süresi d) tedavinin tipi e) komplikasyon f) komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) g) kan şekeri düzeyi ölçüm sonucu, diyabet hastalarının son bir ay içinde poliklinik başvurularını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 10.C. Diyabet hastalarının a) algılanan ciddiyet b) algılanan yarar c) algılanan engel d) genel sağlık inanışları e) hekim hasta ilişkisi f) sağlık okur-yazarlığı g) tedaviye uyum düzeyi, diyabet hastalarının son bir ay içinde poliklinik başvurularını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 11.A. Diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerinden a) cinsiyet b) yaş c) medeni durum d) eğitim düzeyi e) gelir düzeyi f) çalışma durumu g)sağlık güvencesinin varlığı, diyabet hastalarının son bir ay içinde tedavi masraflarını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 11.B. Diyabet hastalarının klinik özelliklerinden a) diyabetin tipi b) diyabetin süresi c) tedavinin süresi d) tedavinin tipi e) komplikasyon f) komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) g) kan şekeri düzeyi ölçüm sonucu, diyabet hastalarının son bir ay içinde tedavi masraflarını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 11.C. Diyabet hastalarının a) algılanan ciddiyet b) algılanan yarar c) algılanan engel d) genel sağlık inanışları e) hekim hasta ilişkisi f) sağlık okur-yazarlığı g) tedaviye uyum düzeyi, diyabet hastalarının tedavi masraflarını anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 12.A. Diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerinden a) cinsiyet b) yaş c) medeni durum d) eğitim düzeyi e) gelir düzeyi f) çalışma durumu g)sağlık güvencesinin varlığı, diyabet hastalarının fiziksel yaşam kalitelerini anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 12.B. Diyabet hastalarının klinik özelliklerinden a) diyabetin tipi b) diyabetin süresi c) tedavinin süresi d) tedavinin tipi e) komplikasyon f) komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) g) kan şekeri düzeyi ölçüm sonucu, diyabet hastalarının fiziksel yaşam kalitelerini anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 12.C. Diyabet hastalarının a)algılanan ciddiyet b) algılanan yarar c) algılanan engel d) genel sağlık inanışları e) hekim hasta ilişkisi f) sağlık okur-yazarlığı g) tedaviye uyum düzeyi, diyabet hastalarının fiziksel yaşam kalitelerini anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 12.D. Diyabet hastalarının a) hastaneye yatış b) acile başvuru c) poliklinik kullanımı d) tedavi masrafları, diyabet hastalarının fiziksel yaşam kalitelerini anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 13.A. Diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerinden a) cinsiyet b) yaş c) medeni durum d) eğitim düzeyi e) gelir düzeyi f) çalışma durumu g)sağlık güvencesinin varlığı, diyabet hastalarının ruhsal yaşam kalitelerini anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 13.B. Diyabet hastalarının klinik özelliklerinden a) diyabetin tipi b) diyabetin süresi c) tedavinin süresi d) tedavinin tipi e) komplikasyon f) komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) g) kan şekeri düzeyi ölçüm sonucu, diyabet hastalarının ruhsal yaşam kalitelerini anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 13.C. Diyabet hastalarının a)algılanan ciddiyet b) algılanan yarar c) algılanan engel d) genel sağlık inanışları e) hekim hasta ilişkisi f) sağlık okur-yazarlığı g) tedaviye uyum düzeyi, diyabet hastalarının ruhsal yaşam kalitelerini anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotez 13.D. Diyabet hastalarının a) hastaneye yatış b) acile başvuru c) poliklinik kullanımı d) tedavi masrafları, diyabet hastalarının ruhsal yaşam kalitelerini anlamlı şekilde etkilemektedir.

6.4 Varsayımlar

Ankete cevap veren diyabet hastalarının verdiği yanıtların yansız olduğu ve başkalarının fikirlerinden etkilenmediği ya da kişilerin bilinçli olarak yanlış/eksik bilgi vermediği düşünülmektedir. Ayrıca ankete cevap verenler ile vermeyenlerin özellikleri arasında anlamlı bir farkın olup olmadığı bilinmediği için cevap yanlılığı (response bias) olmadığı düşünülmektedir.

6.5 Kısıtlılıklar

Bu çalışma Sağlık Bakanlığı Aksaray Devlet Hastanesi dâhiliye polikliniğine başvuran diyabet hastalarını kapsamaktadır. Bu nedenle araştırma sonuçları, Sağlık Bakanlığı Aksaray Devlet Hastanesine başvuran diyabet hastalarının görüşlerini yansıtmakta olup bu sonuçların tüm diyabet hastalarına genellenmesi olası değildir. Ancak yine de ulaşılan sonuçların, diyabet hastalarına ilişkin önemli ipuçlarını ortaya koyabileceği söylenebilir.

Araştırmayla ilgili diğer bir kısıtı, anket formunun cevaplayıcılara hastane ortamında sunulmuş olmasıdır. Özellikle hastaların hekimleri ile ilişkilerine ilişkin ifadelerinin hastane ortamında ölçülmüş olması, objektif değerlendirmeyi etkileyebilmektedir. Ancak gene de, hastanın henüz hizmeti aldığı zaman bu değerlendirmenin yapılmış olmasının, gerçek fikirlerini de yansıtabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra hastalara anketin özellikle hastaların genel işlerinin bitip, sonuç göstermek için bekledikleri hastane bahçesinde ve bekleme salonunda hastalara uygulanmış olması ile hastane ortamında bulunmaktan dolayı kaynaklanan yanlı değerlendirmeleri ortadan kaldıracabileceği öngörülmüştür.

6.6 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı Aksaray Devlet Hastanesi dâhiliye polikliniklerine başvuran diyabet hastaları oluşturmaktadır. Söz konusu hastanenin dört adet dâhiliye polikliniği bulunmaktadır. Bu polikliniklere, hastanenin Bilgi İşlem Merkezi'nden alınan verilere göre 2013 yılı itibari ile toplam 4428 adet diyabet hastası başvurmuştur. Örneklem belirlenmesinde ise evreni bilinen heterojen gruplar için 4428 kişilik evrenden alınacak örneklem sayısının %95'lik güven düzeyi için, 354 kişiyle yeterli olacağı hesaplanmış ve bu sayı yuvarlanarak örneklem sayısının 360'a tamamlanmasına karar verilmiştir.

Örneklem sayısını belirlemede aşağıdaki formülden yararlanılmıştır:

$N= 4428$	$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q} = \frac{4428 \times (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}{(0.50)^2 \times (4428-1) + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50} = \underline{\underline{354}}$
$p= 0,50$	
$q= 0.50$	
$t= 1.96$	
$d= 0.05$	
$n= ?$	

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinin ardından araştırma için Aksaray Kamu Hastaneleri Birliği ve Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan edinilen gerekli izinlerin ardından her hastadan Aydınlanmış Onam Formu ile hasta rızaları alınmaya çabalanmıştır. Araştırma örneğine; 15 yaş ve üzerinde olan, fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanması planlanan formları cevaplamaya uygun olan, iletişim kurulabilen, görüşmeyi engelleyecek acil sağlık problemi bulunmayan ve araştırmaya katılmaya istekli hastalar katılmıştır.

Araştırmadaki katılımcılar basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiş ve belirlenen örnekleme 24 Şubat-22 Nisan 2014 tarihleri arasında ulaşılmıştır. Hastaların diyabet tipi ve kan şekeri ölçüm düzeyi gibi bilgileri ayrıca ellerinde bulunan dökümanlardan da teyit edilmiştir.

6.7 Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Bu çalışma analitik nitelikte kesitsel bir saha araştırmasıdır. Verilerin toplanmasında anket yöntemi kullanılmıştır. Anketin hazırlanmasında ulusal ve uluslararası çapta konu ile ilgili geniş bir literatür taraması yapılmış ve literatürde en sık kullanılmış ölçekler seçilerek veri toplama aracı oluşturulmuştur.

Veriler, sekiz bölümden oluşan bir anket yöntemi ile toplanmıştır. Uygulanacak anketin birinci bölümünde cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir, çalışma durumu ve sağlık güvencenin varlığı bilgilerini içeren, diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik açık ve kapalı uçlu toplam 7 soruya yer verilmiştir.

Veri toplama aracının ikinci bölümünde, hastaların kaç yıldır diyabet hastası olduğunu, kaç yıldır diyabet tedavisi gördüğünü, diyabet tipini, önerilen tedavi türünü, hastanın diyabetten dolayı oluşan hastalıkları (komplikasyon) ile sahip olduğu diğer hastalıklarını (komorbidite) ve kan şekeri ölçüm düzeyini belirlemeye yönelik 6 sorudan oluşan, hastanın klinik bilgilerini ortaya koyan maddeler bulunmaktadır. Kan şekeri düzeyinin direkt sorulması yerine, hastaya öncelikle, kan şekeri ölçümü yapıp/yaptıracağı ve ne sıklıkla şekeri ölçümü yapıp/yaptıracağı gibi kolaylaştırıcı sorulara yer verilmiştir.

Anketin üçüncü bölümünde, hastaların sağlık hizmeti kullanımlarını ölçmeye yönelik sorulara yer verilmiştir. Sağlık hizmeti kullanımı hastane, acil ve poliklinik kullanımı ile ilaç ve tedavi masraflarıyla ilişkindir. Birer madde ile son altı ayda hastaneye yatışları ile son bir ayda acile ve polikliniğe başvuru sayıları belirlenmeye çalışılmıştır. Tedavi masrafı da benzer şekilde son bir ayda ilaca ve tedaviye ne kadar harcadıklarına ilişkin bir soru ile belirlenmiştir. Bu şekilde hastanın anımsamasından kaynaklanan yanılmanın önüne geçilmeye çalışılmıştır. Ayrıca polikliniğe başvuru sıklığını ölçmeye yönelik sorunun ardından genellikle hangi sağlık kuruluşu polikliniği tercih ettikleri ve tedavi maliyeti ile ilgili soru için ilaç ve tedavi ile ilgili masraflar nedeniyle zorluk yaşayıp ve yaşamadıklarına ilişkin birer pekiştirici soruya yer verilmiştir.

Dördüncü bölümde diyabet hastalarının hastalıkları ile ilgili inançlarını belirlemek üzere diyabete özgü Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Health Belief Model Scale) kullanılmıştır. Diyabet hastalarının sağlık davranışları ile ilgili Given ve diğ. (1983) tarafından 76 sorudan oluşan orijinal ölçek Hurley (1990) tarafından gözden geçirilmiş ve 11 maddeye indirgenmiştir (Hurley, 1990). Ölçek algılanan yarar” (3 soru), “algılanan ciddiyet” (4 soru), ve “algılanan engel” (4 soru) boyutlarından oluşmaktadır. Anketin birinci,

sekizinci, dokuzuncu, onuncu ve on birinci soruları ters ölçeklendirilmiştir. Ölçekte “1” skoru “Kesinlikle Katılmıyorum”, “5” skoru “Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde derecelendirilmiştir. Bu soruların iç güvenilirlik katsayısı 0,80 olarak hesaplanmıştır. Anketin diyabet hastaları için Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları bu araştırma dâhilinde gerçekleştirilmiştir.

Hekim-Hasta ilişkisini belirlemek üzere, beşinci bölümde Van der Feltz-Cornelis ve diğ. (2004) tarafından oluşturulan 9 maddelik “Hasta Hekim İlişkisi Anketi” kullanılmıştır. Ölçek Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarındaki hekim-hasta ilişkisini ölçmek için tasarlanmıştır. Ancak daha sonra çeşitli araştırmacılar tarafından acil serviste (Shaker ve diğ., 2011), psikiyatri kliniğinde (Ghuloum ve diğ., 2010) ve polikliniklerde (Weng ve diğ., 2008) kullanılmıştır. Orjinalinde “Birinci Basamak Hekimim beni anlar” şeklinde hazırlanan maddeler, bu çalışmada, Shaker ve diğ. (2011) tarafından uyarlanan “doktorum beni anlar” tarzındaki hastanede uygulamaya yönelik sorular ile sorulmuştur. Anketin Türkçeye uyarlanması ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Mergen ve diğ. (2012) tarafından yapılmıştır. Çalışmada ölçeğin içsel tutarlılık katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur (Mergen ve diğ., 2012). Ölçekte “1” skoru “Kesinlikle Katılmıyorum”, “5” skoru “Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde derecelendirilmiştir.

Anketin altıncı bölümünde ise hastaların sağlık okur-yazarlıklarını belirlemek amacıyla, Haun ve diğ. tarafından (2009) sağlık okur-yazarlığı düzeyini ölçmeye yönelik hazırlanan Kısa Sağlık Okur-yazarlığı Tarama Aracı (Brief Health Literacy Screening Tool-BRIEF) kullanılmıştır. Her ne kadar farklı ölçüm araçları olsa da, sağlık kuruluşlarında zaman çok önemli bir kısıt olduğundan dolayı, genellikle sağlık okur-yazarlığı ölçümlerinde kısa ölçekler tercih edilmektedir. Ölçeğin sağlık okur-yazarlığını ölçmeye yönelik 4 adet sorusu bulunmaktadır ve “1=Her zaman, 5=Hiçbir zaman” arasında olan beşli Likert Ölçeği ile derecelendirilmiştir ve Anketin ikinci sorusu ters skorlandırılmakta olup soruların içsel güvenilirlik katsayısı 0,84 olarak hesaplanmıştır. (Haun ve diğ., 2009). Anketin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları bu araştırma dâhilinde gerçekleştirilmiştir. Orjinalinde “ne kadar sıklıkla”

şeklinde soru formunda olan anket maddeleri, olumlu cümle formuna getirilerek katılımcılara uygulanmıştır.

Hastaların ilaç uyumlarını belirlemek üzere kullanılan ölçek Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiş olup Morisky ve diğ. (1986) tarafından geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Cronbach alpha: 0.61) (Morisky ve diğ. 1986). Toplam 4 maddeden oluşan ölçek, “Evet-Hayır” şeklinde yanıtlanmaktadır. Hasta tüm sorulara “Hayır” diye cevap vermişse ilaca uyum yüksek, en fazla iki soruya “Evet” demişse orta, ikiden fazla verilen “Evet” yanıtı ise düşük düzey uyum şeklinde değerlendirilmektedir. Anket 2004 yılında Yılmaz tarafından yapılan “Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri Ve İlaç Uyumu” isimli yüksek lisans tezinde geçerlilik güvenilirliği ölçülmüş ve Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0,52 olarak bulunmuştur (Yılmaz, 2004). Orjinali isimsel iki değişkenli olarak ölçeklendirilen anket daha sonra Erickson ve diğ (2001) tarafından “1=asla 5=her zaman” 5 li likert ölçeği ile sorular değerlendirilmiş ve güvenilirliği 0,86 olarak hesaplanmıştır (Erickson ve diğ, 2001). Bu araştırmada da ölçeğin skorlaması Beşli Likert ölçeği ile yapılmıştır.

Anketin son bölümünde ise diyabetle ilgili yaşam doyumunu ölçmek için SF 12 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form-36 (SF-36) Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Anketin Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve diğ. (1999) tarafından yapılmıştır.

SF-36 fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, duygusal rol, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik ve canlılık olmak üzere 8 alt bileşen ve 36 sorudan oluşmaktadır. Kısa Form-12 (SF-12) ise, SF 36’nın fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, duygusal rol ve ruhsal sağlık boyutlarından ikişer, genel sağlık, ağrı, canlılık ve sosyal işlevsellik boyutundan birer sorudan almak üzere 12 sorudan oluşturulmuştur. Ware ve diğ. (1996) tarafından oluşturulan SF 12, SF 36’dan aldığı bu sekiz boyuttaki sorularla, orjinalindeki sekiz boyutu kullanmak yerine, iki özet skor puanı elde etmektedir (Ware ve diğ., 1996).

Yaşam kalitesinin fiziksel alanını gösteren fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, genel sağlık ve ağrı alt bileşenlerinden tek bir puan olan Fiziksel Bileşen Özet Skoru (FBÖS) ile duygusal rol, ruhsal sağlık, canlılık ve sosyal işlevsellik alt bileşenlerinden Ruhsal Bileşen Özet Skoru (MBÖS) hesaplanmaktadır. Bu özet skorlardan alınabilecek toplam puanlar 0-100 arasında değişmekte olup, yüksek puan yaşam kalitesinin de yüksek olduğunu göstermektedir.

SF-12 skorlaması, birincisi elle hesaplama ikincisi ise software programı kullanılarak iki şekilde yapılabilmektedir. Elle hesaplama yapılırken 3 basamaklı bir yol izlenmektedir. Öncelikle eksik veri varlığında hesaplama yapmak mümkün olmadığından dolayı, eksik veri olup olmadığı kontrol edilmelidir. Ardından cevaplara verilen her bir yanıt ile fiziksel ve ruhsal ölçek hesaplaması yapabilmek için standardizasyon değerleri kullanılarak, verilen yanıt karşılık gelen değerler ayrı ayrı toplanır. Son olarak, 12 soru için fiziksel standardizasyon toplamına 56,57706 eklenerek Fiziksel Bileşen Özet Skoru (FBÖS) elde edilir. Yine 12 soru için ruhsal standardizasyon toplamına 60,75781 eklenerek Ruhsal Bileşen Özet Skoru (MBÖS) hesaplanmış olur (Korur, 2010)

Diğer bir yöntem olan software kullanımı ise <http://www.sf-36.org/demos/SF-12.html> sitesinde yer alan SAS programı ile hesaplanmaktadır. Araştırmamızda SF-12 skorlarının hesaplanması internet üzerindeki bu resmi sayfadan gerçekleştirilmiştir.

6.8 Anketin Uygulanması

Yukarıda bahsedildiği şekilde oluşturulan ankette yer alan ölçekler, araştırmada veri toplama amacıyla kullanılmıştır. Böylelikle tezin saha araştırmasına yönelik hazırlanan anketin, cevaplandırılanlar tarafından anlaşılır olup olmadığının gözlemlenmesi için 2014 yılı 10-11 Şubat tarihleri arasında Aksaray Devlet Hastanesinin diyabet servisinde yatan 10 hasta üzerinde bir ön uygulama yapılmıştır. Yapılan ön uygulama esnasında hastaların genel olarak soruları kolayca anladıkları ve cevaplandırabildikleri ancak sadece “diyabet” den ne kastedildiği konusunda çok fazla bilgi sahibi olmadıkları

görülmüştür. Bu konuya açıklık getirmek adına, sorularda yer alan diyabet kelimesi “şeker hastalığı” olarak değiştirilmiştir. Ayrıca komorbidite (ek hastalık) (diyabet haricinde başka bir hastalığınız varmı?) ve komplikasyonu (diyabet hastalığınızın neden olduğu başka bir hastalığınız var mı?) belirlemeye yönelik olarak sorulan her iki soruya hastalar aynı yanıtı verdiği gözlemlenmiştir. Söz konusu nedenle bu iki soru “diyabet hastalığı haricinde başka bir hastalığınız var mı?” şeklinde açık uçlu bir soru şekline getirilmiş ve söz konusu bu tek soru ile komplikasyon ve komorbiditeyi ölçebilecek ve özellikle komorbiditeyi ayırt edebilecek bilgi edinilebilmiştir.

Söz konusu ön uygulamanın ardından, çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliği sadece içsel tutarlılık katsayıları ile değil aynı zamanda test-tekrar test yöntemiyle de belirlenmesi amacıyla, Osmaniye ilinde bir ilköğretim okulunda çalışan öğretmenler ve öğrenci velilerinden oluşan toplam 30 diyabet hastası (10 erkek, 20 kadın) üzerinde test-tekrar test uygulaması gerçekleştirilmiştir. Test-tekrar test uygulaması araştırmanın asıl verilerinin içinde yer almayan bu 30 kişilik gruba, birer hafta arayla iki kez anket görüşmesi yapılması yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Böylece uygulanan ankete verilen cevapların zamana göre değişmezliği ya da tutarlılığı belirlenmeye çalışılmıştır.

Asıl anket uygulaması ise 24 Şubat 22 Nisan 2014 tarihleri arasında, diyabet hastalarına yüzyüze görüşme ile gerçekleştirilmiştir. Anket uygulamasında hastalara ankete verilen bilgilerin, bilimsel araştırma amaçlı olup, başka amaç için kullanılmayacağı ve gizli tutulacağı ile herhangi bir nedenle ya da hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip oldukları belirtilmiştir. Anket uygulaması, hastaların tüm işlemleri bitip, sadece sonuç göstermek için bekledikleri hastane bahçesi ile bekleme salonunda gerçekleştirilmiştir. Anket yüz yüze gerçekleştirildiğinden dolayı boş bırakılan ve eksik doldurulan sorunun bulunmamasına dikkat edilmiş, ancak anket uygulaması esnasında ayrılan 8 hasta için, örnekleme ulaşmak adına yeni hasta bulunmuştur.

6.9 Verilerin Analizi

Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra tanımlayıcı ve hipotezlere ilişkin istatistiksel çözümler SPSS programı (17.0) ile analiz edilmiştir. Araştırma kapsamındaki diyabet hastalarının özellikleri ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımı gibi betimleyici istatistiklerle incelenmiştir. Çalışmanın temel analitik metodolojisi içerisinde ise, sürekli bağımlı değişkenler için hipotezlerle öne sürülen ilişkilerin verilerle desteklenip desteklenmediğine karar vermek için çoklu regresyon modelleri kullanılmıştır. Ancak, çoklu regresyon çözümlerinden önce ise gerek bağımsız değişkenler arası gerekse bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenler arası ilişkileri incelemek için çeşitli ilişki katsayılarından yararlanılmıştır.

Yapılacak her ölçümde ölçümün kullanılabilirliğinin ortaya konulmasında en önemli saf, geçerlilik ve güvenilirliğine bakılmasıdır. Bu nedenle her ne kadar geçerli ve güvenilir bir ölçümle çalışılsa da, örneklem boyutu ile yapılan yer ve zaman farklılıklarından dolayı, yapılan her araştırmada ölçümlerin geçerlilik ve güvenilirliğe bakılması gerekmektedir. Bu nedenle araştırmada ayrıca Sağlık İnanç Modeli, hekim hasta ilişkisi, sağlık okur-yazarlığı ve tedaviye uyum ve yaşam kalitesi ölçümleri için geçerlilik ve güvenilirlik analizleri de gerçekleştirilmiştir.

6.9.1 Güvenilirlik Analizi

Tüm ölçümlerin kendine özgü hataları mevcuttur. Bu hatalar sistematik ve randomize olarak ikiye ayrılmakta, sistematik hatalar geçerlilik, randomize hatalar ise güvenilirlik testlerini etkilemektedir. Bu nedenle bir ölçümün geçerlilik ve güvenilirliği yapıldığında, diğer bir ölçümde yapılmaması düşüncesi yanlış bir algı olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü bu hatalar kullanılan yöntem ve örnekleme özgü olarak değişebilmektedir. Bu nedenle belirli bir örneklem seçildiğinde, kullanıcı, örneklem ve yöntem değiştiğinden

dolayı ilgili ölçeğin yeniden geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılması gerekmektedir (Kane ve Radosevich, 2011).

Bilimsel araştırmalarda güvenilirlik analizlerinde; bir testin aynı gruba aralıklı olarak iki kez uygulanması (test-tekrar test), paralel test yöntemi, bir testin iki yarıya bölünmesi (split-half method), Kuder Richardson 20 ve 21 formülleri, Guttman ve Omega katsayıları gibi çok çeşitli yöntemler kullanılmakla birlikte genellikle Cronbach Alfa katsayısına dayalı *içsel tutarlılık yönteminin* çok fazla tercih edildiği bilinmektedir (Streiner ve Norman, 1992).

Test-tekrar test yönteminde iki farklı zamanda aynı ölçüm aracı aynı kişilere uygulanmaktadır. Bu süre 7 ila 10 gün arasında değişmektedir. İki ölçüm arasındaki korelasyonlar, ölçümün güvenilirliğini ortaya koymaktadır. İki ölçüm arasındaki zaman daha kısa tutulursa güvenilirlik olduğundan daha yüksek, daha uzun tutulursa ya da hastanın durumunda çok önemli bir durum gelişirse güvenilirlik olduğundan daha düşük olarak hesaplanabilir. Ağrı gibi zaman içinde değişen durumlar için bu güvenilirlik ölçüm yöntemi uygun değildir (Kane ve Radosevich, 2011).

İçsel tutarlılık yöntemi ise, genellikle ölçüm aracının örnekleme sadece bir kez uygulanması durumunda kullanılan bir metottur. Ölçüm aracı eğer aynı boyutu sorgulayan bir çok soruya sahipse o zaman her bir sorunun skala içerisindeki diğer sorularla ilişkili olması beklenir (Jaeger, 1983; Öner, 1997). Cronbach Alfa, Sınıf İçi Korelasyon Katsayısından elde edilmektedir. Ölçümde yer alan maddelerin birbiri ile korelasyonu yüksek ise, güvenilirlikte yüksek olarak hesaplanmaktadır. Ayrıca ölçekteki soru sayısı arttıkça, ölçümün güvenilirliği de artmaktadır. (Kane ve Radosevich, 2011).

Tablo 1. Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Sonuçları

	Soru sayısı	İçsel tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa)	Test_tekrar test
Sağlık İnanç Modeli	11	0,75	0,96
<i>Algılanan Ciddiyet</i>	4	0,77	0,95
<i>Algılanan Yarar</i>	3	0,84	0,96
<i>Algılanan Engel</i>	4	0,73	0,95
Hekim Hasta İlişkisi	9	0,97	0,94
Sağlık Okur-Yazarlığı	4	0,91	0,92
Tedaviye Uyum	4	0,86	0,95
Yaşam Kalitesi	12	0,91	0,88
<i>Fiziksel Yaşam Kalitesi</i>	6	0,89	0,76
<i>Ruhsal Yaşam Kalitesi</i>	6	0,83	0,76

Konuyla ilgili literatürde alfa güvenirlilik katsayısının 0,7 ve daha yukarısı olması önerilmesine rağmen 0,5 ya da daha yukarı olduğu zaman da güvenirliliğin gruplar arası karşılaştırmalar yapmak için yeterli bir düzey olduğu belirtilmektedir (Stewart ve diğ., 1988). Tablo 1’de hem araştırmada uygulanan 360 anketin içsel tutarlılık katsayısı olan Cronbach alfa değerleri, hem de 30 kişiyle yapılan test-tekrar test sonucu elde edilen korelasyon katsayıları yer almakta ve her iki test için de kabul edilebilirlik sınırları olan 0,70’in çok üzerinde olduğu, yani ölçeklerin güvenilir olduğu görülmektedir.

6.9.2 Geçerlilik Analizleri

Güvenirlilik geçerlilik için bir ön koşuldur, ancak geçerliliğin ortaya konması sağlık sonuç araştırmacıları için en önemli konulardan biridir. Geçerlilik ölçüm sürecinin kalbi olarak tarif edilmektedir. Ölçülmek istenilen özelliğin, gerçekten ölçülüp ölçülmediği ile ilgilenmektedir (Kane ve Radosevich, 2011).

Uygulamada, geçerlilik ölçülen değişkenler ile gözlenen diğer değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren ve operasyonel tanımlardan hareket eden hipotezlerin test edilmesi

sürecidir. Geçerlilik tek bir konsept olsa da içinden birkaç geçerlilik tipini barındıran bir yapıdadır. Geçerlilik için içerik geçerliliği, kriter geçerliliği ve yapı geçerliliği daha çok kullanılmadığıdır (Kane ve Radosevich, 2011).

İçerik geçerliliği, ölçümün kapsamına işaret etmektedir. Yani ölçekteki maddelerin ilgilene boyutları ortaya koyup koymadığı ile ilgileneilmektedir. Örneğin sakatlığı ölçen bir ölçekte, sakatlığın tüm boyutlarını ilgilendiren sorular sorulmalıdır. Hastanın kendi kendine banyo yapabilmesi veya elbiselerini giyebilmesi değerlendirilmez ise fonksiyonel sakatlık boyutunu ilgilendiren bir takım soruların olmadığı, bu durumda ise, ölçeğin doğru ölçmediği sonucuna varılabilmektedir. İçerik geçerliliğinde bir de yüz geçerliliği bakılmaktadır. Yüz geçerliliği ölçekteki yapının gerçekten ölçülmek istenilen şeyi doğru olarak ölçüp ölçmediğini yargılarla ortaya koymaktır. Duyarlılıkta içerik geçerliliğinin bir biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Diğer bir geçerlilik kriter geçerliliği olup, altın bir standart olan ölçekle oluşturulan ölçeğin korelasyonunun değerlendirilmesi anlamına gelmektedir. Bu değerlendirme iki ölçeğin birbiri ile uyuşmasının belirlenmesi ile gerçekleştirilmektedir. Örneğin klinikte uygulanan tarama testleri uygulaması bir çeşit kriter geçerliliği olarak düşünülmektedir. Epidemiyologlar kriter geçerliliğini ölçmek için duyarlılık ve belirleyicilik analizini uygulamaktadırlar. Bu analizde bir altın standart belirlenerek, yapılan ölçüm ile bu standart ile gerçekleştirilen ölçüm arasındaki uyuşmalar belirlenmektedir. Her iki ölçeğinde uyuşma yüzdesi bulunur ve ne kadar yüksek oranda uyuşma varsa testin o kadar yüksek duyarlılık ve belirleyiciliğe sahip olduğu söylenebilir (Kane ve Radosevich, 2011).

Yapı geçerliliği ise, gözlenemeyen yapıların ölçüm ilişkilerini göstermektedir. Bazı yapılar gözlemlenemez ve bu nedenle geçerliliğini ortaya koymak zor olmaktadır. Yapı geçerliliğinde ilgilene yapı, değişkenlerdir. Örneğin kişinin fonksiyonel durumu ile yaş arasında bir ilişki olması beklenmektedir. Çünkü yaş ilerledikçe fonksiyonel

durumda azalmalar meydana gelmektedir ve ölçeğin bu ilişkiyi koyabilmesine yapı geçerliliği adı verilmektedir (Kane ve Radosevich, 2011).

Yapı geçerliliği birkaç farklı yöntemle belirlenebilse de en yaygın kullanılanı açıklayıcı faktör analizidir. Analiz birbiri ile ilişkisi olduğu düşünülen çok sayıdaki değişkenlerin matematiksel yöntemler kullanılarak basitleştirilmesine olanak tanıyan bir yöntemdir. Bu amaçla kullanılan faktör analizi, geliştirilmekte olan bir ölçme aracında yer alan her bir uyarana (maddeye) cevaplayıcıların verdiği tepkiler arasında belli bir düzen olup olmadığı ile ilgili bilgi edinilmesinde kullanılan çok değişkenli analiz tekniklerinden biridir (Tavşancıl, 2002). Böylece, tüm değişkenlerin sayısı azaltılarak, daha az ve daha öz değişkenlerle iş yapma yolu açılmış olur. Faktör analizi, birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek az sayıda kavramsal olarak anlamlı yeni değişkenler (faktörler, boyutlar) bulmayı, keşfetmeyi amaçlayan çok değişkenli bir istatistiktir (Büyüköztürk, 2005).

Faktör analizi işleminden önce, her bir ölçek için Bartlett Test (Bartlett Test of Sphericity) değerleri ile KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) değerine bakılması önerilmektedir. Bartlett Testi korelasyon matrisi birim matrise eşitliği hipotezini test ederek, faktör analizinin bu değişken kümesine uygulanabileceğini ortaya koyarken KMO değeri, örneklemin yeterliliği hakkında bilgi vermektedir. Bartlett Testinde p değerinin 0,05'ten küçük olması anlamlı iken, KMO değerinin 0,70'ten yüksek olması beklenmektedir (Büyüköztürk, 2002).

İkinci adım faktör sayısının belirlenmesidir. Bu adımda, seçilen modelin veriye ne kadar uyumlu olduğu tespit edilir. Söz konusu veri seti için faktör analizinin uygun olduğuna karar verdikten sonra, oluşturulan korelasyon matrisini baz alarak, faktör çözümünü ortaya koymak amacıyla uygun bir faktör çıkarma (oluşturma) yönteminin seçilmesi ve başlangıç çözümünün oluşturulmasını kapsamaktadır. Bu aşamada, amaç değişkenler arasındaki ilişkileri en yüksek derecede temsil edecek az sayıda faktör elde etmektir. Kaç faktör elde edileceği ile ilgili çeşitli kriterler söz konusudur. Bunlardan biri

açıklanan varyansa göre belirleme olup, bu yöntemde araştırmacı faktör analizi neticesinde ortaya çıkan boyut sayısını belirlemede belirli bir toplam açıklanan varyans seviyesine ulaşmayı sağlayacak faktör sayısını tercih yoluna gider. Burada asgari oran %50'dir. Bu çalışmada, faktör sayılarının belirlenmesinde faktör sınırlandırılması getirilmemiştir.

Üçüncü adım rotasyon olup, faktörleri dönüştürerek daha iyi yorumlanabilir hale getirilir. Başlangıç faktör analizi çözümüne ulaşıldıktan sonra (başlangıç faktör matrisi) ortaya çıkan faktörlerin yorumlanması ve isimlendirilmesini kolaylaştırmak için faktörleri temsil eden eksenlerde çeşitli manipülasyonlar veya eksen kaydırmaları yapma yoluna gidilir. Faktör rotasyonundan amaç, isimlenebilir ve yorumlanabilir faktörler elde etmektir. Rotasyonda en çok kullanılan yöntem orthogonal rotasyondur. Orthogonal rotasyonda elde edilen faktörler birbirleri ile korelasyon içinde değildirler. Orthogonal rotasyonda üç teknik kullanılır. Bunlar sırasıyla, varimax (en çok kullanılan tekniktir), equamax ve quartimax 'tır. Promax ve Direct Oblimin yöntemleri ise oblique rotasyon yapılmak istendiğinde kullanılan tekniklerdir. Veri seti çok büyük ise Promax rotation, Direct Oblimin rotation'a tercih edilir (Altunışık ve diğ., 2010).

6.9.2.1 Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine İlişkin Faktör Analizi Sonuçları

Diyabet hastalarının, Sağlık İnanç Modeline ilişkin veri kümesindeki değişkenlerin faktör analizi sonucunda; Barlet Testi değeri 1655,49 ($p < 0,001$) ile KMO örneklem yeterliliği 0,72 olarak bulunmuştur ve bu bulgular, mevcut değişkenlerin ve örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli ve uygun olduğu anlamına gelmektedir. Toplam varyansın açıklanma oranı 65,90'dır.

Tablo 2. Sağlık İnanç Modeline İlişkin Faktör Analizi

	Bileşen		
	Ciddiyet	Engel	Yarar
Ciddiyet 1	,653	-,005	-,072
Ciddiyet 2	,918	,027	,000
Ciddiyet 3	,908	,046	,033
Ciddiyet 4	,588	,077	,366
Yarar 1	,022	,159	,825
Yarar 2	,068	,144	,910
Yarar 3	,009	,140	,828
Engel 1	,036	,758	,066
Engel 2	,022	,805	,099
Engel 3	,046	,667	,127
Engel 4	,009	,814	,179

Tablo 2’de yer alan Sağlık İnanç Modeli faktör analizi sonucu Varimax yöntemi ile rotasyona tabi tutulmuş ve değişkenlerin üç boyutta toplandığı saptanmıştır. Bu faktörlerde yer alan değişkenlerin bütünü incelendiğinde, orijinal ölçek boyutları ile aynı olan bir gruplamanın ortaya çıktığı söylenebilir.

6.9.2.2 Hekim-Hasta İlişkisi Ölçeğine İlişkin Faktör Analizi Sonuçları

Çalışmaya katılan diyabet hastalarının, hekim-hasta ilişkisi ilişkin veri kümesindeki değişkenlerin faktör analizi sonucunda; Barlet Testi 4328,59 ($p<0,001$), KMO örneklem yeterliliği 0,95 ve toplam varyansın açıklanma oranı 82,13’tür. Tablo 3’te de görülebileceği gibi faktörler tek bir boyutta toplanmaktadır ve bu faktörlerde yer alan

değişkenlerin faktör boyutunun orijinal ölçek boyutları ile aynı yapıda olduğu bulgulanmıştır.

Tablo 3. Hekim -Hasta İlişisine İlişkin Faktör Analizi

	Bileşen
	Hekim-Hasta İlişkisi
Hekim-Hasta İlişkisi 1	,865
Hekim-Hasta İlişkisi 2	,939
Hekim-Hasta İlişkisi 3	,931
Hekim-Hasta İlişkisi 4	,930
Hekim-Hasta İlişkisi 5	,927
Hekim-Hasta İlişkisi 6	,943
Hekim-Hasta İlişkisi 7	,913
Hekim-Hasta İlişkisi 8	,888
Hekim-Hasta İlişkisi 9	,812

6.9.2.3 Sağlık Okuryazarlığına Ölçeğine İlişkin Faktör Analizi Sonuçları

Hastaların sağlık okur-yazarlığı ile ilgili değişkenlerine ilişkin faktör analizi sonucu Tablo 4'te yer almaktadır. Buna göre sağlık okur-yazarlığı orijinal ölçekte olduğu gibi

Tablo 4. Sağlık Okur-yazarlığına İlişkin Faktör Analizi

	Bileşen
	Sağlık Okur-yazarlığı
Sağlık Okuryazarlığı 1	,885
Sağlık Okuryazarlığı 2	,893
Sağlık Okuryazarlığı 3	,892
Sağlık Okuryazarlığı 4	,882

tek bir boyutta toplanmıştır. Faktör analizinin bu değişken kümesine uygulanabileceğini ortaya koyan Barlet Testi değeri 1089,83 ($p<0,001$), ve örneklemin yeterliliği hakkında bilgi veren KMO değeri 0,76'dır. Toplam varyansın açıklanma oranı ise 78,84'tür.

6.9.2.4 Tedaviye Uyum Ölçeğine İlişkin Faktör Analizi Sonuçları

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının, tedaviye uyum ölçeğine ilişkin veri kümesindeki değişkenlerin faktör analizi sonucunda; Barlet Testi 1117,64 ($p<0,001$), KMO örneklem yeterliliği 0,64 ve toplam varyansın açıklanma oranı 70,86'dır. Tablo 5'te de görülebileceği gibi faktörler tek bir boyutta toplanmaktadır ve bu faktörlerde yer alan değişkenlerin faktör boyutunun orijinal ölçek boyutları ile aynı yapıda olduğu bulgulanmıştır.

Tablo 5. Tedaviye Uyum İlişkin Faktör Analizi

	Bileşen
	Tedavi Uyum
Tedaviye Uyum1	,819
Tedaviye Uyum2	,829
Tedaviye Uyum3	,870
Tedaviye Uyum4	,849

6.9.2.5 Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Faktör Analizi Sonuçları

Diyabet hastalarının, yaşam kalitesine ilişkin veri kümesindeki değişkenlerin faktör analizi sonucunda; Barlet Testi değeri 3553,28 ($p<0,001$) ile KMO örneklem yeterliliği 0,85 olarak bulunmuştur ve bu bulgular, mevcut değişkenlerin ve örneklem

büyükliğünün faktör analizi için yeterli ve uygun olduğu anlamına gelmektedir. Toplam varyansın açıklanma oranı 66,17’dir.

Tablo 6’da yer alan yaşam kalitesi ölçeği SF 12’nin faktör analizi sonucu Varimax yöntemi ile rotasyona tabi tutulmuş ve değişkenlerin iki boyutta toplandığı saptanmıştır. Ancak bu faktörlerde yer alan değişkenlerin bütünü incelendiğinde, orijinal ölçek boyutları ile aynı olmayan bir gruplamanın ortaya çıktığı söylenebilir. SF 12 ölçeğinde yaşam kalitesinin fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, genel sağlık ve ağrı alt bileşenlerinden Fiziksel Yaşam Kalitesi ile duygusal rol, ruhsal sağlık, canlılık ve sosyal işlevsellik alt bileşenlerinden Duygusal Yaşam Kalitesi boyutları ortaya konulmaktadır. Bu çalışmada ise ruhsal sağlık, genel sağlık ve canlılık alt boyutlarının bir grupta, diğer alt boyutların ise başka bir faktör boyutunda toplandığı görülmektedir.

Tablo 6. Yaşam Kalitesine İlişkin Faktör Analizi

	Component	
	Fiziksel Yaşam Kalitesi	Duygusal Yaşam Kalitesi
Genel Sağlık	,463	,469
Fiziksel İşlevsellik1	,806	,143
Fiziksel İşlevsellik 2	,800	,188
Fiziksel Rol 1	,835	,173
Fiziksel Rol 2	,840	,194
Duygusal Rol 1	,751	,323
Duygusal Rol 2	,713	,323
Ağrı	,787	,179
Canlılık	,183	,901
Ruhsal Sağlık 1	,186	,907
Ruhsal Sağlık 2	,243	,776
Sosyal işlevsellik	,583	,238

6.9.3 Regresyon Analizi

Çoklu doğrusal regresyonda, bağımlı değişkeni etkileyen birden çok bağımsız değişken söz konusudur ve analizin amacı, bağımsız değişkenlerden hangilerinin bağımlı değişkeni daha çok etkilediğini ortaya koyan fonksiyonel ilişkiyi belirlemek ve etkilediği belirlenen bağımsız değişkenler yardımıyla bağımlı değişken değerini öngörmektir (Tatlıdil, 1996). Doğrusal regresyon analizinin mantığı artıkların karelerine ilişkin toplamın en küçük olması şeklinde ifade edilen en küçük kareler yöntemine dayanmaktadır. Regresyon analizinde bağımlı ve bağımsız değişkenlerin normale yakın dağılım göstermesi, bağımlı değişken değerlerine ilişkin varyansların homojen olması ve bağımlı değişken alt kümelerinin oluşturduğu dağılımlara ilişkin ortalamaların bir doğru üzerinde bulunması gibi bir dizi varsayımların karşılanması gerekmektedir (Alpar, 1997; Akgül, 1997).

Çoklu regresyonda ayrıca karşılanması gereken bir diğer varsayım da çoklu bağlantı (multicollinearity) sorununun olmamasıdır. Çoklu bağlantı sorunuyla, bağımsız değişkenlerden bazılarının veya tümünün kendi aralarında sıkı doğrusal ilişki halinde olmaları durumunda karşılaşılr. İki değişken arasındaki ilişki +1 ise aynı, -1 ise ters yönlü tam bağımlılık, sıfıra eşitse tam bir bağımsızlık söz konusudur. Çoklu bağlantı, bir bağımsız değişkenin diğer bağımsız değişkenlerle olan ilişkisinin derecesine göre bağımsız değişkenin tahmin gücünü azaltır. Çoklu bağlantı arttıkça bağımsız değişken tarafından açıklanan spesifik varyans azalmakta, ortak varyans yüzdesi ise artmaktadır. Ortak varyans bir kez sayıldığından, modele yüksek çoklu bağlantılı değişkenler alındıkça genel tahmin gücü daha az artmaktadır (Kalaycı 2006). Bağımsız değişkenler arasında yüksek korelasyon olması, söz konusu değişkenlerin benzer bilgiler sağlaması anlamına geleceği için her bir değişkenin etkisini ayırtırmak zorlaşmaktadır (Alpar, 1997).

Çoklu bağlantı problemini saptamada kullanılan birkaç yöntem bulunmaktadır. Bu yöntemlerden birincisi basit korelasyon matrisinin incelenmesidir. İki bağımsız değişken arasındaki basit korelasyon katsayısı anlamlı ise çoklu bağlantı problemine yol açabilir. Buna rağmen, her zaman çoklu bağlantı problemine yol açmamaktadır. Çoklu bağlantının saptanmasında kullanılacak diğer yaklaşım, kısmi korelasyon katsayılarının incelenmesidir. İki değişken arasındaki basit korelasyon katsayıları anlamlı olduğu halde kısmi korelasyon katsayıları anlamsız çıkıyorsa bu durum çoklu bağlantı sorunu için bir işaret olabilir. Buna rağmen kısmi korelasyon yöntemi her zaman etkili bir yaklaşım olmamaktadır. Diğer bir anlatımla, kısmi korelasyon katsayıları yüksek olması durumunda bile çoklu bağlantı problemi olabilmektedir. Çoklu bağlantının saptanmasında kullanılan diğer önemli bir yöntem varyans artış faktörleridir (VIF= Variance Inflation Factors). Büyük VIF değerleri, söz konusu bağımsız değişkenler arasında ilişki olduğunu gösterir. Bu durumda değişkenlerden sadece birinin modele dahil edilmesi yeterlidir. Bağımsız değişkenler arası ilişki yoksa VIF=1 olacaktır. Bağımsız değişkenler arası tam bir ilişki varsa VIF=10 olacaktır (Alpar, 1997).

Çalışmada çoklu bağlantı sorunu hem Tablo 3'deki ilişki matrisi ile hem de VIF değerleri ile kontrol edilmiştir. İlişki matrisinde aralarında güçlü ve çok güçlü ilişkiler bulunan değişkenlerden sadece birinin modele alınmasına karar verilmiştir. Hangi değişkenin alınması gerektiği konusundaki kararı vermek için bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenlerle olan ilişki matrisleri incelenmiştir.

Regresyon modellerinde hataların bağımsızlığına da (otokorelasyon) dikkat edilmiştir. Gözlem değerlerinin birbirinden bağımsız olup olmadığını ya da etkilenip etkilenmediğini ortaya koyan otokorelasyon önemli bir problem olup gözlemler arasında hiç olmaması ya da çok küçük olması arzulanır. Özellikle regresyon analizinde yüksek çıkması analiz sonuçlarının yorumunu güçleştirir. Bu yüzden hesaplanan otokorelasyon katsayısının önemli olup olmadığı test edilmeli ve önemli ise bertaraf edilmelidir (Kalaycı, 2006). Otokorelasyonu kontrol etmek için en sık Durbin Watson (DW)

istatistiği kullanılmaktadır (Nakip, 2003). İki terim tamamen birbirinden bağımsız ise $DW=2$ 'ye yaklaşır. Bu katsayının 1,5 ile 2,5 arasında olması da önerilmektedir (Kalaycı, 2006).

Regresyon eşitliklerinde yer alan bağımsız değişkenlerin toplam varyansın ne kadarını açıkladığını göstermek için olası ölçüm değerleri +1 ile 0 arasında dağılan R^2 sonuçları kullanılmaktadır. Tanımlayıcılık katsayısı olarak da bilinen R^2 aynı zamanda regresyon modelinin uyum iyiliğinin en yaygın ölçüm biçimidir. Söz konusu katsayısının "1"e eşit olması bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki varyasyonun tümünü açıklaması anlamına gelirken "0" olması bağımlı değişkenlerdeki varyasyonun bağımsız değişkenler tarafından hiç açıklanmadığı ve aralarında doğrusal ilişkinin olmadığı anlamına gelmektedir. Korelasyon ve tanımlayıcılık katsayılarından ayrı olarak, modelin uyum iyiliği ile ilgili değerlendirmeler F testi kullanılarak da yapılabilir. Regresyon modeline ilişkin tümel F değerinin anlamlı olması en azından bir regresyon katsayısının sıfırdan farklı olduğu anlamına gelmektedir. Regresyon sonuçları yorumlanırken Beta katsayısı daha büyük olan bağımsız değişkenin y'yi daha fazla açıklayan değişken olduğu dikkate alınır. Beta, kısmi korelasyon katsayısı olup, diğer bağımsız değişkenlerin etkisi sabit tutulduğunda söz konusu bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin ölçütünü vermektedir.

Çoklu regresyon analizinde değişken seçiminde; en sık olarak standart metod (enter yöntemi) ve adım adım seçim (stepwise selection) metodları kullanılmaktadır. Standart metotta bağımsız değişkenlerin tümü aynı anda modele dahil edilirken adım adım seçim metodunda değişken seçimi yüksek korelasyondan düşüğe doğru gitmekte ve sonuçta hangi değişkenlerin modele dahil edildiği, hangilerinin dahil edilmediği ortaya çıkmaktadır. Burada, adım adım yaklaşımında anlamsız olan değişkenler modele girmediğinden elde edilen R^2 sonucunun standart metoda göre daha küçük olduğuna dikkat edilmelidir (Akgül, 1997). Bu çalışmada ise model geliştirmede bağımsız değişkenlerin sayıca fazla olması durumunda önerilen adım adım regresyon yöntemi

kullanılmış ve gözlem sayısının, bağımsız değişken sayısından en az 5 kat fazla olması ön koşulu (Akgül, 1997; Alpar, 1997) sağlanmıştır. Adım adım regresyonun amacı, çok sayıda bağımsız değişken içinden, bağımlı değişkeni en iyi açıklayan maksimum sayıda değişkeni seçmektir. Süreç, bir yığın bağımsız değişkeni ya birer birer modele sokarak (eklemeli sistem), ya da hepsi girildikten sonra birer birer modelden çıkararak (çıkarsamalı sistem) çalışır (Nakip, 2003).

Bu çalışmada, çalışmanın temel hipotezlerini test için Sağlık İnanç Modeli altında algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engel boyutları ile genel sağlık inancı için olmak üzere 4 farklı çoklu regresyon modeli, yaşam kalitesi kavramı, fiziksel yaşam kalitesi ve ruhsal yaşam kalitesi boyutları ile 2 farklı regresyon çözümlemesi, .hekim-hasta ilişkisi, sağlık okur-yazarlığı, tedaviye uyum, hastaneye yatış, acile başvuru, poliklinik kullanımı ve tedavi maliyeti için birer regresyon modeli oluşturulmuştur. Sağlık İnanç Modeli, hekim hasta ilişkisi ve sağlık okur-yazarlığı çözümlemelerinde bağımsız değişken olarak araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri konulurken, tedaviye uyum ile ilgili regresyon modellerine hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri yanında sağlık inancı boyutları, hekim-hasta ilişkisi ve sağlık okur-yazarlığı, yaşam kalitesi, hastaneye yatış, acile ve polikliniğe başvuru ile tedavi maliyeti ilgili regresyon modellerine hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri yanında sağlık inancı boyutları, hekim-hasta ilişkisi, sağlık okur-yazarlığı ve tedaviye uyum ile ilgili değerlendirmeleri de konulmuştur.

Çoklu regresyon analizi yapılmadan önce bağımlı değişkenlerin sürekli olması gerektiği şeklindeki ön koşul dikkate alınmış, nitelik ya da kategorik bağımsız değişkenler için kukla kodlama tekniği kullanılarak göstermelik (dummy) değişkenler yaratılmıştır. Buna göre eğitim, medeni durum, çalışma durumu, sağlık güvencesi ile tedavi şekli değişkenleri için kukla değişkenler oluşturulmuştur.

Çalışmada değişkenler arasındaki ilişkileri kontrol etmek için; iki sonuçlu isimsel iki değişken (2x2) arasındaki ilişkinin büyüklüğünü ölçmek için Phi katsayısı ve Phi katsayısının çok gözlü tablolara uyarlanmış şekli için C Olağanlık katsayısı (Contingency coefficient) kullanılmıştır. Sıralı değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Spearman rho katsayısı, sürekli iki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin derecesinin belirlenmesinde Pearson ilişki katsayısı, iki sonuçlu isimsel değişken ile sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Nokta çift serili ilişki katsayısı (Point biserial correlation coefficient) kullanılmıştır. Çok kategorili isimsel bir değişken ile sürekli bir değişken arasındaki ilişkinin belirlenmesi için çok serili ilişki katsayısı (Polyserial correlation coefficient) kullanılması önerilmesine karşın (Öztuna ve diğerleri, 2008) analiz programının olmaması nedeniyle Spearman rho katsayısı kullanılmış ve ayrıca buradan elde edilen sonuçlar varyans analizi ile de kontrol edilmiştir. Çalışmada Nokta çift serili ilişki katsayısı (Point biserial correlation coefficient) testi SPSS ve STATA, SYSTAT, STATISTICA gibi istatistiksel paket programlarında olmadığı için <http://faculty.vassar.edu/lowry/pbcorr.html> adresindeki hesaplama programı kullanılarak yapılmış, ancak diğer ilişki analizleri için SPSS 17.0 kullanılmıştır.

7. BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonuçları iki kısım halinde sunulmuştur. İlk olarak araştırmada kullanılan tüm değişkenlere ilişkin ortalama, standart sapma ve dağılımları içeren genel tanımlayıcı istatistikler verilirken, ikinci bölümde hipotezlere ilişkin temel analiz sonuçları verilmiştir.

7.1 Sosyo-Demografik Bulgular

Sağlık Bakanlığı Aksaray Devlet Hastanesi dâhiliye polikliniklerine başvuran diyabet hastaları üzerinde yapılan bu çalışmaya toplam 360 kişi katılmış olup katılımcılara ait sosyo-demografik özelliklerin dağılımı Tablo 7’de yer almaktadır.

Tablo 7’de örneklem grubundaki diyabet hastalarının cinsiyete göre dağılımlarına bakıldığında, kadınların payının örneklemin neredeyse 2/3’üne tekabül ettiği görülmektedir. Kadınların (%64,4) örneklemin yarısından fazlasını oluşturması, diyabet hastalarında kadın oranının yüksek olmasını açıklamaktadır.

Anketi cevaplayanların medeni durumların bakıldığında ise çoğunluğunun evlilerden (%73,3) oluştuğu ve bunu dul ve boşanmışların (%16,9) takip ettiği görülmektedir. Eğitim durumu açısından bakıldığında, hastaların %36,6’ü ilkokul mezunu olup, kadınların üçte biri ilkokul mezunu iken erkeklerin beşte birinin ilkokulu bitirdiği gözlemlenmiştir. Okuryazar ve okur-yazar olmayan grubun %90’dan fazlası kadınlardan oluşmaktadır. Kısacası kadınların eğitim düzeyi erkeklere oranla daha düşüktür.

Tablo 7. Diyabet Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler	n	(%)
Cinsiyet		
Kadın	232	64,4
Erkek	128	35,6
Medeni durum		
Evli	264	73,3
Bekar	35	9,7
Dul/Boşanmış	61	16,9
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	63	17,5
Okur-yazar	45	12,5
İlkokul	131	36,4
Ortaokul	47	13,1
Lise	44	12,2
Üniversite	30	8,3
Çalışma durumu		
Çalışan	51	14,2
Ev hanımı	174	48,3
Öğrenci	30	8,3
Emekli	69	19,2
İşsiz	36	10,0
Sağlık güvencesi durumu		
Yok	31	8,6
SGK(Bağkur, Emekli Sandığı, SSK)	290	80,6
Diğer (Yeşil Kart, Gazi, 65 yaş)	39	10,8
	Ort.	S.Sapma
Yaş (Yıl)	53,19	14,45
Gelir (TL)	1056,81	663,03

Çalışma durum açısından incelendiğinde, hastaların çoğunluğunun ev hanımlarından (%48,6) oluştuğu görülmektedir. Kadınların dörtte üçü ev hanımlarından oluşmaktadır. Çalışma durumu açısından ikinci sırada %19,2 ile emekliler yer almaktadır ve araştırmaya katılan erkeklerin yaklaşık yarısının emekli olduğunu bulgulanmıştır.

Araştırmada çalışanların oranı %14,2 olarak tespit edilmiş olup, çalışanların yaklaşık %80'ini erkekler oluşturmaktadır.

Sosyo demografik bulgular arasında yer alan sağlık güvencesinin varlığına bakıldığında, katılımcıların yüzde sekseninin Bağ-kur, Emekli Sandığı ya da Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı oldukları görülmektedir. Araştırmaya katılanların yaş dağılımı minimum 15 ve maksimum 83 yaş arasında olup genel yaş ortalaması 53'tür ($\pm 14,45$). Örneklemin ortalama gelir düzeylerinin yaklaşık 1000 TL($\pm 663,03$) civarında olduğu gözlemlenmiştir.

7.2 Klinik Bulgular

Tablo 8'de diyabet hastalarının klinik özelliklere göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre diyabet hastalarının %90'nın tip 2 diyabetliler oluşturmaktadır. Hastaların yaklaşık %20'sinde komplikasyon ve %38'sinde ise komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) geliştiği görülmektedir. Diyabetli hastalarda komplikasyon durumu; kalp hastalığı, göz ve nefropati hastalıkları olarak ele alınmıştır. Komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) ise hipertansiyon, hiperlipidemi, çölyak, depresyon, ve astımdan ibarettir.

Diyabet yılı ve tedavi yılı açısından bakıldığında, minimum değer 1 ve maksimum değer 35 yıldır ve ortalama diyabet süresinin 8,94 ($\pm 7,00$) ve tedavi süresinin 8,51 ($\pm 6,90$) olduğu bulgulanmıştır. Diyabet hastalarının kan şekeri düzeyi ortalamasının ise 207 ($\pm 97,75$) olduğu bulgulanmıştır. Hastaların %6,9'unun kan şekeri düzeyi 100'ün altında, %28'inin 101-140 arasında ve %37,5'i 200'ün üzerindedir. Örneklemdaki hastaların % 41'inin insülin, %31'inin oral diyabetik ve ve %28'inin ise oral diyabetik ve diyet tedavisi almaktadırlar.

Tablo 8. Diyabet Hastalarının Klinik Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler	n	(%)
Diyabet Tipi		
Tip 1	36	10,0
Tip 2	324	90,0
Tedavi Tipi		
İnsülin	148	41,1
Oral Antidiyabetik	112	31,1
Oral Antidiyabetik+Diyet	100	27,8
Komplikasyon Durumu		
Yok	289	80,3
Var	71	19,7
Komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) durumu		
Yok	224	62,2
Var	136	37,8
	Ort.	S.Sapma
Diyabet süresi (yıl)	8,94	7,00
Tedavi süresi(yıl)	8,51	6,90
Şeker düzeyi (mg/dl)	207,69	97,75

7.3 Sağlık Hizmeti Kullanımına İlişkin Bulgular

Diyabet hastalarının sağlık hizmeti kullanımına ilişkin bilgiler Tablo 9’da yer almaktadır. Buna göre hastaların %72 son altı ayda hastane yatmadığı, %15’inin ise bu süre zarfında bir kez hastane yatış yaptırdığı saptanmıştır. Hastaların ayrıca %80 civarında son bir ayda acile ya da polikliniğe başvurmadığı gözlemlenmiştir. Masraflar açısından bakıldığında ise genel örneklemin yaklaşık %42’si (157 kişi) ilaca ve tedaviye hiç harcama yapmadığını belirtirken, 4 hasta 500 ve üzeri harcamada bulunduğunu belirtmiştir. Ortalama tedavi masrafı 50,71 TL olarak hesaplanmıştır.

Tablo 9. Diyabet Hastalarının Sağlık Hizmeti Kullanımına Göre Dağılımı

Değişkenler	n	(%)
Hastaneye başvuru		
Yok	278	77,2
Evet-1 kez	54	15,0
Evet-2 kez	15	4,2
Evet 3 ve üstü	13	3,6
Acile başvuru		
Yok	298	82,8
Evet-1 kez	42	11,7
Evet-2 kez	13	3,6
Evet 3 ve üstü	7	1,9
Polikliniğe başvuru		
Yok	303	84,2
Evet-1 kez	50	13,9
Evet-2 kez	7	1,9
	Ort.	S.Sapma
Tedavi masrafları (TL)	50,71	83,05

Sağlık kullanımına ilişkin faktörlerin, diyabet tipleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını gösteren t testi neticesinde, her faktör açısından Tip 1 ve Tip 2 diyabetliler arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmektedir.

7.4 Sosyo-Demografik ve Klinik Değişkenler Arasındaki Korelasyon Matrisi

Tablo 10'da araştırmaya katılan diyabet hastalarının çeşitli sosyo-demografik özellikleri ve klinik özellikleri arasındaki ilişki matrisi verilmiştir. Bu ilişki matrisi bazı değişkenler arasındaki ilişkiye işaret etmekte olup yaş ile cinsiyet, diyabetin tipi, komplikasyon ile komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) arasında ($r_{pb}=,930$; $p=,000$) ve diyabetin süresi ile tedavinin süresi arasında ($r=,969$; $p=,000$) çok güçlü ilişkiler olduğu görülmektedir. Tablo 10 ayrıca, kan şekeri düzeyi ile cinsiyet, diyabetin tipi, komplikasyon ile

komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) arasında arasında güçlü bir ilişki olduğunu ($r_{pb}=,830$; $p=,000$) göstermektedir. Bununla birlikte gelir ile cinsiyet, diyabetin tipi, komplikasyon ve komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) arasında ($r_b=,750$; $p=,000$), meslek ile medeni durum değişkenleri arasında (C-Olağanlık Katsayısı $=,664$; $p=,000$), diyabetin süresi ile cinsiyet($r_b=-,650$; $p=,000$), komplikasyon ($r_b=-,660$; $p=,000$) ve komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) arasında ($r_b=-,650$; $p=,000$), tedavinin süresi ile cinsiyet($r_b=-,640$; $p=,000$), komplikasyon ($r_b=-,650$; $p=,000$) ve komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) arasında ($r_b=-,640$; $p=,000$), son olarak diyabetin tipi ile medeni durum (C-Olağanlık Katsayısı $=,624$; $p=,000$) ve meslek değişkeni (C-Olağanlık Katsayısı $=,643$; $p=,000$), arasında iyi ve orta düzeyde ilişkiler olduğu bulunmuştur.

Tablo 10. Sosyo-Demografik ve Klinik Değişkenler Arasındaki Korelasyon Matrisi

		Cinsiyet	Yaş	Medeni durum	Eğitim	Gelir	Meslek	Sağlık güvencesi	Diyabet süresi	Tedavi süresi	Diyabet tipi	Tedavi tipi	Komplikasyon	Komordite	Şeker düzeyi
Cinsiyet	r	1,000													
Yaş	r	-,93^a	1,000												
	p	,000													
Medeni durum	r	,241 ^b	,073 ^d	1,000											
	p	,000	,167												
Eğitim	r	,404 ^b	-,441 ^d	,473 ^b	1,000										
	p	,000	,000	,000											
Gelir	r	-,75^a	,171 ^e	-,254 ^d	,478 ^d	1,000									
	p	,000	,001	,000	,000										
Meslek	r	,607 ^b	,285 ^d	,664^b	,570 ^b	-,290 ^d	1,000								
	p	,000	,000	,000	,000	,000									
Sağlık güvencesi	r	,186 ^b	-,040 ^d	,189 ^b	,240 ^b	-,078	,545 ^b	1,000							
	p	,002	,449	,010	,015	,139	,000								
Diyabet süresi	r	-,65^a	,315 ^e	-,013 ^d	-,180 ^d	-,006 ^e	,074 ^d	-,038 ^d	1,000						
	p	,124	,000	,803	,001	,914	,163	,476							
Tedavi süresi	r	-,64^a	,291 ^e	,000 ^d	-,174 ^d	-,012 ^e	,064 ^d	-,018 ^d	,969^e	1,000					
	p	,000	,000	,999	,001	,825	,226	,430	,000						
Diyabet tipi	r	-,081 ^c	-,93^a	,624^b	,337 ^b	-,75^a	,643^b	,080 ^b	-,58 ^a	-,56 ^a	1,000				
	p	,123	,000	,000	,000	,000	,000	,313	,000	,000					
Tedavi tipi	r	,079 ^b	,083 ^d	,327 ^b	,161 ^b	,119 ^d	,333 ^b	,113 ^b	-,115 ^d	-,118 ^d	,371 ^b	1,000			
	p	,326	,116	,000	,480	,024	,000	,322	,029	,025	,000				
Komplikasyon	r	-,033 ^c	-,93^a	,100 ^b	,143 ^b	-,75^a	,112 ^b	,121 ^b	-,66^a	-,65^a	,002 ^c	,140 ^b	1,000		
	p	,535	,000	,161	,188	,000	,332	,070	,000	,000	,965	,028			
Komorbidite	r	-,244 ^c	-,93^a	,170 ^b	,301 ^b	-,75^a	,292 ^b	,155 ^b	-,65^a	-,64^a	,164 ^c	,075 ^b	,060 ^c	1,000	
	p	,000	,000	,005	,000	,000	,000	,012	,000	,000	,002	,357	,254		
Şeker düzeyi	r	-,83^a	,102 ^e	,056 ^d	-,233 ^d	-,182 ^e	,058 ^d	,027 ^d	,106 ^e	,078 ^c	-,83^a	-,177 ^d	-,83^a	-,83^a	1,000
	p	,000	,053	,292	,000	,001	,272	,611	,044	,142	,000	,001	,000	,000	

Nokta çift serili korelasyon katsayısı (r_{pb}), ^b: C Olağanlık katsayısı, ^c: Phi katsayısı, ^d:Sperman rho korelasyon katsayısı, ^e:Perason korelasyon.

Aralarında çok güçlü ve güçlü ilişkiler bulunan sosyo-demografik değişkenlere ileride kullanılacak çok değişkenli regresyon çözümlemesinde birlikte yer verilmesi çoklu bağlantı sorununa neden olacağı için bu değişkenler arasından seçim yapılması gerekmektedir. Bu nedenle birden fazla değişkenle arasında güçlü ve çok güçlü ilişki olan yaş ve kan şekeri düzeyi değişkenleri çalışmadan çıkarılmıştır. Diyabetin süresi ve tedavinin süresi değişkenlerinin hangisinin çıkarılacağı konusunda seçim yapabilmek için aralarında sosyo-demografik ve klinik değişkenlerin çalışmanın temel değişkenleri ile olan ilişkisinin gücü dikkate alınmıştır (Tablo 11).

Tablo 11, sosyo-demografik ve klinik değişkenler ile çalışmanın temel değişkenleri olan Sağlık İnanç Modeli, hekim-hasta ilişkisi, sağlık okur-yazarlığı, tedaviye uyum, fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi, hastaneye yatış, acile ve polikliniğe başvuru ile tedavi masrafları arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Aralarında çok güçlü ilişki bulunan diyabetin süresi ile tedavinin süresi değişkenlerinin temel değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; diyabetin süresinin temel değişkenlerle tedavinin süresine oranla daha anlamlı ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle tedavinin süresi değişkeni yerine diyabetin süresi değişkeninin kullanılmasına karar verilmiştir. Ayrıca, çalışma durumu ve çalışmanın temel değişkenleri ile anlamlı ilişkisinin olmadığı ($p>,05$) göstermektedir. Bu nedenle çalışmanın temel değişkenlerini açıklayan regresyon modellerinde *cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir, sağlık güvencesi, diyabetin süresi, diyabetin tipi, tedavi şekli, komplikasyon ve komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık)* değişkenlerine yer verilmiştir.

Tablo 11. Sosyo-Demografik Değişkenler ile Diğer Değişkenler Arasındaki Korelasyon Matrisi

	Sağlık İnancı	Hekim Hasta İlişkisi	Sağlık Okur-yazarlığı	Tedaviye Uyum	Fiziksel Yaşam Kalitesi	Ruhsal Yaşam Kalitesi	Hastaneye Yatış	Acile Başvuru	Polikliniğe Başvuru	Tedavi Maliyeti
Cinsiyet ***	,156(**)	,120(*)	,403(**)	,058	,381(**)	,183(**)	-,064	-,070	-,117(*)	-,013
Yaş	-,073	-,042	-,323(**)	-,047	-,306(**)	-,055	-,005	,098	,015	-,031
Medeni durum***	-,051	-,046	-,161(**)	-,042	-,037	-,022	,081	,035	,022	,123(*)
Eğitim durumu***	,261(**)	,037	,705(**)	,266(**)	,386(**)	,181(**)	-,133(*)	-,154(**)	-,112(*)	-,136(**)
Gelir	,242(**)	,063	,419(**)	,210(**)	,316(**)	,176(**)	-,168(**)	-,084	-,091	-,098
Çalışma durumu ***	,029	,038	,016	-,041	,002	,053	,073	,021	,082	,057
Sağlık güvencesi***	,014	,111(*)	-,044	-,018	-,142(**)	-,069	,084	,102	,069	-,044
Diyabet süresi	-,098	-,164(**)	-,133(*)	,056	-,188(**)	-,064	,074	,165(**)	-,044	,090
Tedavinin süresi	-,084	-,139(**)	-,113(*)	,057	-,172(**)	-,035	,049	,116(*)	-,046	,057
Diyabet tipi***	-,008	-,008	-,213(**)	,013	-,208(**)	-,034	-,094	,050	,012	-,036
Tedavi şekli***	,011	,002	-,004	,023	,053	,056	-,269(**)	-,206(**)	,007	-,106(*)
Komplikasyon***	,018	-,025	-,075	,050	-,131(*)	-,067	-,018	-,047	-,027	,054
Komorbidite***	-,133(*)	-,153(**)	-,176(**)	-,124(*)	-,344(**)	-,097	,139(**)	,074	,054	,155(**)
Şeker Düzeyi	-,103	-,055	-,159(**)	-,096	-,281(**)	-,170(**)	,312(**)	,259(**)	,004	,279(**)

* Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (iki yönlü).

** Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (iki yönlü).

*** Bu değişkenlerin bağımlı değişkenlerle olan ilişkisine Spearman's rho korelasyon katsayısı ile bakılmıştır. Diğer değişkenlerin bağımlı değişkenlerle olan ilişkisi için ise Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

7.5 Temel Değişkenler İle İlgili Değerlendirmeler

Tablo 12. Diyabet Hastalarının Sağlık İnanç Modeli İle İlgili Değerlendirmeler

	n	Ort.	S. Sapma	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
<i>Algılanan Ciddiyet</i>	360	3,66	0,98	-0,34	-0,51
Kendimi iyi hissettiğim sürece şeker hastalığım benim için problem değildir.	360	3,05	1,52	0,06	-1,53
Şeker hastalığımın gelecekte sağlığım üzerinde kötü etkileri olacağına inanıyorum.	360	3,71	1,24	-0,60	-0,77
Şeker hastalığımın ilerde daha fazla hasta olmama sebebiyet vereceğini düşünüyorum.	360	3,64	1,25	-0,52	-0,86
Şeker hastalığımı kontrol altında tutabilmek için diyetim ve tedavime her zaman dikkat etmeliyim.	360	4,25	1,06	-1,48	1,47
<i>Algılanan Yarar</i>	360	3,88	1,08	-0,91	0,21
Diyetime ve tedavime doktorumun önerdiği şekilde uyarak şeker hastalığımla ilgili komplikasyonlardan (kalp hastalığı, göz hastalığı, nefropati, nöropati, ayak ülseri v.s.) korunabileceğime inanıyorum.	360	3,95	1,17	-1,18	0,63
Diyetime ve tedavime uyarak şeker hastalığımı kontrol edebileceğime inanıyorum.	360	3,97	1,16	-1,07	0,24
Şeker hastalığımı kontrol edebilirim.	360	3,71	1,36	-0,73	-0,73
<i>Algılanan Engel</i>	360	2,92	1,14	0,17	-0,72
Şeker hastalığım için önerilen diyetle uymam için çoğu alışkanlığımı değiştirmem gerekmektedir.	360	2,41	1,41	0,70	-0,88
Şeker hastalığım için önerilen diyetle uymam zordur.	360	2,69	1,48	0,34	-1,34
Şeker hastalığımı kontrol etmem için yapmam gereken diyetle ilgili her şeyi anlamadım.	360	3,49	1,51	-0,46	-1,32
Şeker hastalığımı için kullandığım diyet ve tedavi normal günlük faaliyetlerimi engellemektedir.	360	3,09	1,53	-0,04	-1,53
Sağlık İnanç Modeli	360	3,45	0,72	0,10	0,44

Tablo 12 diyabet hastalarının Sağlık İnanç Modeli sağlık inanışlarına ilişkin algı düzeylerini göstermektedir. Buna göre diyabet hastalarının genel sağlık inançlarının 1'in "Kesinlikle Katılmıyorum" 5'in "Kesinlikle Katılıyorum", algılanan engelin ise 1'in "Kesinlikle Katılıyorum" 5'in "Kesinlikle Katılmıyorum", temsil ettiği ölçek üzerinde $3,45 \pm 0,72$ ortalama değer ile orta seviyenin üzerinde olduğu söylenebilir. Ancak Sağlık İnanç Modeli alt boyutları açısından incelendiğinde, diyabet hastalarının sağlık

inançlarının boyutlar açısından bir takım farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Diyabet hastalarının hastalığını ne kadar ciddiye aldığını gösteren “algılanan ciddiyet (3,66±0,98) ” ile “ algılanan yarar” boyutuna (3,88±1,08) ilişkin sağlık inançlarının ortalamadan yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Buna karşın “algılanan engel” (2,92±1,14) diğer boyutlara oranla boyutunun daha düşük düzeyde olduğu ve orta biraz seviyenin altında bulunduğu tespit edilmiştir. Kısacası diyabet hastalarının hastalığa ilişkin engel algılamaları orta düzeydedir.

Diyabet hastalarının Sağlık İnanç Modeline ilişkin değerlendirmeleri, maddeler açısından incelendiğinde; hastaların sağlık inançlarına ilişkin 11 sorudan 2'ine ilişkin değerlendirmelerinin 1'in en olumsuz, 5'in en olumlu durumu yansıttığı ölçeğin orta noktası olan 3 eşik değerinin altında olduğu görülmektedir. Hastaların sağlık inançları ile ilgili değerlendirmelerde en düşük puan verdikleri soru engel algısı ile ilgili olan “Şeker hastalığım için önerilen diyetle uymam için çoğu alışkanlığımı değiştirmem gerekmektedir” (2,41±1,51) sorusudur. En olumlu yanıtladıkları soru ise anketin ciddiyet algısını değerlendiren “Şeker hastalığımı kontrol altında tutabilmek için diyetim ve tedavime her zaman dikkat etmeliyim” (4,25±1,06) maddesidir.

Tablo 12'deki diğer önemli tanımlayıcı istatistikler ise basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) ölçüleridir. Çünkü bu değerler veri setinin normal dağılıp dağılmadığını göstermektedir. Tam simetri durumunda (düzgün bir çan eğrisi) aritmetik ortalama, mod, meydan birbirine eşit olup çarpıklık katsayısı sıfır olacaktır. Eğer bu eşitlik bozulursa dağılım çarpık hale gelecektir. Çarpıklık katsayısı $-\infty$ ile $+\infty$ arasında değerler alabilmektedir. Fakat çarpıklık ölçüsü ± 3 (bazı yazarlara göre ± 2) aralığında değerler alması durumunda normal kabul edilmektedir. Tablo 12'deki -1,48-0,70 arasındaki çarpıklık değerleri verilerin normale yakın dağıldığını göstermektedir. Bu değerlerin pozitif çıkması verilerin sağa çarpık olduğunu, negatif olması ise sola çarpık olduğunu gösterir.

Basıklık normal dağılım eğrisinin ne kadar dik veya basık olduğunu gösterir. Tam bir çan eğrisinin basıklık katsayısı sıfırdır. Basıklık katsayısı pozitif ise eğri normale göre daha diktir. Negatif ise, normale göre daha basıktır. Tablo 12'deki -1,47-1,53 değerine dayalı olarak verilerin diklik değerinin dik olmadığı söylenebilir.

Veriler diyabetin tipi açısından incelenmiş olup, Tip 1 diyabet hastalarının sağlık inanışları ve alt boyutları ortalamaları her ne kadar Tip 2 diyabetlilere oranla daha yüksek olsa da, yapılan t testinin p değerleri ($p>,05$) grupların ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadığını göstermektedir.

Tablo 13. Diyabet Hastalarının Hekim-Hasta İlişkileri İle İlgili Değerlendirmeler

	n	Ort.	S. Sapma	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Doktorum beni anlar.	360	4,13	1,05	-1,25	0,87
Doktoruma güvenirim.	360	4,19	0,99	-1,27	1,04
Doktorum kendini bana yardım etmeye adar.	360	4,12	1,05	-1,04	0,18
Doktorumla hastalığım hakkında konuşabilirim.	360	4,29	0,94	-1,56	2,19
Ben ve doktorum hastalığımın tıbbi belirtileri konusunda hemfikirimiz.	360	4,15	0,99	-1,22	0,97
Doktorum bana yardım eder.	360	4,25	0,93	-1,40	1,61
Doktorumun önerdiği tedaviden fayda görüyorum.	360	4,25	0,95	-1,38	1,45
Doktorum bana yeterli zaman ayırır.	360	4,12	1,08	-1,26	0,84
Doktoruma rahatlıkla ulaşabiliyorum.	360	4,03	1,13	-1,10	0,28
Hekim-Hasta İlişkisi	360	4,17	0,91	-1,20	1,03

Tablo 13'de diyabet hastalarının hekim-hasta ilişkileri düzeyleri yer almaktadır. Genel anlamda bakıldığında diyabet hastalarının hekimleri ile ilişkilerinin $4,17\pm 0,91$ ortalama değer ile 5'li Likert ölçeğinin orta noktasının çok üzerinde olduğu görülmektedir. Hekim-hasta ilişkisine ait 9 maddenin tümü 4 ortalamanın üzerindedir. Maddeler arasında ciddi bir farklılık olmamakla birlikte, diyabet hastalarının hastalıkları hakkında hekimleri ile konuşabilme durumlarının ($4,29\pm 0,94$) diğer boyutlara göre biraz daha

fazla olduğu bulunmuştur. Bu maddeyi ikinci ve üçüncü sırada doktorun hastaya yardım etmesi ($4,25 \pm 0,93$) ile doktorun önerdiği tedaviden fayda görme ($4,25 \pm 0,95$) maddesine ilişkin hasta düşünceleri takip etmektedir. Hastaların en düşük düzeyde değerlendirdikleri madde ise doktorlarına rahatlıkla ulaşabilme ($4,03 \pm 0,91$) konusundaki sorudur.

Tablo 13'deki verilerin normal dağılıp dağılmadığını gösteren basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) ölçüleri incelendiğinde; çarpıklık değerlerinin $-1,10$ - $1,56$ arasında olduğu ve normale yakın dağıldığını ve sağa çarpık olduğu, basıklık değerlerinin ise $0,58$ ile $2,19$ arasında değerler aldığı ve verilerin diklik değerinin normale göre daha dik olduğu söylenebilir.

Hekim hasta ilişkisi ile ilgili diyabetin tipi açısından, iki grubun ortalamaları arasında farkın değerlendirildiği t testinin p değerinin ($p > 0,05$) $0,05$ 'ten büyük olduğunu ve her iki grup açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Tablo 14. Diyabet Hastalarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri İle İlgili Değerlendirmeler

	n	Ort.	S. Sapma	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Hastane eğitim materyallerini (kitap, broşür vs.) okurken başkalarının yardımına ihtiyaç duyuyorum.	360	3,04	1,76	-0,05	-1,75
Tek başıma tıbbi formları doldurmada kendime güveniyorum	360	2,90	1,74	0,10	-1,73
Yazılı bilgileri anlamakta zorluk çektiğimden dolayı hastalığının durumunu anlamakta problem yaşıyorum.	360	3,33	1,70	-0,34	-1,60
Hekim ve hemşirelerin hastalığının durumu ile ilgili söylediklerini anlamakta zorluk çekiyorum.	360	3,50	1,63	-0,57	-1,31
Sağlık Okur-yazarlığı	360	3,19	1,52	-0,21	-1,41

Tablo 14’de diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlığı düzeylerine ait değerlendirmeleri bulunmaktadır. Bu tabloya göre 1’in “Her zaman” 5’in “Hiçbir zamanı”, temsil ettiği ölçek üzerinde (2. Soru ters skorlanmıştır) diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlığı seviyeleri $(3,19\pm 1,52)$ orta noktanın biraz üzerinde olduğu görülmektedir. Diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlığı düzeylerini ölçmek için kullanılan 4 madde açısından incelendiğinde; sadece 2 maddeye verilen cevapların ortalaması 3 eşiğinin altında yer alırken, diğer maddelerden ortalamanın üzerinde puan aldıkları görülmüştür.

Tablo 8’deki verilerin normal dağılıp dağılmadığını gösteren basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) ölçüleri incelendiğinde; çarpıklık değerlerinin $-0,57-0,10$ arasında, basıklık değerlerinin $-1,12$ ile $-0,13$ arasında değerler aldığı ve verilerin normale yakın dağıldığı ve diklik değerinin normale göre basık olduğu söylenebilir.

Sağlık okur-yazarlığının gruplandırmaları yapıldığında, hastaların %49,4’ünün yetersiz %15,8’inin marjinal ve %34,7’sinin yeterli sağlık okur-yazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Tip 1 ve Tip 2 diyabetliler arasında ortalamalarının anlamlılığının değerlendirildiği t testi neticesinde p değerinin anlamlı olduğu ($p<0,05$) ve Tip 1 diyabetlilerin $(4,13\pm 1,17)$ Tip 2’lere $(3,09\pm 1,51)$ oranla ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 15’de ise diyabet hastalarının tedaviye uyum sorulara verdikleri cevapların ortalamaları bulunmaktadır. Tablodan da görüldüğü gibi, 1’in “Her zaman” 5’in “Hiçbir zamanı”ı temsil ettiği 5’li Likert ölçeğine göre, diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeylerinin $(3,70\pm 1,15)$ orta seviyenin üzerinde olduğu söylenebilir. Hastaların ortalamalarının en düşük olduğu sorular, ilacı alma konusundaki dikkatsizleri $(3,25\pm 1,43)$ ile ilacı almayı unutma konusundaki $(3,28\pm 1,40)$ cevaplarıdır.

Tablo 15. Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri İle İlgili Değerlendirmeler

	n	Ort.	S. Sapma	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Hiç ilacınızı almayı unuttuğunuz oluyor mu?	360	3,28	1,40	-0,30	-1,22
İlacı zamanında alma konusunda dikkatsiz misiniz?	360	3,25	1,43	-0,23	-1,30
Kendinizi iyi hissettiğiniz zaman ilacı almayı bıraktığınız oluyor mu?	360	4,11	1,33	-1,26	0,18
İlacı aldığınız zaman kendinizi kötü hissettiğinizde ilacı bıraktığınız oluyor mu?	360	4,18	1,29	-1,37	0,53
Tedaviye Uyum	360	3,70	1,15	-0,87	0,02

Tablo 15'deki -1,37 ile -0,23 arasında dağılan çarpıklık değerleri ile -1,30 ile 0,53 arasında olan basıklık değerlerinin verilerin normala göre biraz sağa çarpık dağıldığına ve diklik değerinin dik olmadığına işaret ettiği söylenebilir. Diyabetin tiplerinin ortalamalarının ise anlamlı farklılık göstermediği sonucuna erişilmiştir.

Tablo 16 diyabet hastalarının yaşam kalitelerine ilişkin algı düzeylerini göstermektedir. Buna göre diyabet fiziksel yaşam kalitesi ve ruhsal yaşam kalitesine ilişkin, araştırmanın analizlerinde de kullanılan özet skorlarının sırası ile $40,04 \pm 11,44$ ve $44,35 \pm 12,13$ değerleri ile ortalama bir seviyede olduğu söylenebilir. Ancak alt boyutlar açısından incelendiğinde, 0-100 puan arasında değerlendirilen diyabet hastalarının yaşam kalitesi boyutları açısından bir takım farklılıklar olduğu görülmektedir. Diyabet hastalarının sosyal işlevsellik ($60,31 \pm 32,14$), ruhsal sağlık ($58,86 \pm 28,89$) ile ağrı boyutuna ($59,65 \pm 33,26$) ilişkin yaşam kalitesi algılarının ortalamadan yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Buna karşın genel sağlık durumu algılarının ($42,36 \pm 21,94$), diğer boyutlara oranla daha düşük düzeyde olduğu ve orta biraz seviyenin altında bulunduğu tespit edilmiştir.

Tablo 16'daki -0,60-0,36 arasındaki çarpıklık değerleri, verilerin normale yakın dağıldığını göstermektedir. Bu değerlerin pozitif çıkması verilerin sağa çarpık olduğunu, negatif olması ise sola çarpık olduğunu gösterir.

Tablo 16. Diyabet Hastalarının Yaşam Kaliteleri İle İlgili Değerlendirmeler

	n	Ort.	S. Sapma	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Genel olarak sağlığını;	360	42,36	21,94	0,36	0,11
<i>Fiziksel İşlevsellik</i>	360	48,47	40,77	0,06	-1,54
Masayı çekerken, elektrik süpürgesi kullanırken, yürüyüş yaparken sağlığını sizi ne ölçüde kısıtlıyor?	360	49,72	42,06	0,01	-1,59
Merdiven çıkarken sağlığını sizi ne ölçüde kısıtlıyor?	360	46,81	42,02	0,12	-1,58
<i>Fiziksel Rol</i>	360	44,72	48,51	0,21	-1,91
Fiziksel sağlığınıza ilgili beklenenden daha az iş yaptığınız oldu mu?	360	45,56	49,87	0,18	-1,98
Fiziksel sağlığınıza ilgili düzenli etkinlikleriniz veya işinizde kısıtlandığınız oldu mu?	360	43,89	49,69	0,25	-1,95
<i>Duyusal Rol</i>	360	45,00	48,69	0,20	-1,92
Duyusal sorun yüzünden beklenenden daha az iş yaptığınız oldu mu?	360	45,28	49,85	0,19	-1,97
Duyusal sorun yüzünden düzenli etkinlikleriniz veya işinizde her zamanki kadar dikkatli olamadığınız oldu mu?	360	43,61	49,66	0,26	-1,94
Ağrınız, evde ve işte ne ölçüde normal işlerinize engel oldu? (<i>Ağrı</i>)	360	59,65	33,26	-0,24	-1,15
Kendinizi enerji dolu hissettiniz? (<i>Canlılık</i>)	360	54,33	30,54	-0,13	-1,16
<i>Ruhsal Sağlık</i>	360	58,86	27,89	-0,41	-0,85
Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz?	360	58,67	29,60	-0,36	-1,01
Kendinizi çok fazla kederli hissettiniz?	360	59,00	31,79	-0,42	-1,00
Fiziksel sağlığınıza veya duygusal sorunlarınıza, ne kadar sıklıkla arkadaş veya akraba ziyareti gibi sosyal etkinliklerinizi olumsuz etkiledi? (<i>Sosyal İşlevsellik</i>)	360	69,31	32,14	-0,60	-0,94
Fiziksel Yaşam Kalitesi Özet Skorları	360	40,04	11,44	0,08	-1,21
Ruhsal Yaşam Kalitesi Özet Skorları	360	44,35	12,13	-0,20	-0,97

Basıklık normal dağılım eğrisinin ne kadar dik veya basık olduğunu gösterir. Basıklık katsayısı pozitif ise eğri normale göre daha dik, negatif ise eğri normale göre daha basıktır. Tablo 16'daki -1,98-0,11 değerine dayalı olarak verilerin diklik değerinin dik olmadığı söylenebilir.

Diyabet hastalarında diyabetin tipleri arasında ortalamaların yaşam kalitesi açısından anlamlılığının değerlendirildiği t testi neticesinde, Tip 1 diyabetlilerin (47,08±9,76) Tip 2 diyabetlilere (39,25±11,35) oranla fiziksel yaşam kalitesine ilişkin ortalamalarının daha yüksek olduğu ve testin anlamlılık değerinin ($p<0,05$), iki grup arasında anlamlı farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Ancak ruhsal yaşam kalitesi açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık gözükmemektedir.

7.6 Diyabet Hastalarının Sağlık İnanç Modelini Etkileyen Faktörler

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın Sağlık İnanç Modeli hipotezlerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Diyabet hastalarının sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engel ve genel sağlık inanışları üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik yapılan analiz sonuçları Tablo 17 ile 20 arasında gösterilmektedir.

Çalışmada ciddiyet algısını etkileyen sosyo-demografik ve klinik faktörler Tablo 17'de incelenmiş olup, model ciddiyet algısı ile ilgili değerlendirmelerinin sadece % 4,2'sini açıklamaktadır. Anlamlılık düzeyi açısından bakıldığında modelin ($F=4,963$; $p=0,001$) bir bütün olarak her düzeyde anlamlı bulunduğu görülmektedir. Modelde otokorelasyon olup olmadığını test etmede kullanılan Durbin Watson katsayısı 1,549 değerinde olup 1,5 ve 2,5 arasında olan Durbin Watson değerleri otokorelasyon olmadığını göstermektedir. Tablo 17'deki önemli bir istatistik de, modelde çoklu bağlantı sorunu olup olmadığını gösteren VIF değerleri olup 1,038-1,142 arasındaki değerler bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı olmadığını işaret etmektedir. Tablo'da modelin tahmin sonucu elde edilen parametre değerleri ve bunlara ilişkin istatistik değerleri ile

anlamlılık düzeyleri gösterilmektedir. Buna göre sosyo-demografik değişkenlerden ilkokul, lise ve üniversite mezunu olmak ile sağlık güvencesine sahip olmanın, ciddiye algısı modeli üzerinde anlamlı etkisi olduğu görülmektedir ($p<,05$). Buna karşın cinsiyet, medeni durum, gelir, diyabetin tipi, diyabetin süresi, tedavi tipi ile komplikasyon ve komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) varlığı, ciddiye algısını anlamlı şekilde etkilememektedir ($p>,05$). Standardize edilmiş beta katsayılarından, üniversite mezunu olma değişkeninin ciddiye ($\beta=,180$) üzerindeki etkisinin lise ($\beta=,123$) ve ilkokul ($\beta=,148$) eğitim durumundan ve sosyal güvencenin varlığından ($\beta=-,149$) daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 17. Sosyo-Demografik ve Klinik Faktörlerin Algılanan Ciddiyete Etkisi

Bağımlı Değişken: Algılanan Ciddiyet						
Bağımsız değişkenler	UnStd. β Katsayısı	Std. β Katsayısı	t	p	VIF	Hipotez
(Sabit)	3,755		30,440	<,001		
Üniversite(Ref=Okur-yazar Değil)	,650	,180	3,287	,001	1,126	H1.A.d
SGK(Ref=Okur-yazar Değil)	-,371	-,149	-2,837	,005	1,038	H1.A.g
İlkokul (Ref=Okur-yazar Değil)	,303	,148	2,634	,009	1,186	H1.A.d
Lise(Ref=Okur-yazar Değil)	,366	,123	2,235	,026	1,142	H1.A.d
		$R^2 = 0,042$	$F=4,963$	$p=0,001$		Durbin-Watson=1,549

Ciddiyet algısı ile anlamlı çıkan bu dört değişkenin etkisi daha ayrıntılı incelendiğinde; diyabet hastalarının eğitim durumlarının ciddiye algısını etkilediği ve üniversite mezunlarının ciddiye algılarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca SGK'lı olan diyabet hastalarının yarara algısının, referans grup olan sağlık güvencesi olmayan ve yeşilkartlılara oranla daha düşük olduğu gözlemlenmektedir. Sonuç itibariyle H1.A.d ile H1.A.g kabul edilip, H1.A.a($\beta=,019$; $t=,347$; $p=,729$), H1.A.c($\beta=,060$; $t=,284$; $p=,258$; $t=,776$), H1.A.e($\beta=,033$; $t=,502$; $p=,616$),

H1.B.a($\beta=,006$; $t=,116$; $p=,907$), H1.B.b($\beta=-,054$; $t=-1,034$; $p=,302$), H1.B.d($\beta=,080$; $t=1,534$; $p=-1,352$; $p=,126$; $p=,177$), H1.B.e($\beta=,008$; $t=,163$; $p=,871$) ve H1.B.f($\beta=-,026$; $t=-,496$; $p=,620$) reddedilmiştir.

Tablo 18. Sosyo-Demografik ve Klinik Faktörlerin Algılanan Yarara Etkisi

Bağımlı Değişken: Algılanan Yarar						
Bağımsız değişkenler	UnStd. β Katsayısı	Std. β Katsayısı	t	p	VIF	Hipotez
(Sabit)	3,766		60,524	<,001		
Üniversite (Ref=Okur-yazar Değil)	,786	,199	3,833	<,001	1,013	H2.A.d
Lise(Ref=Okur-yazar Değil)	,375	,115	2,222	,027	1,013	H2.A.d
		$R^2= 0,043$	$F=8,975$	$p=<,001$	Durbin-Watson=1,824	

Tablo 18, diyabet hastalarının algılanan yarara ile ilgili değerlendirmelerinin sadece %4.3'ünün açıklandığını ve modelin bir bütün olarak anlamlılık düzeyini ortaya koyan testin ($F=8,975$; $p=<,001$) anlamlı bulunduğunu göstermektedir. Modele ilişkin Durbin Watson katsayısı ($DW=1,824$) 1,5-2,5 aralığında olduğu için otokorelasyon sorununun olmadığını, VIF değerleri de 10'un altında 1,013 değerleri arasında çok küçük değerlere sahip olduğu için çoklu bağlantı sorununun olmadığını göstermektedir (Kalaycı, 2006: 268).

Adım adım (stepwise) regresyon analizi sonucunda modele konulan bağımsız değişkenlerden cinsiyet, medeni durum, gelir, sağlık güvencesinin varlığı konusundaki sosyo demografik özellikler ile diyabetin tipi, diyabetin süresi, tedavinin tipi, komplikasyon ve komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) durumuna ilişkin klinik özelliklerinin sağlık inançlarından yarar algısı üzerinde anlamlı etkisinin görülmediği ($p>,05$), buna karşın eğitim düzeyinin anlamlı etkisinin olduğu görülmektedir ($p<,05$). Standardize edilmiş beta katsayılarından, üniversite mezunu olmanın ($\beta=0,199$) yarar

algısı üzerindeki etkisinin lise mezunu olmaya ($\beta=,115$) göre anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre H2.A.d kabul edilip, H2.A.a($\beta=,082$; $t=1,517$; $p=,130$), H2.A.c($\beta=,035$; $t=-,066$; $t=,669$; $-1,248$; $p=,504$; $.,213$), H2.A.e($\beta=,086$; $t=1,405$; $p=,161$), H2.A.g($\beta=-,028$; $.,040$; $t=-,532$; $.,769$; $p=,504$; $.,213$), H2.B.a($\beta=-,002$; $t=-,044$; $p=,965$), H2.B.b($\beta=-,056$; $t=-1,075$; $p=,283$), H2.B.d($\beta=,012$; $-.,025$; $t=,231$; $-.,482$; $p=,817$; $.,630$), H2.B.e($\beta=,046$; $t=,887$; $p=,375$) ve H2.B.f($\beta=-,061$; $t=-1,160$; $p=,247$) reddedilmiştir.

Tablo 19. Sosyo-Demografik ve Klinik Faktörlerin Algılanan Engele Etkisi

Bağımlı Değişken: Algılanan Engel						
Bağımsız değişkenler	UnStd. β Katsayısı	Std. β Katsayısı	t	p	VIF	Hipotez
(Sabit)	2,545		22,373	<,001		
Gelir	,000	,148	2,467	,014	1,408	H3.A.e
Üniversite (Ref=Okur-yazar Değil)	,696	,166	2,779	,006	1,388	H3.A.d
Lise(Ref=Okur-yazar Değil)	,384	,111	2,111	,035	1,081	H3.A.d
		R² = 0,080	F=11,338	p=<,001		Durbin-Watson=1,826

Tablo 19, diyabet hastaları ile ilgili değerlendirmelerinin % 8'inin açıklandığını ve modelin bir bütün olarak anlamlılık düzeyini ortaya koyan testin ($F=11,338$; $p=<,001$) anlamlı bulunduğunu göstermektedir. Modele ilişkin Durbin Watson katsayısı ($DW=1,826$) ve Varyans Şişme değerleri ($VIF=1,081-1,408$) otokorelasyon ve çoklu bağlantı sorunlarının olmadığına işaret etmektedir.

Yapılan regresyon analizi sonucunda, modele konulan eğitim ve gelir değişkenlerinin diyabet hastalarının düşük engel algısını anlamlı şekilde etkilediği görülmektedir ($p<,05$). Ancak bağımsız değişkenlerden cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesinin varlığı konusundaki sosyo demografik özellikler ile diyabetin tipi, diyabetin süresi, tedavinin tipi, komplikasyon ve komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) durumuna ilişkin

linik özelliklerinin diyabet hastalarının engel algıları üzerinde anlamlı etkisi bulunmamaktadır ($p>,05$). Standardize edilmiş beta katsayılardan, üniversite mezunu olma değişkeninin düşük engel algısı ($\beta=0,166$) üzerindeki etkisinin gelir değişkeninden ($\beta=0,148$) daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Eğitim ve gelirin engel algısı üzerindeki etkisinin ne yönde gerçekleştiği incelendiğinde; eğitim ve gelir arttıkça diyabet hastalarının engel algılarının da azaldığı anlaşılmaktadır.

Bu sonuca göre diyabet sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin engel algısı üzerindeki etkisinin değerlendirildiği Hipotez 3'ün altında yer alan H3.A.d ve H3.A.e hipotezleri kabul edilip H3.A.a($\beta=,079$; $t=1,466$; $p=,143$), H3.A.c($\beta=-,029$; $t=,553$; $p=,928$; $p=,581$; $p=,354$), H3.A.g($\beta=,028$; $t=-,038$; $t=,506$; $t=-,727$; $p=,613$; $p=,469$), H3.B.a($\beta=,025$; $t=,478$; $p=,633$), H3.B.b($\beta=-,023$; $t=-,461$; $p=,645$), H3.B.d($\beta=,026$; $t=-,018$; $t=,514$; $t=-,350$; $p=,608$; $p=,727$), H3.B.e($\beta=-,007$; $t=-,145$; $p=,885$) ve H3.B.f($\beta=-,031$; $t=-,591$; $p=,554$) hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 20. Sosyo-Demografik ve Klinik Faktörlerin Genel Sağlık İnançlarına (Sağlık İnanç Modeli) Etkisi

Bağımlı Değişken: Genel Sağlık İnancı						
Bağımsız değişkenler	UnStd. β Katsayısı	Std. β Katsayısı	t	p	VIF	Hipotez
(Sabit)	3,273		59,628	<,001		
Üniversite (Ref=Okur-yazar Değil)	,815	,309	5,895	<,001	1,091	H4.A.d
Lise (Ref=Okur-yazar Değil)	,428	,197	3,701	<,001	1,129	H4.A.d
İlkokul(Ref=Okur-yazar Değil)	,163	,109	2,011	,045	1,174	H4.A.d
		$R^2=0,098$	$F=13,941$	$p=<,001$		Durbin-Watson=1,518

Tablo 20, sosyo-demografik ve klinik faktörlerin genel sağlık inancına ilişkin toplam varyansının sadece % 9,8'ini açıkladığını ve modelin anlamlılık düzeyini ortaya koyan

testin ($F=13,941$; $p<,001$) anlamlı bulunduğunu göstermektedir. Modelde kullanılan Durbin Watson katsayısı 1,518 değerinde olup bu değer otokorelasyon olmadığını göstermektedir. Ayrıca 1,091-1,174 arasındaki VIF değerleri modeldeki bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı olmadığını işaret etmektedir.

Regresyon analizi sonuçları, modele konulan bağımsız değişkenler arasında cinsiyet, medeni durum, gelir, sağlık güvencesinin varlığı, diyabetin tipi, diyabetin süresi, tedavinin tipi, komplikasyon ve komorbidite (ek hastalık) (ek hastalık) durumu ile diyabet hastalarının genel sağlık inançları üzerinde anlamlı etkisinin olmadığını ($p>,05$), buna karşın eğitim durumundan anlamlı şekilde etkilendiğini göstermektedir ($p<,05$). Standardize edilmiş beta katsayılarından, üniversite mezunu olmanın ($\beta=,309$) genel sağlık inancı üzerindeki etkisinin, lise mezunu ($\beta=,197$) ve ilkokul mezun ($\beta=,109$) olmaktan anlamlı derecede daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bu sonuçlara göre diyabet hastalarının genel sağlık inançları eğitim değişkeninden etkilenmekte olup, Hipotez 4'ün altındaki H 4.A.d kabul edilip H4.A.a ($\beta=,090$; $t=1,690$; $p=,092$), H4.A.c ($\beta=,027$; $t=,522$; $p=,602$; $t=,997$), H4.A.e ($\beta=,104$; $t=1,745$; $p=,082$), H4.A.g ($\beta=-,050$; $t=-,983$; $p=,326$; $t=,382$), H4.B.a ($\beta=,019$; $t=,374$; $p=,708$), H4.B.b ($\beta=-,063$; $t=-1,179$; $p=,211$), H4.B.d ($\beta=,060$; $t=,1179$; $p=,239$; $t=,359$), H4.B.e ($\beta=,017$; $t=,330$; $p=,742$) ve H4.B.f ($\beta=-,057$; $t=-1,116$; $p=,265$) hipotezleri reddedilmiştir.

7.7 Diyabet Hastalarının Hekim-Hasta İlişkisini Etkileyen Faktörler

Tablo 21, diyabet hastalarının hekim hasta ilişkileri ile ilgili değerlendirmelerinin sadece %3,7'sinin açıklandığını ve modelin bir bütün olarak anlamlılık düzeyini ortaya koyan testin ($F=7,864$; $p<,001$) anlamlı bulunduğunu açıklamaktadır. Modele ilişkin Durbin Watson katsayısı ($DW=1,945$) ve Varyans Şişme değerleri ($VIF=1,021$) otokorelasyon ve çoklu bağlantı sorunlarının olmadığını işaret etmektedir.

Tablo 21. Sosyo-Demografik ve Klinik Faktörlerin Hekim-Hasta İlişkisi Modeline Etkisi

Bağımlı Değişken: Hekim-Hasta İlişkisi						
Bağımsız değişkenler	UnStd. β Katsayısı	Std. β Katsayısı	t	p	VIF	Hipotez
(Sabit)	4,429		54,158	<,001		
Diyabetin süresi	-,019	-,146	-2,795	,005	1,021	H5.B.b
Komorbidite (Ref=Yok)	-,235	-,125	-2,386	,018	1,021	H5.B.f
		$R^2 = 0,037$	$F = 7,864$	$p = <,001$		Durbin-Watson=1,945

Buna göre modele konulan bağımsız değişkenlerden cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir, sağlık güvencesinin varlığı, diyabetin tipi, tedavi şekli ve komplikasyon durumunun hekim hasta ilişkisi modeli üzerinde anlamlı etkisi görülmemektedir ($p >,05$). Buna karşın diyabet hastalarında hastalığın süresi ve komorbiditenin varlığı değişkeni, hekim hasta ilişkilerini anlamlı şekilde etkilemektedir ($p <,05$). Standardize edilmiş beta katsayılarından, diyabetin süresi değişkeninin hekim hasta ilişkisi ($\beta = -,146$) üzerindeki etkisinin komorbidite (ek hastalık) değişkeninden ($\beta = -,125$) daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Kısacası başka bir hastalığı da olan diyabet hastaları ile uzun süredir diyabeti olan hastaların hekim hasta ilişkilerinin daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre Hipotez 5'in altında yer alan H5.B.b ve H5.B.f kabul edilip H4.A.a($\beta = ,077$; $t = 1,438$; $p = ,151$), H5.A.c($\beta = ,079$; $t = -1,272$; $p = ,128$; $t = ,204$), H5.A.d($\beta = -,044$; $t = ,063$; $p = ,831$; $t = 1,198$; $p = ,406$; $t = ,232$) H5.A.e($\beta = ,039$; $t = ,743$; $p = ,458$), H5.A.g($\beta = ,001$; $t = ,084$; $p = ,017$; $t = 1,597$; $p = ,987$; $t = ,111$), H5.B.a($\beta = ,036$; $t = ,688$; $p = ,492$), H5.B.d($\beta = ,058$; $t = -,039$; $t = 1,080$; $t = -,754$; $p = ,451$) ve H4.B.e($\beta = -,033$; $t = -,624$; $p = ,533$) reddedilmiştir.

7.8 Diyabet Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlık Düzeyini Etkileyen Faktörler

Tablo 22’de diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlık düzeyi ile ilgili değerlendirmelerinin %53,6’inin açıklandığını görmekteyiz. Modelin bir bütün olarak anlamlılık düzeyini ortaya koyan testin ($F=32,214$; $p<,001$) anlamlı bulunduğunu söyleyebiliriz. Modelde Durbin Watson katsayısı 1,592 değerinde olup 1,5 ve 2,5 arasında olan Durbin Watson değerleri otokorelasyon sorununun olmadığını göstermektedir. Tablo 15’deki önemli bir istatistikte, modelde çoklu bağlantı sorunu olup olmadığını gösteren VIF değerleri olup 1,250-2,093 arasındaki değerler bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı olmadığını işaret etmektedir.

Regresyon analizi sonucunda modele konulan sosyo-demografik değişkenlerden cinsiyet ($\beta=,108$), gelir ($\beta=,123$) ve eğitim durumunun ($\beta=,100-,.567$) sağlık okur-yazarlığı üzerinde etkili olduğu ($p<,05$), medeni durum, sağlık güvencesi, diyabetin tipi, diyabetin süresi, tedavinin tipi, komplikasyon ve komorbidite (ek hastalık) durumu değişkenlerinin sağlık okur-yazarlığı modeli üzerinde anlamlı şekilde etkilerinin olmadığı görülmektedir ($p>,05$). Buna göre erkeklerin kadınlardan, geliri yüksek olanların gelirdüzeği düşük olanlardan ve eğitim düzeyi daha yüksek olanların düşük olanlara oranla sağlık okur-yazarlığı düzeylerinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Bu sonuçlara göre; Hipotez 6’nın altında yer alan H6.A.a, H6.A.d, H6.A.e kabul edilip H6.A.c($\beta=-,015$; $t=-,001$; $t=-,384$; $p=,702$; $p=,979$), H6.A.g($\beta=,046$; $t=,003$; $t=1,185$; $p=,087$; $p=,237$; $p=,931$), H6.B.a($\beta=-,041$; $t=-1,060$; $p=,290$), H6.B.b($\beta=,001$; $t=,014$; $p=,989$), H6.B.d($\beta=-,029$; $t=,005$; $t=-,797$; $p=,141$; $p=,426$; $p=,888$), H6.B.e($\beta=,000$; $t=-,005$; $p=,996$) ve H6.B.f($\beta=,062$; $t=1,613$; $p=,108$) hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 22. Sosyo-Demografik ve Klinik Faktörlerin Sağlık Okur-Yazarlık Düzeyi Modeline Etkisi

Bağımlı Değişken: Sağlık Okur-Yazarlığı						
Bağımsız değişkenler	UnStd. β Katsayısı	Std. β Katsayısı	t	p	VIF	Hipotez
(Sabit)	,899		4,526	<,001		
Gelir	,000	,123	2,805	,005	1,498	H6.A.e
Cinsiyet(Ref=Kadın)	,342	,108	2,694	,007	1,250	H6.A.a
Okur-yazar (Ref=Okur-yazar Değil)	,457	,100	2,270	,024	1,501	H6.A.d
Lise (Ref=Okur-yazar Değil)	2,583	,565	11,589	<,001	1,838	H6. A.d
Üniversite (Ref=Okur-yazar Değil)	2,780	,500	10,078	<,001	1,906	H6. A.d
İlkokul (Ref=Okur-yazar Değil)	1,783	,567	10,906	<,001	2,093	H6. A.d
Orta Okul (Ref=Okur-yazar Değil)	2,125	,473	10,075	<,001	1,707	H6. A.d
		$R^2= 0,536$	$F=60,290$	$p=<,001$		Durbin-Watson=1,592

7.9 Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyini Etkileyen Faktörler

Tedaviye uyum düzeyine diyabet hastalarının sosyo-demografik ve klinik faktörler ile sağlık inanç modeli ve alt boyutları, hekim hasta ilişkisi, sağlık okuryazarlığı etkilerini ortaya koyan Tablo 23'te tedaviye uyum ile ilgili değerlendirmelerin %14,3'ünü bu değişkenlerin açıkladığı ve modelin bir bütün olarak anlamlılık düzeyini ortaya koyan testin ($F=12,954$; $p=<,001$) anlamlı bulunduğunu göstermektedir. Modelde kullanılan Durbin Watson katsayısı 1,842 değerinde olup bu değer otokorelasyon olmadığını göstermektedir. Ayrıca 1,054-1,342 arasındaki VIF değerleri modeldeki bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı olmadığını işaret etmektedir.

Tablo 23. Tedaviye Uyum Düzeyi Modelini Etkileyen Faktörler

Bağımlı Değişken: Tedaviye Uyum						
Bağımsız değişkenler	UnStd. β Katsayısı	Std. β Katsayısı	t	p	VIF	Hipotez
(Sabit)	1,155		2,431	,016		
Sağlık Okur-yazarlığı	,172	,226	3,999	,<,001	1,342	H7.C.f
Sağlık İnanç Modeli	,284	,178	3,333	,001	1,193	H7.C.d
SGK(Ref=Yok)	,418	,144	2,863	,004	1,063	H7.A.g
İlkokul(Ref=Okur-yazar Değil)	-,294	-,123	-2,458	,014	1,054	H7.A.d
Diyabet tipi (Ref=Tip1)	,416	,109	2,137	,033	1,089	H7.B.a
		$R^2 = 0,143$	$F = 12,954$	$p = <,001$		Durbin-Watson=1,842

Yapılan regresyon analizi sonucunda modele konulan sosyo-demografik ve klinik değişkenlerden cinsiyet, medeni durum, gelir, diyabetin süresi, tedavinin şekli, komplikasyon ve komorbiditenin tedaviye uyum modeli üzerinde anlamlı etkisinin görülmediği ($p >,05$), buna karşın eğitim ($\beta = -,123$), sağlık güvencesinin varlığı ($\beta = ,144$), ve diyabetin tipinin ($\beta = ,109$) anlamlı şekilde etkilendiği görülmektedir ($p <,05$). Standardize edilmiş beta katsayılarından, eğitim düzeyi ilkokul düzeyinde olanların, okuryazar olan ile ortaokul, lise ve üniversite mezunlarına göre tedaviye uyum düzeyi daha düşüktür. Buna karşın sağlık güvencesi SGK olanların diğer ve olmayanlara göre, Tip 2 diyabetlilerin Tip 1'e oranla sağlık tedaviye uyum ile ilgili değerlendirmeleri daha olumludur.

Diyabet hastalarının sosyo-demografik ve özellikleri dışında sağlık inançlarının, sağlık okur-yazarlığı düzeylerinin ve hekim-hasta ilişkilerinin de tedaviye uyum düzeylerini etkileyip etkilemediği incelendiğinde; sağlık inançlarının ($\beta = ,178$) ve sağlık okur-yazarlığı düzeylerinin ($\beta = ,226$) tedaviye uyumu pozitif yönde etkilediği görülmektedir.

Böylece; Hipotez 7'nin altında yer alan H7.A.d, H7.A.g, H7.B.a, H7.C.d ve H7.C.f kabul edilip, H7.A.a($\beta=-,092$; $t=-1,734$; $p=,084$), H7.A.c($\beta=-,062$; $t=-1,111$; $p=,354$; $p=,267$; $p=,721$), H7.A.e($\beta=,002$; $t=,05$; $p=,972$), H7.B.b($\beta=,091$; $t=1,838$; $p=,067$), H7.B.d($\beta=-,025$; $t=-,483$; $p=,629$; $p=,854$), H7.B.e($\beta=,071$; $t=1,441$; $p=,151$), H7.B.f($\beta=-,058$; $t=-1,154$; $p=,249$), H7.C.a($\beta=-,048$; $t=-,776$; $p=,438$), H7.C.b($\beta=,027$; $t=,424$; $p=,672$), H7.C.c($\beta=,035$; $t=,459$; $p=,646$) ve H7.C.e($\beta=,048$; $t=,923$; $p=,357$) reddedilmiştir.

7.10 Diyabet Hastalarının Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörler

Tablo 24'e göre, diyabet hastalarının sağlık hizmeti kullanımlarından hastaneye yatış düzeyleri ile ilgili değerlendirmelerinin % 11,7'si açıklanmıştır. Anlamlılık düzeyi açısından bakıldığında ise ($F=16,781$; $p=<,001$) testin anlamlı olduğu görülmektedir. Modelde Durbin Watson katsayısı 1,883 değerinde olup bu değer otokorelasyon olmadığını gösterirken 1,000-1,210 arasında gerçekleşen VIF değerleri bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı sorununun olmadığına işaret etmektedir.

Tablo 24. Hastaneye Yatış Modelini Etkileyen Faktörler

Bağımlı Değişken: Hastaneye Yatış						
Bağımsız değişkenler	UnStd. β Katsayısı	Std. β Katsayısı	t	p	VIF	Hipotez
(Sabit)	,977		9,024	<,001		
Hap(Ref=İnsülin)	-,567	-,315	-5,766	<,001	1,210	H8.B.d
Hap ve Diyet (Ref=İnsülin)	-,416	-,224	-4,110	<,001	1,210	H8.B.d
Sağlık Okur-yazarlığı	-,101	-,183	-3,696	<,001	1,000	H8.C.f
		$R^2= 0,117$	$F=16,781$	$p=<,001$		Durbin- Watson=1,883

Sosyo-demografik ve klinik değişkenlerin hastaneye yatış üzerindeki etkileri incelendiğinde, bu faktörlerden sadece tedavi şeklinin hastaneye yatış üzerinde anlamlı olduğu, hap ($\beta=-,315$) ve hap ile diyet($\beta=-,224$) tedavisi görenlere oranla insülin tedavisi alanların daha fazla hastaneye yattıkları tespit edilmiştir ($p<,05$). Araştırmada ayrıca temel değişkenlerden sadece sağlık okur-yazarlığı düzeyinin ($\beta=-,095$) hastaneye yatış üzerinde anlamlı etkisi olduğu ve sağlık okur-yazarlığı arttıkça hastaneye yatışların azaldığı bulgulanmıştır ($p<,05$). Hap kullanımı ile hastaneye yatış arasındaki ilişki diğer değişkenlere oranla daha fazladır. Buna karşılık, tedavinin şekli haricindeki sosyo deografik ve klinik değişkenler ile, sağlık inanç modeli ve alt boyutlarının, hekim-hasta ilişkisinin ve tedaviye uyum düzeyinin diyabet hastalarının hastaneye yatışlarını anlamlı şekilde etkilemediği gözükmemektedir ($p>,05$).

Sonuç olarak, H8.A.a($\beta=-,008$; $t=-,141$; $p=,888$), H8.A.c($\beta=,028$; $t=-,015$; $t=,537$; $p=,291$; $p=,591$; $p=,771$), H8.A.d($\beta=,032$; $t=-,076$; $t=,609$; $t=-1,472$; $p=,543$; $p=,147$), H8.A.e($\beta=-,083$; $t=-1,489$; $p=,137$), H8.a.g($\beta=-,098$; $t=,091$; $t=-1,928$; $t=1,799$; $p=,055$; $p=,073$), H8.B.a($\beta=,030$; $t=,546$; $p=,585$), H8.B.b($\beta=-,016$; $t=-,311$; $p=,756$), H8.B.e($\beta=-,063$; $t=-1,249$; $p=,213$), H8.B.f($\beta=,083$; $t=1,643$; $p=,101$), H8.C.a($\beta=,024$; $t=,481$; $p=,631$), H8.C.b($\beta=-,026$; $t=-,510$; $p=,611$), H8.C.c($\beta=-,032$; $t=-,603$; $p=,547$), H8.C.d($\beta=-,017$; $t=-,319$; $p=,750$), H8.C.e($\beta=-,052$; $t=-1,040$; $p=,299$) ve H8.C.g($\beta=,029$; $t=,555$; $p=,579$) red edilip, H8.B.d ve H8.C.f hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 25'deki modelden diyabet hastalarının acile başvuru düzeyleri ile ilgili değerlendirmelerinin % 10,9'unun açıklandığını ve modelin bir bütün olarak anlamlılık düzeyini ortaya koyan testin ($F=8,348$; $p=<,001$) anlamlı bulunduğunu söyleyebiliriz. Modelde kullanılan Durbin Watson katsayısı 2,060 değerinde olup bu değer otokorelasyon olmadığını göstermektedir. Ayrıca 1,063-1,283 arasındaki VIF değerleri modeldeki bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı olmadığını işaret etmektedir.

Tablo 25. Acile Başvuru Modelini Etkileyen Faktörler

Bağımlı Değişken:Acile Başvuru						
Bağımsız değişkenler	UnStd. β Katsayısı	Std. β Katsayısı	t	p	VIF	Hipotez
(Sabit)	1,003		5,907	<,001		
Sağlık Okur-yazarlığı	-,076	-,155	-2,996	,003	1,085	H9.C.f
Yarar	-,100	-,145	-2,811	,005	1,070	H9.C.b
Diyabetin süresi	,012	,117	2,220	,027	1,117	H9.B.b
Hap(Ref=İnsülin)	-,293	-,183	-3,245	,001	1,283	H9.B.d
Hap Diyet (Ref=İnsülin)	-,307	-,187	-3,366	,001	1,240	H9.B.d
Komplikasyon (Ref=Yok)	-,194	-,104	-2,032	,043	1,063	H9.B.e
		$R^2 = 0,109$	$F=8,348$	$p<,001$		Durbin-Watson=2,060

Regresyon analizi sonucunda modele konulan sosyo-demografik değişkenlerden hiç biri diyabet hastaların acil servis kullanımlarını anlamlı şekilde etkilememektedir ($p>,05$). Buna karşın klinik özelliklerden diyabetin süresi ($\beta=,117$), hap ($\beta=-,183$) ile hap ve diyet kullanımı ($\beta=-,187$) ve komplikasyon durumu ($\beta=-,104$) ile acil hizmet kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<,05$). Diyabetin süresi ile komplikasyonun varlığı arttıkça acile başvuru azalmakta, insülin kullananlarda acile başvuru düzeyi artmaktadır. Ayrıca temel değişkenlerden yarar algısı ($\beta=-,145$) ile sağlık okur-yazarlığı düzeyinin ($\beta=-,155$) acile başvuruları negatif yönde etkilediği, her iki durum arttıkça kişilerin daha az acil hizmeti kullandıkları görülmektedir ($p<,05$). Algılanan ciddiyet, algılanan engel, sağlık inancı, hekim-hasta ilişkisi, tedaviye uyum düzeyinin acil servise başvuru üzerindeki etkisi ise anlamlı çıkmamıştır ($p>,05$).

Bu nedenle H.9 hipotezi altında bulunan H9.A.a, ($\beta=-,005$; $t=-,090$; $p=,9299$) H9.A.c($\beta=,030$:-,031; $t=,570$:-,588; $p=,569$:-,557), H9A.d($\beta=-,063$:-,034; $t=-1,190$:-,632; $p=,235$:-,528), H9.A.e($\beta=,025$; $t=,446$; $p=,656$), H9.A.g($\beta=-,001$:-,019; $t=-,028$:-,371;

$p=,978; ,711$), H9.B.a($\beta=,046$; $t=,824$; $p=,411$), H9.B.f($\beta=,007$; $t=,142$; $p=,887$), H9.C.a($\beta=,084$; $t=1,640$; $p=,102$), H9.C.c($\beta=-,047$; $t=-,857$; $p=,392$), H9.C.d($\beta=,033$; $t=,479$; $p=,632$), H9.C.e($\beta=,022$; $t=,425$; $p=,671$) ve H9.C.g($\beta=,021$; $t=,387$; $p=,699$) reddedilip Hipotez 9.B.b, H9.B.d, H9.B.e, H9.Cb ve H9.C.f kabul edilmiştir.

Tablo 26 diyabet hastalarının poliklinik hizmeti kullanımı ile ilgili modelin anlamlı bulunduğunu ($F=10,101$; $p<,001$) ve diyabet hastalarının ilgili değerlendirmelerinin % 4,8'inin açıklandığını göstermektedir. Modele ilişkin 1,806 değerindeki Durbin Watson katsayısı ve 1,110 VIF değerleri modeldeki bağımsız değişkenler arasında otokorelasyon ve çoklu bağlantı sorununun olmadığına işaret etmektedir.

Tablo 266. Poliklinik Kullanımı Modelini Etkileyen Faktörler

Bağımlı Değişken: Poliklinik Kullanımı						
Bağımsız değişkenler	UnStd. β Katsayısı	Std. β Katsayısı	t	p	VIF	Hipotez
(Sabit)	,271		4,752	<,001		
Okur-Yazar (Ref=Okur-yazar Değil)	,200	,154	2,841	,005	1,110	H10.A.d
Sağlık Okur-Yazarlığı	-,037	-,131	-2,413	,016	1,110	H10.C.f
		$R^2= 0,048$	$F=10,101$	$p<,001$		Durbin- Watson=1,806

Yapılan regresyon analizi sonucunda modele konulan sosyo-demografik değişkenlerden eğitim durumu ile ilgili okur-yazar olma durumunun ($\beta=,154$) ve temel değişkenlerden sağlık okur-yazarlığı düzeyinin ($\beta=-,131$) diyabet hastalarının poliklinik kullanımı düzeylerini anlamlı şekilde etkilemekte iken ($p<,05$), diğer sosyo-demografik, klinik ve temel değişkenlerin etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ($p>,05$). Bu sonuca göre eğitim durumu ve kişilerin sağlık okur-yazarlığı düzeyi azaldıkça poliklinik kullanım düzeyleri de artmaktadır.

Diyabet hastalarının poliklinik hizmeti kullanımlarının en çok hangi faktörden etkilendiğine bakıldığında ise, standardize edilmiş beta katsayılarından eğitim düzeyi olduğu, referans değer okur-yazar olmayanlara göre okur-yazar olanların poliklinik kullanımların ilkolku, orta okul, lise ve üniversite mezunlarına göre daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Böylece H10 hipotezi altında bulunan H10.A.d ve H10.C.f hipotezleri kabul edilip H10.A.a($\beta=-,040$; $t=-,702$; $p=,483$), H10.A.c($\beta=-,018$; $t=-,343$; $p=,732$; $t=,423$), H10.A.e($\beta=-,008$; $t=-,142$; $p=,887$), H10.A.g($\beta=-,067$; $t=-,086$; $t=-1,270$; $t=1,640$; $p=,205$; $t=,102$), H10.B.a($\beta=-,062$; $t=-1,183$; $p=,238$), H10.B.b($\beta=-,095$; $t=-1,804$; $p=,072$), H10.B.d($\beta=,092$; $t=-,077$; $t=1,790$; $t=-1,498$; $p=,074$; $t=,135$), H10.B.e($\beta=-,060$; $t=-1,157$; $p=,248$), H10.B.f($\beta=-,001$; $t=-,028$; $p=,978$), H10.C.a($\beta=-,070$; $t=-1,341$; $p=,181$), H10.C.b($\beta=-,010$; $t=-,181$; $p=,856$), H10.C.c($\beta=-,059$; $t=-1,072$; $p=,285$), H10.C.d($\beta=-,079$; $t=-1,420$; $p=,156$), H10.C.e($\beta=,031$; $t=,602$; $p=,547$) ve H10.C.g($\beta=-,006$; $t=-,106$; $p=,916$) hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 277. Tedavi Masrafları Modelini Etkileyen Faktörler

Bağımlı Değişken: Tedavi Masrafı						
Bağımsız değişkenler	UnStd. β Katsayısı	Std. β Katsayısı	t	p	VIF	Hipotez
(Sabit)	161,765		7,340	<,001		
Hekim-Hasta İlişkisi	-14,754	-,162	-3,177	,002	1,034	H11.C.e
Hap(Ref=İnsülin)	-36,182	-,201	-3,609	<,001	1,236	H11.B.d
Hap ve Diyet(Ref=İnsülin)	-23,658	-,128	-2,315	,021	1,215	H11.B.d
SGK(Ref=Yok)	-20,138	-,096	-1,852	,065	1,068	H11.A.g
Orta Okul (Ref=Okur-yazar Değil)	31,086	,126	2,462	,014	1,044	H11.A.d
Sağlık Okuryazarlığı	-6,132	-,112	-2,109	,036	1,115	H11.C.f
		$R^2= 0,095$	$F=7,268$	$p=<,001$	Durbin-Watson=1,791	

Tablo 27’de görüldüğü üzere, diyabet hastalarının tedavi masrafları ile ilgili belirleyicileri tanımlayan regresyon modeli, diyabet hastalarının tedavi masrafları toplam varyasyonun % 9,5’ini açıklamaktadır. Anlamlılık düzeyi açısından bakıldığında ($F=7,268$; $p<,001$) modelin anlamlı olduğu görülmektedir. Modelde kullanılan Durbin Watson katsayısı 1,791 değerinde olup, bu değer otokorelasyon olmadığını göstermektedir. Ayrıca 1,034-1,236 arasındaki VIF değerleri modeldeki bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı olmadığını işaret etmektedir.

Yapılan regresyon analizi sonucunda, diyabet hastalarının tedavi maliyetlerini sosyo-demografik değişkenleri arasından sadece eğitim durumu ve sağlık güvencesinin varlığı anlamlı şekilde etkilemektedir ($p<,05$). Modele giren diğer anlamlı değişkenler tedavinin şekli, hekim hasta ilişkisi ve sağlık okur-yazarlığı düzeyidir ($p<,05$). Standardize edilmiş beta katsayılarından tedavi masrafları üzerinde en etkili değişkenin hap kullanımı olduğu ve hap kullanan kişilerin tedavi masraflarının daha az olduğu anlaşılmaktadır. Ortaokul mezunlarının okur-yazar, ilkökul, yüksek lise ve üniversite mezunlarına göre, tedavi masrafları daha fazladır. Çalışmada ayrıca sosyal güvencesi olanların olmayanlara göre ve hekim-hasta ilişkisi ile sağlık okuryazarlığı yüksek olanların düşük olanlara oranla tedavi masraflarının anlamlı bir şekilde daha az olduğu saptanmıştır. Buna karşılık modele konulan diğer değişkenlerin diyabet hastalarının tedavi masrafları üzerinde anlamlı etkisi olmadığı saptanmıştır ($p>,05$).

Bu sonuca göre diyabet hastalarını sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin, sağlık inançları ile alt boyutlarının, hekim hasta ilişkilerinin, sağlık okur-yazarlığı ve tedaviye uyum düzeylerinin ilaç ve tedavi masrafları üzerindeki etkisinin değerlendirildiği Hipotez 11’in altında yer alan bulunan H11.A.d, H11.A.g, H11.B.d, H11.C.e ve H11.C.f hipotezleri kabul edilip H11.A.a($\beta=,032$; $t=,573$; $p=,567$), H11.A.c($\beta=-,065$; $t=-1,241$; $p=,215$; $t=,243$), H11.A.e($\beta=,001$; $t=,020$; $p=,984$), H11.B.a($\beta=,003$; $t=,054$; $p=,957$), H11.B.b($\beta=,031$; $t=,592$; $p=,074$), H11.B.e($\beta=,061$; $t=1,193$; $p=,234$), H11.B.f($\beta=,096$; $t=1,865$; $p=,063$), H11.C.a($\beta=,062$; $t=1,175$; $p=,241$), H11.C.b($\beta=-,064$;

$t=-1,198$; $p=,232$), H11.C.c($\beta=-,024$; $t=-,435$; $p=,664$), H11.C.d($\beta=-,009$; $t=-,153$; $p=,879$) ve H11.C.g($\beta=-,008$; $t=-,149$; $p=,882$) reddedilmiştir.

7.11 Diyabet Hastalarının Fiziksel ve Ruhsal Yaşam Kalitesi Özet Skorlarını Etkileyen Faktörler

Fiziksel yaşam kalitesine sosyo-demografik ve faktörler ile sağlık inaç modeli ve alt boyutları, hekim-hasta ilişkisi, sağlık okur-yazarlığı, tedaviye uyum ve sağlık hizmeti kullanımının etkisini gösteren bilgiler Tablo 28’de yer almaktadır.

Tablo 28. Fiziksel Yaşam Kalitesi Modelini Etkileyen Faktörler

Bağımlı Değişken: Fiziksel Yaşam Kalitesi						
Bağımsız değişkenler	UnStd. β Katsayısı	Std. β Katsayısı	t	p	VIF	Hipotez
(Sabit)	33,847		7,190	<,001		
Sağlık Okur-yazarlığı	1,023	,135	2,541	,011	1,532	H12.C.f
Komorbidite(Ref=Yok)	-3,985	-,169	-3,669	<,001	1,145	H12.B.f
Cinsiyet(Ref=Kadın)	4,956	,208	4,319	<,001	1,246	H12.A.a
Yarar	1,670	,157	3,405	,001	1,146	H12.C.b
Ciddiyet	-1,543	-,133	-2,988	,003	1,063	H12.C.a
Gelir	,003	,150	3,081	,002	1,272	H12.A.e
Diyabetin süresi	-,179	-,110	-2,471	,014	1,061	H12.B.b
Diyabet tipi(Ref=Tip1)	-4,826	-,127	-2,826	,005	1,084	H12.B.a
Hekim-Hasta İlişkisi	1,183	,094	2,040	,042	1,155	H12.C.e
		$R^2= 0,334$	$F=20,967$	$p=<,001$		Durbin-Watson=1,854

Tablo 28, fiziksel yaşam kalitesi ile ilgili değerlendirmelerin %33,4’ünün açıklandığı ve modelin bir bütün olarak anlamlılık düzeyini ortaya koyan testin ($F=20,967$; $p=<,001$) anlamlı bulunduğu görülmektedir. Ayrıca Tablo 28’de, modelde kullanılan Durbin Watson katsayısı ($DW=1,854$) modelde otokorelasyon olmadığını göstermekte ve 1,061-

1,532 arasındaki VIF değerleri de çoklu bağlantı sorunu bulunmadığına işaret etmektedir.

Regresyon analizi sonucunda, modele konulan sosyo-demografik ve klinik değişkenlerden cinsiyet, gelir, diyabetin tipi, diyabetin süresi ve komordibite durumunun diyabet hastalarının fiziksel yaşam kalitelerini anlamlı şekilde etkilediği görülmektedir ($p < .05$). Buna göre erkeklerin kadınlara ($\beta = .208$) oranla ve başka bir hastalığı olmayan olanlara oranla ($\beta = -.169$) fiziksel yaşam kalitesi daha fazladır. Gelir arttıkça ($\beta = .150$) ve diyabetin süresi azaldıkça ($\beta = -.110$) diyabet hastalarında yaşam kalitesi de artmaktadır. Ayrıca Tip 1 diyabetlilerde yaşam kalitesi Tip 2 diyabetlilere oranla ($\beta = -.127$) daha iyidir. Standardize edilmiş beta katsayılarından, diyabet hastalarının yaşam kalitesini en çok etkileyen değişkenin cinsiyet değişkeni olduğu anlaşılmaktadır.

Diyabet hastalarının sağlık inanç modeli ve alt boyutları, hekim-hasta ilişkisi, sağlık okur-yazarlığı ve tedaviye uyum düzeyinin yaşam kalitelerine etkisi incelendiğinde, sağlık inanç modeli alt boyutlarından ciddiye ($\beta = -.133$) ve yararın ($\beta = .157$), hekim hasta ilişkisinin ($\beta = .094$) ve sağlık okur-yazarlığı düzeyinin ($\beta = .135$) fiziksel yaşam kalitesini etkilediği görülmektedir. Buna karşın algılanan engel, genel sağlık inanışları ve tedaviye uyum düzeyinin fiziksel yaşam kalitesine etkisi anlamlı gözükmemektedir ($p > .05$). Çalışmada ayrıca hastaneye yatış, acile başvuru, poliklinik ziyareti ve tedavi masrafı gibi sağlık hizmeti kullanımı boyutlarının fiziksel yaşam kalitesini etkilemediği tespit edilmiştir.

Bu nedenle Hipotez 12'nin altında yer alan H12.A.a, H12A.e, H12.B.a, H12.B.b, H12.B.f, H12.C.a H12.C.b, H12.C.e ve H12.C.f kabul edilip, H12.A.c ($\beta = -.058$; $t = -1,180$; $p = .324$; $p = .239$; $p = .746$), H12.A.d ($\beta = .014$; $t = .301$; $p = .688$; $p = .763$; $p = .492$), H12.A.g ($\beta = .046$; $t = .968$; $p = .334$; $p = .059$), H12.B.d ($\beta = .044$; $t = .948$; $p = .628$; $p = .344$; $p = .530$), H12.B.e ($\beta = -.071$; $t = -1,613$; $p = .108$), H12C.c ($\beta = .086$; $t = 1,790$; $p = .074$), H12.C.d ($\beta = .148$; $t = 1,790$; $p = .074$), H12.C.g ($\beta = -.056$; $t = 1,207$; $p = .228$), H12.D.a ($\beta =$

,039; $t=-,871$; $p=,384$), H12.D.b($\beta=-,059$; $t=-1,307$; $p=,192$), H12.D.c($\beta=-,071$; $t=-1,604$; $p=,110$) ve H12.D.d($\beta=-,065$; $t=-1,441$; $p=,150$), reddedilmiştir.

Tablo 29. Ruhsal Yaşam Kalitesi Modelini Etkileyen Faktörler

Bağımlı Değişken: Ruhsal Yaşam Kalitesi						
Bağımsız değişkenler	UnStd. β Katsayısı	Std. β Katsayısı	t	p	VIF	Hipotez
(Sabit)	29,450	3,510	8,390	<,001		
Engel	2,027	,543	3,732	<,001	1,198	H13.C.c
Sağlık Okur-yazarlığı	1,586	,421	3,768	<,001	1,262	H13.C.f
Ciddiyet	-2,524	,595	-4,242	<,001	1,063	H13.C.a
Hekim Hasta İlişkisi	2,044	,646	3,164	,002	1,080	H13.C.e
Tedaviye Uyum	1,369	,526	2,604	,010	1,130	H13.C.g
Acile Başvuru(Ref=Yok)	-1,558	,787	-1,979	,049	1,053	H13.D.b
		$R^2= 0,213$	$F=17,236$	$p=<,001$	Durbin-Watson=1,910	

Tablo 29, diyabet hastalarının ruhsal yaşam kalitesi ile ilgili değerlendirmelerinin sadece % 21,3'ünün açıklandığını ve modelin bir bütün olarak anlamlılık düzeyini ortaya koyan testin ($F=19,737$; $p=<,001$) anlamlı bulunduğunu göstermektedir. Modele ilişkin Durbin Watson katsayısı ($DW=1,904$) ve Varyans Şişme değerleri ($VIF=1,078-1,228$) otokorelasyon ve çoklu bağlantı sorunlarının olmadığına işaret etmektedir.

Regresyon analizi sonucunda modele konulan bağımsız değişkenlerden cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir, sağlık güvencesi, diyabetin tipi, diyabetin süresi, tedavinin şekli, komplikasyon ve komorbidite (ek hastalık) durumu gibi sosyo demografik ve klinik özelliklerin ruhsal yaşam kalitesini etkilemediği görülmektedir ($p>,05$). Buna karşın algılanan ciddiyet ($\beta=-,211$), algılanan engel ($\beta=,199$), hekim-hasta ilişkisi ($\beta=,157$), sağlık okur-yazarlığı ($\beta=,215$) ve tedaviye uyumdan ($\beta=,128$) anlamlı şekilde etkilendiği bulunmuştur ($p<,05$). Ayrıca sağlık hizmeti kullanımı unsurları arasında yer alan acil hizmet kullanımı ile ruhsal yaşam kalitesi arasında da anlamlı bir ilişki

bulunmaktadır. Yani, algılanan ciddiyet ve engel arttıkça ruhsal yaşam kalitesi azalmakta, hekim hasta ilişkisi, sağlık-okuryazarlığı, tedaviye uyum ve acil kullanımı arttıkça ruhsal yaşam kalitesi ile ilgili değerlendirmelerinin anlamlı bir şekilde daha olumlu olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç itibari ile Hipotez 13.C.a, Hipotez 13.C.c, Hipotez 13C.e, Hipotez 13C.f, Hipotez 13.C.g ve Hipotez 13 D.b, kabul edilip Hipotez 13.A.a($\beta=-,069$; $t=1,346$; $p=,179$), Hipotez 13.A.c($\beta=-,041$; $t=-,860$; $p=,391$; $p=,950$), Hipotez 13.A.d($\beta=,037$; $t=,746$; $p=,456$; $p=,802$), Hipotez 13.A.e($\beta=,014$; $t=263$; $p=,792$), Hipotez 13.A.g ($\beta=-,053$; $t=-1,084$; $p=,279$; $p=,859$), Hipotez 13.B.a($\beta=,000$; $t=-,015$; $p=,761$), Hipotez 13.B.b($\beta=-,015$; $t=-,305$; $p=,761$), Hipotez 13.B.d($\beta=-,45$; $t=-,952$; $p=,342$; $p=,412$), Hipotez 13.B.e($\beta=-,039$; $t=-,822$; $p=,412$), Hipotez 13.B.f($\beta=-,008$; $t=-,173$; $p=,863$), Hipotez 13.C.b($\beta=-,036$; $t=,696$; $p=,847$), Hipotez 13.C.d($\beta=,089$; $t=,696$; $p=,487$), Hipotez 13.D.a($\beta=-,046$; $t=-,866$; $p=,387$), Hipotez 13.D.c($\beta=,016$; $t=,335$; $p=,738$), ve Hipotez 13.D.d($\beta=,024$; $t=,477$; $p=,633$), reddedilmiştir.

8. TARTIŞMA

Bu bölümde yapılan analizler sonucu elde edilen bulgular mevcut literatür çerçevesinde tartışılacaktır. Böylece, bu çalışmada diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeylerinin yaşam kalitesini ve sağlık hizmeti kullanımına etkisi ile tedaviye uyum düzeylerini etkileyen faktörlerin neler olduğu konusundaki diğer araştırmalardan elde edilen sonuçlardan farklılık gösterip göstermedikleri ortaya konacaktır.

8.1 Sosyo Demografik ve Klinik Özellikler ile İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler

Cinsiyet açısından bakıldığında araştırmamızda kadınların %64,4 oranla erkeklere göre daha fazla diyabet hastası olduğu görülmektedir. Genellikle gelişmekte olan ülkelerde yapılan araştırmalarda diyabetli hastalarda kadınların oranın erkeklere göre daha fazla, gelişmiş ülkelerde ise yaklaşık aynı düzeyde olduğu saptanmıştır. Aikens ve Piette (2009) tarafından yapılan çalışmada diyabet hastaların (n=803) yaklaşık %62'sinin kadın hastalardan oluştuğu saptanmıştır. Benzer şekilde Kalyango ve diğ. (2008) tarafından 402 diyabet hastasının dâhil edildiği çalışmada da, hastaların %69'unun kadın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak Peyrot ve diğ. (2010) tarafından yapılan çalışmada diyabetli hastaların (n=502) sadece %45'nin kadın olduğu tespit edilmiştir. Gutierrez ve Long (2011) tarafından Philadelphia'da yapılan çalışmada (n=152) diyabet hastalarının %81'inin erkek olduğu bulgulanmıştır. Lee ve Lin (2009) tarafından Tayvan'da 480 diyabet hastası ile yapılan araştırmada da kadınların oranın sadece %37 olduğu bulunmuştur.

Diyabetli hastaların yaş ortalaması 53 civarındadır. Bu durumun örnekleminizde yer alan hastaların daha ziyade Tip 2 diyabetli hastalardan oluşması ve bu tip hastalığın orta yaş ve üzerinde yaygın olarak görülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yaş arttıkça Tip 2 diyabet insidansı artmaktadır. Julien ve diğ.'nin (2009) Tip 2 diyabetlilerle

yaptıkları çalışmada da diyabet hastalarının (n=438) yaş ortalaması 56,8'dir. Daly ve diğ.'nin (2009) yaptıkları araştırmada yaş ortalaması diyabet hastaları (n=253) için yaklaşık 60 civarındadır. Buna karşın Lawson ve diğ. (2007) tarafından sadece tip 1 diyabetli hastalar (n=84) arasında gerçekleştirilen araştırmada ise yaş ortalamasının 37 olduğu saptanmıştır.

Medeni durum açısından bakıldığında hastaların %73,3'ünün evli olduğu gözlemlenmektedir. Bu durumun yaşla ilgili olduğu ve araştırmanın yaş ortalamasının yüksek olması nedeniyle evli olanların oranının yükseldiği düşünülmektedir. Pourghaznein ve ark. (2013) tarafından Tip 2 diyabet hastası (n=150) ile yapılan çalışmada, hastaların %73'ünün evli olduğu bulgulanmıştır. Skarbek (2006) tarafından yapılan çalışmada da, diyabet hastalarının (n=88) %66'sının evli, %6,5'inin bekâr ve %27,5'inin ise dul ve boşanmışlardan oluştuğu saptanmıştır. Buna karşın Rahmanian ve diğ. (2013) tarafından İran'da diyabetli hastalarla (n=648) yaptıkları çalışmada, hastaların %90'ının evli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılanların %17,5'inin okuryazar değil, %12,5'inin okuryazar, %36,4'ünün ilkokul, %13,1'inin ortaokul, %12,2'sinin lise ve %8,3'ünün üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Buna göre eğitim durumu ile ilgili olarak hastaların genel eğitim seviyelerinin düşük düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Rahmanian ve diğ. (2013) tarafından İran'da diyabetli hastalarla (n=648) yaptıkları çalışmada, hastaların eğitim durumu arttıkça diyabetli olma risklerinin azaldığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde Aslantekin (2011) tarafından Ankara'da yapılan çalışmada da, diyabet hastalarının (n=307) %23,8'ünün okuryazar değil, %9,8'inin okuryazar, %33,6'sının ilkokul, %14,0'ünün ortaokul, %12,4'ünün lise ve %7,2'sinin üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Morowatisharifabad ve diğ. (2010) tarafından İran'da yapılan çalışmada diyabet hastaların (n=120) yaklaşık %28'inin lise ve üniversiteli olduğu bulunmuştur. Searle ve diğ. (2007) tarafından yapılan çalışmada da diyabetli hastaların sadece %15'i lise ve üzeri okula gittiği saptanmıştır. Ancak Morris ve diğ. (2013) tarafından

Vermont'ta 751 diyabet hastasıyla yapılan araştırmada, diyabetli hastaların %43'ünün üniversite eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır.

Gelir durumu düzeylerine göre, diyabet hastalarının gelir düzeylerinin çoğunlukla orta ve alt düzeyde olduğu görölmektedir. Bu durum diyabetlilerin genel olarak orta ve düşük düzey sosyo ekonomik seviyeye sahip olmaları ile uyumludur. Öztürk ve diğ. (2000) tarafından Kayseri'de 3,713 kişi ile yapılan çalışmada da, yüksek gelir grubundaki diyabetli hastaların gelir düzeyi daha az hastalara oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. İnoue ve ark. (2013) Japonya'da Tip 2 diyabet hastaları (n=326) ile yaptıkları çalışmada hastaların sadece %15'inin yüksek düzeyde gelire sahip olduğu bulgulanmıştır. Park ve diğ. (2010) tarafından 265 yaşlı diyabet hastası ile yapılan çalışmada da, diyabetlilerin %70'inin orta gelir düzeyine sahip olduğu, yüksek ve düşük gelir düzeyindeki hastaların oranının yaklaşık %15'lerde bulunduğu saptanmıştır.

Çalışma durumu ile ilgili olarak elde edilen bulgular neticesinde, araştırmada katılımcıların %48,3'ünün ev hanımlarından, %19,2'sinin emeklilerden, %14,2'sinin çalışanlardan, %10'unun işsizlerden ve %8'inin öğrencilerden olduğu görölmektedir. Ünlüsoy (2009) tarafından İstanbul'da 260 Tip 2 diyabetlinin katılımıyla yapılan çalışmanın mesleki dağılımlar değerlendirildiğinde %48,8'i ev hanımı, %20,8'i emekli, %5,4'ü memur, %8,8'i işiçi ve %16,1'i (n=42) serbest meslekle uğraşmaktadır. Akgüç (2013) tarafından yapılan İstanbul il sınırları içerisinde bulunan bir üniversite çalışmada da araştırmaya katılan cevaplayıcıların (n=100) %45'inin ev hanımı olduğu bulgulanmıştır. Arslan (2011) tarafından Diyarbakır'daki Dicle üniversitesinde dâhiliye endokrin polikliniğine başvuran diyabetli hastalar (n=400) üzerinde yapılan çalışmada da hastaların %66'sının ev hanımı olduğu bulgulanmıştır. Bu çalışmada ayrıca düzenli bir geliri olan hasta oranı yaklaşık %20 iken, düzenli içi olmayan kişi oranı %14 civarındadır. Arslantekin (2011) ise hastaların %53'ünün işsiz (ev hanımları dâhil) ve %47'sinin tam ve yarım gün çalışıyor olduğunu bulgulanmıştır. Bayraktar (2008) tarafından Bursa'da 100 diyabet hastası ile gerçekteştirilen çalışmada da %93'ü ev hanımı ve emeklilerden olduğu görölmüştür.

Hastaların %80,6'sı sosyal güvenlik kurumları (Bağkur, SSK, Emekli Sandığı) tarafından sigortalıdır. Bu durum ülkemizde uygulanan genel sağlık sigortası ile uyumlu bir yapıdadır. Arslan (2011) tarafından diyabetli hastalar (n=400) üzerinde yapılan çalışmada da hastaların %80'inin sosyal güvencesi olduğu bulunmuştur. Pourghaznein ve ark.'nın (2013) Tip 2 diyabet hastaları(n=150) ile yaptıkları çalışmada da hastaların %82'sinin sağlık güvencesine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak Çıtıl ve diğ. (2010) tarafından Kayseri'de, 294 diyabet hastası ile yapılan çalışmada, hastaların %96,3'ünün sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır. Özel sağlık sigortası yaygın olduğu Amerika'da Morris ve diğ. (2013) tarafından 751 diyabet hastasıyla yapılan araştırmada, diyabetli hastaların %61'inin özel sağlık sigortasına %36'sının ise Medicaide ve Medicare'e bağlı olduğu saptanmıştır. Ünlüsoy (2009) tarafından İstanbul'da 260 Tip 2 olguların sağlık güvenceleri incelendiğinde; %53,8'i SSK'dan yararlanırken, %27,7'si Emekli Sandığı'ndan, %13,8'i Bağ-Kur'dan, %3,8'i Yeşil Karttan yararlanmakta ve %0,8' i ücretli olarak muayene olmaktadır.

Hastaların klinik özelliklerinden diyabetin tipi açısından bakıldığında, hastaların sadece %10'unun Tip 1 diyabetli olduğu tespit edilmiştir. Bu durum literatür bilgisi ile uyumludur. Benzer şekilde Galveia ve diğ. (2012) Portekizdeki diyabetliler (n=252) tarafından yapılan çalışmada Tip 1 diyabetlilerin oranının 9,6 iken Tip 2 diyabetli hastaların %90,4 olduğu tespit edilmiştir. Karakurt ve diğ.(2013) Erzincan'da diyabet hastaları (n=103) ile yaptığı çalışmada, diyabetli hastaların %92'sinin Tip 2 %8'inin tip 1 diyabetli olduğu bulgulanmıştır. Ancak Peyrot ve diğ (2010) tarafından yapılan çalışmada diyabetli hastaların (n=502) sadece %77'sinin Tip 2 ve %23'ünün Tip 1 diyabetli olduğu saptanmıştır.

Diyabet hastalığının süresi ile ilgili elde edilen bulgulara göre, hastalar ortalama olarak 8,9 yıldır diyabetli oldukları gözlemlenmiştir. Searle ve diğ. (2007) tarafından yapılan çalışmada da diyabetli hastaların ortalama diyabet süresinin 8,8 olduğu saptanmıştır. Morowatisharifabad ve diğ. (2010) tarafından İran'da yapılan çalışmada diyabet

hastaların (n=120) yaklaşık 10 yıldır diyabetik olduğu bulunmuştur. Ancak Shigaki ve diğ. (2012) Kolombiya'da 76 adet Tip 2 diyabet hastası üzerinde yaptığı çalışmada da hastaların %70'ten fazlasının 5 yıldan fazla süredir diyabetli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ünlüsoy (2009) tarafından İstanbul'da 260 Tip 2 diyabetin tedavisinde çalışmaya katılan olguların ortalama tanı süresi $7,36 \pm 5,75$ yıl olarak belirlenmiştir. Peyrot ve diğ. tarafından yapılan çalışmada (n=502) ortalama diyabet süresinin 14,8 olduğu tespit edilmiştir.

Diyabetli hastaların aldıkları tedavilere açısından değerlendirildiğinde ise, %31'i hap, %41'i insülin ve %28'inin hap ve diyet kullandığı bulgulanmıştır. Bean ve diğ. (2007) tarafından 259 diyabet hastası ile yapılan çalışmada hastaların %38'inin insülin iğnesi kullandığı tespit edilmiştir. Daly ve diğ.'nin (2009) yaptıkları araştırmaya göre de diyabet hastalarının (n=253) %33'ü insülin tedavisi almaktadır. Aikens ve Piette (2009) tarafından yapılan çalışmada da diyabet hastalarının (n=803) yaklaşık %40'ının insülin aldığı tespit edilmiştir. Ünlüsoy (2009) tarafından İstanbul'da 260 hasta ile yapılan çalışmada, diyabet hastalarının %37,7'si hap, %36,5'i hap ve insülin, %23,8'i ise sadece insülin ile tedavi edildiği bulgulanmıştır.

Klinik özelliklerden komplikasyonun varlığı açısından bakıldığında, hastaların %19,7'sinde diyabet komplikasyonu geliştiği tespit edilmiştir. Şermet tarafından (2012) Mersin'de yapılan çalışmada da diyabet hastalarının %28'inde komplikasyon olduğu bulgulanmıştır. Buna karşın Pourghaznein ve ark. (2013) tarafından İran'da diyabet hastası ile yaptığı araştırmada da hastaların %59'unda komplikasyon geliştiği görülmektedir. Doğan (2008) tarafından Tip 2 diyabetliler üzerinde yapılan çalışmada, hastaların (n=120) %54'ünde komplikasyon geliştiği bulgulanmıştır. Skarbek (2006) tarafından yapılan çalışmada da, diyabet hastalarının (n=88) %43,8'inde komplikasyon olmadığı, %27,5'inde ise en az bir tane komplikasyon olduğu saptanmıştır. Teklay ve diğ. (2013) tarafından Güney Etiyopya'daki Tip 2 diyabetlilerle yapılan araştırmada da, hastaların (n=2,800) %72'sinde diyabet komplikasyonu olduğu tespit edilmiştir. Galveia

ve diğ. (2012) Portekiz’de diyabetliler (n=252) tarafından yapılan çalışmada komplikasyon oranı %63,9’dur.

Çalışmadaki diyabetlilerde komorbidite (ek hastalık) görülme oranı %37,8 olarak tespit edilmiştir. Komorbidite (ek hastalık) ile ilgili yapılan çalışma daha az olup genellikle yapılan çalışmalar depresyon, hipertansiyon gibi tek tek komordit durumları incelemeye yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Struijs ve diğ. tarafından yapılan araştırmada da diyabet hastaların %44’ünde komorbidite (ek hastalık) olduğu saptanmıştır. Ancak Şermet tarafından (2012) yapılan çalışmada ise, Tip 2 diyabet hastalarının %78’inde komorbidite (ek hastalık) olduğu bulgulanmıştır. Bayraktar (2008) tarafından Bursa’da 100 diyabet hastası ile gerçekleştirilen çalışmada da %87’sinde diyabete eşlik eden hastalık olduğu saptanmıştır.

Diyabetin şiddeti hastaların kan şeker düzeyi ortalaması 207 mg/dl şeklinde belirlenmiş olup, hastaların %7’sinin kan şeker düzeyinin 100’ün altında, %28’inin 101-140 arasında, %332,5’inin 141-200 arasında ve %37,5’i 201’in üzerinde olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Kır (2003) tarafından yapılan çalışmada da hastaların %41’inin şeker düzeyinin 201 ve % 24,7’sinin 141 ve 200 arasında olduğu tespit edilmiştir. Bayraktar (2008) tarafından Bursa’da Tip 2 diyabet hastası (n=100) ile gerçekleştirilen çalışmada da %6’sının 100, un altında, %29’u 110-140 arasında, %33’ü 140-180 arasında ve %32’si 180 üstü açlık kan şekeri düzeyine sahip olduğu bulgulanmıştır.

8.2 Sağlık İnanç Modeli İle İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler

Yapılan analizler neticesinde; diyabet hastalarının Sağlık İnanç Modeli toplam puanının $3,45 \pm 0,72$ ortalama değer ile orta seviyenin biraz üzerinde olduğu bulunmuştur. Yandım (2011) tarafından Mersin’de yapılan çalışma da (n=100) diyabetik ayağı olan ($3,47 \pm 0,30$) ve olmayan ($3,57 \pm 0,27$) hasta gruplarının sağlık inançlarının orta düzeyde olduğunu saptamıştır. Benzer şekilde Kartal (2006) tarafından yapılan çalışmada deney

ve kontrol grupların sağlık inançlarının sırasıyla $3,58 \pm 0,47$ ve $3,66 \pm 0,45$ orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ancak Sevinç ve diğ. (2012) tarafından yapılan çalışma sağlık inancı toplam puanı $4,01 \pm 0,72$ ile, diyabet hastalarının sağlık inançlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmada ciddiye, yarar ve engel algıları açısından bakıldığında, algılanan ciddiye ($3,66 \pm 0,98$) ve algılanan yarar ($3,88 \pm 1,08$) algılarının ortalamadan yüksek, algılanan engel ($2,92 \pm 1,14$) düzeylerinin ise ortalamadan biraz düşük puan ile hastalığa ilişkin düşük engel algılarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Şermet (2012) tarafından yaşlı diyabetlilerde yapılan çalışmada ($n=280$), hastaların algılanan ciddiye ($3,93 \pm 0,60$), algılanan yarar ($4,18 \pm 0,45$), ve algılanan engeller ($3,92 \pm 0,54$) puan ortalamaları karşılaştırıldığında, en yüksek puanlarının yarara ilişkin inançları olduğu bulunmuştur. Ancak Yandım (2011) tarafından yapılan çalışma, diyabetik ayağı olan hastaların algılanan ciddiye ($10,44 \pm 1,10$), algılanan yarar ($25,56 \pm 2,82$) ve algılanan engeller puanı ortalamalarının ($29,74 \pm 3,47$) diyabetik ayağı olmayanlarla benzer özellik sergilediği ve en yüksek puanlarının algılanan engele ilişkin inançları olduğu saptanmıştır. Chao ve diğ.'nin (2012) Tayvan'da 164 Tip 2 diyabet hastası üzerinde yaptığı çalışmada ise, hastaların ciddiye algılarının ($20,24 \pm 3,81$) yarar ($17,65 \pm 2,53$) ve engel algılarından ($12,26 \pm 2,70$) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Genel olarak Sağlık İnanç Modeli toplam puanı ile alt boyutlarını etkileyen sosyo-demografik değişkenler incelendiğinde; diyabet hastalarının genel sağlık inançlarının ve yarar algılarının eğitim durumundan, ciddiye algılarının eğitim ve sosyal güvencenin varlığından ve engel algılarının gelir ile eğitim durumundan etkilendiği görülmektedir.

Diyabet hastalarının sağlık inançlarını etkileyen en önemli faktör eğitim düzeyidir. Buna göre, diyabetli hastalarda eğitim düzeyleri daha yüksek olan hastaların sağlık inanışları ve sağlık inancı alt boyutları daha fazla artmaktadır. Bu durum hastaların eğitim düzeylerinin artması ile birlikte hastalıkları konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak istemeleri ve daha olumlu sağlık davranışları sergilemeye meyilli olmaları ile

açıklanabilmektedir. Şermet (2012) tarafından yaşlı diyabetlilerde yapılan çalışmada (n=280) öğrenim düzeyi yüksek olan yaşlıların algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engeller puanı ile toplam sağlık inancını puan ortalamaları öğrenim düzeyi düşük olan yaşlılara göre yüksek olduğu ve bu ilişkinin ciddiyet algısı haricinde anlamlı olduğu bulunmuştur. Kartal (2006) tarafından diyabetli hastaların ilköğretim mezunu hastaların yükseköğretim/fakülte mezunu hastalara göre sağlık inançlarının daha olumsuz olduğu belirlenmiştir. Ancak Yandım (2011) tarafından yapılan çalışmada, diyabet hastalarının eğitim durumları ile sağlık inançları ve alt boyutları arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Mansour-Ghanaei ve diğ.'nin (2013) İran'da 92 diyabet hastası ile yaptıkları çalışmada da, eğitim durumu ile sağlık inancı arasında bir ilişki olmadığı ortaya konulmuştur.

Gelir değişkeninin, sağlık inanışlarından engel algısını etkilediği ve gelir düzeyi arttıkça diyabet hastalarının düşük engelle ilişkin algılarının daha olumlu olduğu bulunmuştur. Bu durumun gelir düzeyi yüksek olan hastaların tedaviye ulaşım ve sağlık hizmetine erişimde daha avantajlı olmalarından dolayı gerçekleştiği düşünülmektedir. Yandım (2011) tarafından yapılan çalışmada da, diyabet hastalarının düşük gelire sahip olan hastaların algılanan engel algılarının geliri yüksek olan gruba göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Ancak Şermet (2012) tarafından yapılan çalışmada, gelir ile algılanan engel arasında ilişki olmadığı gelir ile ciddiyet arasında ilişki olduğu, gelir arttıkça algılanan ciddiyetin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Pourghaznein ve ark. (2013) tarafından İran'da yapılan araştırmada (n=150) ise, gelirin sağlık inanışlarını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

Sosyal güvencesi olmayanların oranla hastalık hakkındaki ciddiyet algısı daha yüksektir. Söz konusu durum hastaların sağlık güvencesi olmadığından ve tedaviye yeterli erişim sağlayamadıklarından dolayı, verilen eğitimlerle gelecekte diyabet riskleri ile karşılaşma risklerinin daha yüksek olduğu bilincinde olmaları ile açıklanabilir. Nahcıvan ve Seçginli (2007) tarafında göğüs muayenesi yapan hastalar açısından bakıldığında, sağlık sigortası olan hastaların sağlık inancı ile ilgili olan elle muayene davranışını, daha az sergiledikleri ve sağlık güvencesi olmayan hastaların hastalığı daha

ciddiye aldıkları bulunmuştur. Ancak Highland'ın (2012) Nebraska'da yaptığı çalışmada da (n=317), sağlık inancının sağlık güvencesi durumundan etkilendiği, sağlık güvencesine sahip hastalarda sağlık inanışlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Sheppler ve diğ.'nin (2014) yapmış oldukları araştırmada, sağlık sigortası olan diyabet hastalarının sağlık inançlarının da yüksek olduğu ve daha göz muayenesi yaptıkları bulgulanmıştır.

Yapılan analizler neticesinde, sosyo demografik değişkenlerden cinsiyet ve medeni durum değişkenlerinin, diyabet hastalarının sağlık inançlarını etkilemediği bulunmuştur. Tan'ın (2004), diyabetli hastalarda (n=178) sağlık inançlarını incelediği araştırmasında, hastaların cinsiyeti ile hastalığa ilişkin sağlık inançları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır. Pourghaznein ve diğ. (2013) tarafından yapılan araştırmada cinsiyetin sağlık inanışlarını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Yu ve diğ.'nin (2014) Tayvan'da 700 diyabet hastası ile yaptıkları çalışmada ise kadınların algılanan yarar ve düşük engel algısının erkeklere oranla daha iyi olduğu saptanmıştır.

Medeni durumla ilgili olarak, medeni durumun sağlık inancını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Şermet (2012) tarafından yapılan çalışmada, medeni durumun Sağlık İnanç Modeli ve alt boyutlarını etkilemediği saptanmıştır. Benzer şekilde Mansour-Ghanaei ve diğ.'nin (2013) İran'da yaptıkları çalışmada da, medeni durum ile sağlık inanışı arasında bir ilişki olmadığı ortaya konulmuştur. Ancak Kartal (2006) tarafından yapılan çalışmada, evli hastaların dul ve boşanmış hastalara göre sağlık inançlarının daha olumlu olduğu bulgulanmıştır.

Bu çalışmada ayrıca diyabetin tipi, tedavinin tipi ve diyabetin süresi ile hastaların sağlık inanışları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Şermet (2013) ve Daniel ve Messer (2002) tarafından yapılan çalışmalarda da (n=42), tedavi tipi ve diyabet süresi ile hastalığa ilişkin sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır. Yandım (2011) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, Tip 1 diyabetli hastaların sağlık inanç boyutları puanlarının Tip 2 diyabetlilere oranla daha yüksek olmasına rağmen, bu iki grup

açısından istatistikî bir fark bulunamamıştır. Pourghaznein ve ark. (2013) tarafından yapılan araştırmada ise, tedavinin tipinin diyabet sağlık inanışlarını etkilemediği, ancak diyabetin süresinin hastaların ciddiye ve yarar algıları üzerinde anlamlı ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmada, diyabete bağlı komplikasyon ve komorbidite (ek hastalık) varlığı ile sağlık inanç modeli arasında ilişkiye rastlanmamıştır. Tan'ın (2004), diyabetli hastalarda (n=178) sağlık inançlarını incelediği çalışmasında, hastaların komplikasyon ile ilgili bilgilerinin yüksek olmasına rağmen, komplikasyonların önemine ilişkin sağlık inanışlarının düşük olduğu saptamıştır. Mansour-Ghanaei ve diğ.'nin (2013) İran'da yaptıkları çalışmada ise komplikasyon ile hastaların sağlık inancı arasında anlamlı bir ilişki olduğu, komplikasyonu olan hastaların sağlık inançlarının da yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Mansour-Ghanaei ve diğ.'nin bu çalışmasında, komorbidite (ek hastalık) durumu ile sağlık inanışı arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Yu ve diğ.'nin (2014) Tayvan'da 700 diyabet hastası ile yaptıkları çalışmada ise komorbiditesi olan hastaların sağlık inancı alt boyutlarından algılanan fayda ve düşük engel algısının yüksek olduğu ve neticede grip aşısını daha fazla yaptırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

8.3 Sağlık Okur-Yazarlığı İle İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler

Elde edilen bulgular neticesinde diyabet hastalarının genel sağlık okuryazarlık seviyeleri (3,19±1,52) orta noktanın biraz üzerindedir. Ancak sağlık okur-yazarlığının yetersiz, marjinal ve yeterli olarak gruplandırıldığında, hastaların %49,4'ünün yetersiz, %15,8'inin marjinal ve %34,7'sinin yeterli sağlık okur-yazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Aikens ve Piette (2009) tarafından yapılan çalışmada da diyabet hastaların (n=803) yaklaşık yarısının yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Ancak Paasche-Orlow ve diğ.(2005) tarafından hastaların (n=31,129) sağlık okuryazarlıkları ile ilgili 85 makalenin değerlendirildiği meta analiz çalışmasında, hastaların genel olarak düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin %26 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Morris ve diğ. (2013) tarafından Vermont'ta 751 diyabet hastasıyla

yaptıkları araştırmada da, diyabetli hastaların %13'ünün yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır.

Yapılan regresyon analiz sonucunda sosyo-demografik ve klinik değişkenler açısından incelendiğinde, cinsiyet, gelir ve eğitim durumunun diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Cinsiyetle ilgili olarak erkeklerin kadınlara oranla sağlık okuryazarlığı daha yuksedir. Bu durumun eğitim seviyesi ile alakalı olduğu ve erkeklerin eğitim duzeylerinin kadınlara oranla daha yuksok olduğundan dolay sağlık okuryazarlıklarının duzeylerinin daha yuksok olduğu duşunulmektir. Cho ve diğ. (2008) tarafından Amerika'daki diyabetli yaşlı hastaları (n=489) üzerinde yapılan çalışma erkek hastaların sağlık okuryazarlığının kadın hastalara oranla fazla olduğu bulunmuştur. Ancak Shah ve diğ.'nin (2010) farklı sağlık duzenlemelerine başvuran 1014 hasta ile yaptıkları çalışmada ise kadınların sağlık okuryazarlığının erkeklere oranla daha yuksok olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde Sudore ve diğ. (2006) tarafından yapılan çalışmada (n=2,512) erkeklerde sağlık okuryazarlığının daha duşuk olduğu bulunmuştur. Buna karşın Paasche-Orlow ve diğ. (2005) tarafından hastaların (n=31,129) sağlık okuryazarlıkları ile ilgili 85 makalenin değerlendirildiği meta analiz çalışmasında, hastaların cinsiyetlerinin sağlık okuryazarlığını etkilemediği saptanmıştır.

Sağlık okuryazarlık seviyesini etkileyen bir değişken eğitimidir. Eğitim arttıka, kişilerin sağlık ve hastalık konusundaki bilgileri kavramalarının ve hayatlarına geçirmelerinin daha kolay olacağı duşunulmektedir. Cho ve diğ. (2008) tarafından Amerika'daki diyabetli yaşlı hastaları (n=489) üzerinde yapılan çalışma hastaların sağlık okuryazarlığını en fazla eğitin duzeyi etkilediği, eğitim duzeyi arttıka sağlık okuryazarlığının da arttığı saptanmıştır. Benzer şekilde Işhikawa ve diğ.'nin (2008) ileri yaştaki diyabetli poliklinik hastaları (n=138) ile gerçekleştirdikleri araştırmada da eğitim duzeyi duşuk olan diyabetli hastalarının sağlık okuryazarlık seviyelerinin de duşuk olduğu bulunmuştur. Shigaki ve diğ. (2012) Kolombiya'da 76 adet Tip 2 diyabet hastası

üzerinde yaptığı çalışmada da hastaların eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlıklarının da iyileştiği sonucuna ulaşılmıştır.

Gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı artmaktadır. Gelir ve sağlık okur-yazarlığı ilişkisi üzerine yapılan araştırmalarda da, gelir düzeyi arttıkça, kişilerin eğitim materyallerine ulaşma düzeyi artacağından ve sağlıkları konusunda daha bilinçli olabileceklerinden, dolayı sağlık okur-yazarlığı düzeylerinin de yüksek olduğu bulunmuştur. Örneğin Cavanaugh ve diğ. (2008) 389 diyabet hastası ile yaptığı araştırmada da kişilerin gelirleri arttıkça sağlık okuryazarlıklarının da arttığı görülmüştür. İshikawa ve diğ.'nin (2008) ileri yaştaki diyabetli poliklinik hastaları (n=138) ile gerçekleştirdikleri araştırmada da gelir düzeyi düşük olan diyabetli hastalarının sağlık okuryazarlık seviyelerinin de düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bostock ve Steptoe'nin (2012) aralarında diyabetli hastalarında olduğu 8316 hasta üzerinde yapmış oldukları araştırmada, da gelir düzeyi yüksek olan kişilerin sağlık okuryazarlığının da yüksek olduğu ve gelir grupları arasındaki bu farkın anlamlı saptanmıştır.

Araştırmada, medeni durum, sağlık güvencesi, diyabetin tipi, diyabetin süresi, tedavinin tipi değişkenlerinin sağlık okur-yazarlığı modeli üzerinde anlamlı şekilde etkilerinin olmadığı görülmektedir. Gerber ve diğ (2005) tarafından yapılan çalışmada da medeni durum, sağlık güvencesinin varlığı, diyabetin süresi ve tedavinin şekli değişkenleri ile sağlık okur-yazarlığı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Kim ve diğ. (2004) 92 diyabetli üzerinde gerçekleştirdiği araştırmada ise, diyabetin tipi ve diyabetin süresi faktörlerinin, düşük ve yüksek sağlık okur-yazarlığına sahip gruplar açısından farklılık göstermediğini bulmuşlardır.

Çalışmada ayrıca sağlık okuryazarlığının, komplikasyon ve komorbidite (ek hastalık) durumundan etkilenmediği bulunmuştur. Morris ve diğ.'nin (2006) 1002 diyabet hastasıyla yaptığı çalışmada sağlık okur-yazarlığının komplikasyonla ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir. Sudore ve diğ. (2006) tarafından yapılan çalışmada (n=2,512) ise,

depresyon ve hipertansiyon gibi komorbidite (ek hastalık) durumları sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Moris ve diğ.'nin (2013) diyabet hastalarıyla(751) gerçekleştirmiş olduğu diğer bir çalışmaya göre de, sağlık okuryazarlığı; sağlık güvencesi, gelir, eğitim durumu ve komorbidite (ek hastalık) ile ilişkili iken diyabetin süresi ile ilişkisizdir.

8.4 Hekim-Hasta İlişkisi İle İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler

Diyabet hastalarının hekimleri ile ilişkisinin genel olarak puan $4,17 \pm 0,91$ ile yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Teklay ve diğ. (2013) tarafından Güney Etiyopya'daki Tip 2 diyabetlilerle yapılan araştırmada da, hastaların ($n=2,800$) %91'inin sağlık sunucusu ile ilişkilerinin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. İnoue ve ark. (2013) Japonyada Tip 2 diyabet hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların, hekimleri ile olan ilişkilerinin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın Udonwa ve Ogonna (2012) tarafından Nijerya'da gerçekleştiren çalışmada ise ($n=430$), hastaların hekimleri ile ilişkilerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Sosyo-demografik değişkenler açısından incelendiğinde, diyabet hastalarının hastalığın süresi ve komorbiditenin varlığı değişkenleri, hekim hasta ilişkilerini anlamlı şekilde etkilemektedir Diğer bir hastalığı olan diyabet hastaları ile uzun süredir diyabeti olan hastaların hekim hasta ilişkilerinin daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

Diyabet hastalarında hastalığın süresi arttıkça hekim hasta ilişkisi azalmaktadır. Söz konusu durum, hastalığın süresi uzadıkça, hastalığın şiddetinde ve komplikasyonlar baş gösterebilme risklerinde artış nedeniyle, hastanın hekiminden ve önerilerinden memnuniyetin azalması şeklinde açıklanabilir. Beverly ve diğ. (2012) tarafından 316 diyabetli ile gerçekleştirilen çalışmada da, hastaların diyabet süresi arttıkça, hekimleri ile iletişim kurmada daha az gönüllü oldukları saptanmıştır. Golin ve diğ.'nin (2002) 89 Tip 2 diyabetli ile yaptığı çalışmada da, tedavinin süresi arttıkça hastaların hekimden memnuniyeti azaldığı ancak aralarındaki ilişkinin istatistikî olarak anlamlı olmadığı

sonucuna erişilmiştir. Buna karşın Donahe ve diğ.'nin 2005 yılında Amerika'da 3176 hasta ile yapmış olduğu çalışmada, hastalığın süresi arttıkça hastaların hekimlerine ilişkin düşüncelerinin daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Wilson ve Kaplan (2000) tarafından HIV-AİDS'li hastalarda yapılan çalışmada da hastalığın süresi arttıkça hastaların hekimleri ile iletişiminin daha iyileştiğini bulgulamıştır. Udonwa ve Ogbonna (2012) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise hastalığın süresi ile hastaların hekimleri ile ilişkileri arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Komorbidite (ek hastalık) durumu da hekim ile hasta ilişkisini azaltmaktadır. Hastanın birden fazla hastalığı olduğu zaman, hem tedavi edilmesi zorlaştığından hem de hastanın hekimlerinden beklenti ve istekleri farklılaşacağından dolayı, diyabet hekimi ile ilişkisinin olumsuz hale gelebileceği düşünülmektedir. Beverly diğ. (2014) tarafından 32 diyabet hastası ile yapılan kalitatif çalışmada da, diyabet hastalarının komorbiditesi olanların hekim hasta ilişkilerinin daha olumsuz olduğu sonucuna ulaşılmış ve bu durum komorbiditesi olan hastaların birden fazla hastalığa uyum konusunda daha fazla kafalarının karışması ve hekimlerinden daha fazla destek istemelerine bağlanmıştır. Gene Beverly ve diğ. (2012) tarafından 316 diyabetli ile yapılan başka bir çalışmada ise, hastaların depresyon ve aksiyete gibi diğer hastalıkları olduğunda, hekimleri ile daha fazla iletişim kurmaya çabaladıkları saptanmıştır. Alexandre ve diğ.'nin (2012) yapmış oldukları çalışmanın sonucunda da, kronik hastalarda komorbiditenin varlığının hastaların tedavilerinde daha aktif rol oynamalarına sebebiyet verdiği ve neticede bu durumun hekimleri ile ilişkilerini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebileceğini vurgulamışlardır.

Cinsiyet, eğitim, medeni durum, hekim hasta ilişkisini etkilememektedir. Golin ve diğ. (2002) tarafından Kaliforniya'da 193 diyabet hastası ile yapılan çalışmada da, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyinin, hekim hasta iletişimi ve hekimden memnuniyeti etkilemediği saptanmıştır. Benzer şekilde Gezergün ve diğ.'nin (2006) 405 hasta üzerinde gerçekleştirdiği araştırmada da, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu ile hekim hasta ilişkisi ve iletişimi arasında ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Ancak Zebiene

ve diğ (2004) tarafından yapılan çalışmada ise, hastaların hekimleri ile ilişkilerinin ve beklentilerinin cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durumundan etkilediği sonucuna ulaşmışlardır. Eğitim seviyesi ile ilgili olarak Özer (2007) tarafından 146 hasta ile yapılan çalışmada, eğitim seviyesi arttıkça hekimleri ile iletişimlerinden memnuniyetin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Diyabet hastalarının gelir düzeyi ve sağlık sigortası varlığının, yapılan analizler neticesinde hekim hasta ilişkisini etkilemediği saptanmıştır. Rivers (2007) tarafından diyabet hastaları üzerinde yapılan çalışmada da benzer şekilde gelir ve sağlık sigortasının varlığının hekim hasta ilişkisi üzerinde etkisi olmadığı bulunmuştur. Van'da Ertaş (2007) tarafından hastanenin farklı bölümlerinde yatan 154 hasta üzerinde yapılan araştırmada da, hastaların sağlık güvencesi durumu ile hekim hasta ilişkilerinin önemli bir boyutu olan güven düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Fakat De Laender (2011) tarafından yapılan meta analiz çalışmasında, gelir düzeyi düşük olan ve sağlık sigortası olmayan hastaların sağlık hizmetine erişimleri de azalacağından dolayı bu durumun hekim hasta ilişkisini olumsuz yönde etkileyeceği vurgulanmaktadır.

Çalışmada ayrıca klinik değişkenlerden diyabetin tipi, tedavinin şekli ve komplikasyon durumunun, hekim-hasta ilişkisi üzerinde etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Beverly ve diğ. (2012) tarafından çalışmada da, diyabetin tipi ve hastaların hekimleri ile iletişimleri arasında ilişki olmadığı bulunmuştur. Golin ve diğ. (2002) tarafından Kaliforniya'da 193 diyabet hastası ile yapılan çalışmada da, tedavi şekli ve komplikasyon durumunun hekim hasta iletişimini ve hekimden memnuniyetini etkilemediği saptanmıştır. Benzer şekilde, Golin ve diğ.'nin (2002) 89 Tip 2 diyabetli ile yaptığı çalışmada da, hastanın tedavisinin şekli ile komplikasyona sahip olmasının, hekimlerinden memnuniyeti etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Ancak Del Canale ve diğ. (2012) tarafından İtalya'da diyabetli hastalarda yapılan bir çalışmada (n=20,961), komplikasyonu olan hastaların hekimleri ile ilişkilerinin daha kötü olduğunu ortaya koymuştur. Buna karşın Anekwe (2013) tarafından yapılan araştırmada ise, hastaların hekimleri ile ilişkilerinin komplikasyon durumunu etkilediği, kan şekeri düzeyinin

iyileştirilmesi, kilo kaybetme, kan basıncını azaltma gibi konularda, diyabet hastalarının hekimleri ile birlikte hareket etmelerinin diyabet komplikasyonlarını azaltacağı sonucuna ulaşılmıştır.

8.5 Tedaviye Uyum Düzeyi İle İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler

Diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeylerinin yapılan analizler neticesinde ($3,70 \pm 1,15$) orta derecenin üzerinde olduğu görülmektedir. Akgüç (2013) tarafından diyabetlilerle (n=100) yapılan çalışmada, hastaların mevcut diyabet tedavisine uyumlarının ortalaması $3,26 \pm 0,92$ ile orta düzeyin üzerinde bulunmuştur. Gutierrez ve Long (2011) tarafından Philadelphia'da yapılan çalışmada (n=152) diyabet hastalarının %23'ünün tedaviye uyum göstermedikleri saptanmıştır. Fedrick'in (2012) yaptığı çalışmada ise 272 diyabet hastasının %28,3'ünün tedaviye uyumsuz olduğu bulgulanmıştır. Ancak Park ve diğ.'nin (2010) Kore'de 265 diyabet hastası ile yaptığı çalışmada iken tedaviye uyumsuzluk düzeyi %60 iken, Shokair'in (2007) Mısır'da 450 diyabet hastası ile yaptığı araştırmada ise, bu düzey %71,3 olarak hesaplanmıştır.

Yapılan regresyon analizi sonucunda modele konulan sosyo-demografik ve klinik değişkenlerden eğitim, sağlık güvencesinin varlığı ve diyabetin tipinin tedaviye uyumu anlamlı şekilde etkilendiği görülmektedir. Eğitim düzeyi ilkökul düzeyinde olanların, okuryazar olan ile ortaokul, lise ve üniversite mezunlarına göre tedaviye uyum düzeyi daha düşüktür. Buna karşın sağlık güvencesi SGK olanların diğer ve olmayanlara göre, Tip 2 diyabetlilerin Tip 1'e oranla sağlık tedaviye uyum ile ilgili değerlendirmeleri daha olumludur.

Eğitim durumu tedaviye uyumu etkilemektedir. Buna göre ilkökul mezunlarının tedaviye uyum düzeyleri daha düşüktür. Söz konusu durum eğitim durumu arttıkça tedaviye uyumun daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Okuryazar olmayan ve okuryazarların tedaviye uyumlarının yüksek olması ise, bu grubun aile bireyleri tarafından tedaviye uyum konusunda daha fazla destek almaları ile alakalı olabilir. Mısırdaki Ayman

ve Abd-El-Aziz (2007) tarafından yapılan çalışmada da, diyabet hastalarının (n=283) eğitim düzeyleri arttıkça tedaviye uyum düzeylerinin de daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Shokair'in (2007) 450 diyabet hastası ile yaptığı araştırmada ise, eğitim durumu orta düzey olanlarda tedaviye uyumun daha fazla olduğu saptanmıştır. Buna karşın, Sweileh ve diğ.'nin (2014) 405 diyabetli ile yapmış olduğu çalışmada da, diyabet hastaların eğitim düzeyi ile tedaviye uyum arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Sağlık güvencesinin varlığı diyabette tedaviye uyumu olumlu yönde etkilemektedir. Bu durum sağlık güvencesine sahip olan hastalarının tedaviye erişiminde kolaylığın, yeşil kart gibi diğer sağlık güvencesi olanlar ile sağlık güvencesi olmayanlara oranla daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Benzer şekilde Arslan (2011) tarafından diyabetli hastalar (n=400) üzerinde yapılan çalışmada da, araştırmaya katılan hastalardan sağlık güvencesine sahip olanların %60,4'ünün tedaviye uyumu iyi iken, sağlık güvencesi yeşil kart olanların %44,2'sinin tedaviye uyumu iyidir. El-Shazly ve diğ.'nin Mısır'da yaptıkları bir çalışmada sağlık sigortası olan ve olmayan diyabetli hastaların son on iki ayda sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları incelenmiş, sağlık sigortası olmayan diyabetli hastaların yeterince sağlık hizmeti alamadıkları, tedaviye uymadıkları ve çeşitli muayeneler ile HbA1c ölçümünü daha az yaptırdıkları saptanmıştır.

Tedaviye uyumu etkileyen bir diğer faktör diyabetin tipidir. Çalışmada Tip 1 diyabetlilerin tedaviye uyumları Tip 2 diyabetlilere oranla daha kötü olup, bu durum Tip 1 diyabetlilerin daha genç olması ve hap kullanımına oranla insülin kullanımının daha ağır verici olması ile ilişkilendirilmiştir. Ruggiero ve diğ. (1993) tarafından diyabetli kadınlar arasında yapılan çalışmada da, Tip 1 ve tip 2 diyabetliler arasında tedaviye uyum arasında anlamlı farklılıklar olduğu ve Tip 1 diyabetlilerin diyetle, tedaviye ve glikoz ölçümüne daha az uyum gösterdiği bulunmuştur. Peyrot ve diğ. (2005) tarafından yapılan bir araştırmada (n=5,104) ise, Tip 1 diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyleri %83 iken Tip 2 diyabet hastalarında bu durumun %78 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Shokair'in (2007) Mısır'da 450 diyabet hastası ile yaptığı araştırmada ise,

Tip 1 diyabetle Tip 2 diyabetli hastaların tedaviye uyum düzeyi arasında farklılık olmadığı sonucuna erişilmiştir.

Sosyo-demografik değişkenlerden cinsiyet, medeni durum ve gelirin diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyleri üzerinde etkili olmadığı sonucuna varılmıştır. Arslan (2011) tarafından diyabetli hastalar (n=400) üzerinde yapılan çalışmada da, araştırmaya katılan hastaların cinsiyet ve medeni durumu tedaviye uyumu etkilemediği saptanmıştır. Benzer şekilde Park ve diğ.'nin (2010) Kore'de 265 diyabet hastası ile yaptığı çalışmada da, cinsiyet ve medeni durum değişkenlerinin tedaviye uyum düzeyleri ile ilişkisi olmadığı bulgulanmıştır. Ancak Ayman ve Abd-El-Aziz (2007) tarafından Mısır'da yapılan çalışmada (n=283), erkeklerin tedaviye uyumu daha yüksek bulunmuştur. Yine Mısır'da Shokair'in (2007) yaptığı araştırmada ise, cinsiyetle ile tedaviye uyum arasında bir ilişkiye rastlanmazken, medeni durumun tedaviye uyumu etkilediği, dul ve boşanmış olanların tedaviye evlilere oranla daha az tedaviye uyduğu tespit edilmiştir.

Tedaviye uyumu etkilemeyen bir diğer etmen, hastanın gelir düzeyidir. Gimenes ve diğ.'nin Brezilya'da gerçekleştirdiği araştırmada da, gelir ile tedaviye uyum arasında istatistiksel bir ilişkiye rastlanmamıştır. Pourghaznein ve diğ. (2013) tarafından İran'da Tip 2 diyabet hastası (n=150) ile yapılan çalışmada ise, gelirin hastaların tedaviye uyumlarını önemli ölçüde etkilediği, yüksek gelire sahip olan kişilerin tedaviye uyumlarının orta seviye geliri oranlara oranla daha yüksek olduğu ve orta gelir seviyesindeki hastalarında düşük gelir düzeyindeki hastalara göre daha fazla tedaviye uyduğu tespit edilmiştir. Aslantekin tarafından yapılan çalışmada da, gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların ilaçlarını daha düzenli olarak aldıklarını belirtmektedir.

Yapılan analizlerde, klinik değişkenlerden tedavinin şeklinin ve diyabetin süresinin diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyleri üzerinde olmadığı sonucuna varılmıştır. Pourghaznein ve ark.'nın (2013) Tip 2 diyabet hastaları(n=150) ile yaptıkları çalışmada da, tedavinin şekli ile tedaviye uyum arasında herhangi bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde Park ve diğ.'nin (2010) Kore'de yaptığı çalışmada da, tedaviye uyum

düzeyi ile tedavinin şekli arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır. Ancak Kasznicki ve diğ.'nin (2007) yapmış olduğu çalışmada (n=200), insülin kullanan hastalarda tedaviye uyumun daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Bun karşın Balkrishnan ve diğ. (2003) tarafından 775 diyabet hastası ile gerçekleştirilen çalışmada ise, insülin kullanan hastaların tedaviye uyumların azaldığı saptanmıştır.

Bu çalışmada diyabetin süresi ile tedaviye uyum arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır. Park diğ.'nin (2010) Kore'de yaptığı çalışmada da, tedaviye uyum düzeyi ile tedavinin süresi arasında bir ilişkiye bulunamamıştır. Benzer şekilde, Sweileh ve diğ.'nin (2014) yapmış olduğu çalışmada da, diyabet hastalarında diyabetin süresi ile tedaviye uyum düzeyleri arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Bezie ve diğ. (2006) Fransa'da, Arslan'ın (2011) Diyarbakır'da ve Işık'ın Afyon'da gerçekleştirdikleri araştırmalarda da ise, hastalığın süresi arttıkça tedaviye uyumun azaldığı tespit edilmiştir. Ancak Ayman ve Abd-El-Aziz (2007) tarafından Mısır'da yapılan çalışmada, diyabetin süresi arttıkça (10 yıl ve daha fazla) tedaviye uyumun daha iyi olduğu sonucuna erişilmiştir.

Komorbidite (ek hastalık) ve komplikasyon durumu tedaviye uyumu etkilememektedir. Arslan (2011) tarafından yapılan çalışmada komplikasyon olmayanların %52,7'sinin tedaviye uyumu iyi iken, komplikasyon olanların %63,8'inin tedaviye uyumu iyidir. Buna karşın Teklay ve diğ. (2013) tarafından Güney Etiyopya'daki Tip 2 diyabetlilerle yapılan araştırmada, (n=2,800) komplikasyonları olan hastaların tedaviye uyumsuzluğunun daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bezie ve diğ. (2006) Fransa'da gerçekleştirdikleri çalışmada ise, komplikasyonun tedaviye uyumu etkilediği, ancak komplikasyon sayısı daha az hastalarda tedaviye uyumlarının daha kötü sonucuna ulaşmışlardır. Komorbidite (ek hastalık) ile ilgili olarak, Sweileh ve diğ.'nin (2014) yapmış olduğu araştırmada, diyabet hastalarında komorbiditesi olanların tedaviye uyumunun daha iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ayman ve Abd-El-Aziz (2007) tarafından Mısır'da yapılan çalışmada ise, birden fazla komorbiditesi olan diyabet hastalarında (n=283), tedaviye uyumun daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Diyabet hastalarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri dışında sağlık inançlarının ve sağlık okur-yazarlığı düzeylerinin tedaviye uyumu pozitif yönde etkilediği, ancak hekim-hasta ilişkilerinin tedaviye uyuma etkisi olmadığı görülmektedir.

Yapılan analiz sonucunda tedaviye uyum düzeyinde bir artışa hastaların genel sağlık inancında artışın sebebiyet verdiği bulunmuştur. Bu durumun hastaların hastalıkları ile ilgili ciddiyet, tedavinin yararı ve düşük engel algısının hastalarda daha fazla tedaviye uyumu kolaylaştırdığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu konuda benzer sonuçlar da bulunmaktadır. Örneğin Daniel ve Messer'in (2002), çalışmalarından elde ettikleri bulgulara göre, algılanan ciddiyet algısı yüksek, algılanan engeller algısı düşük olan hastaların tedaviye uyumlarının daha iyi olduğunu saptamışlardır. Gutierrez ve Long (2011) tarafından yapılan Philadelphia'da çalışmada da diyabet hastalarının (n=152) %23'ünün tedaviye uyum göstermediklerini ve bunda en önemli etkenin algılanan engel algısı olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Pourghaznein ve ark. (2013) tarafından İranda 150 Tip 2 diyabet hastası ile yapılan çalışmada da hastaların tedaviye uyumlarını algılanan ciddiyet ($r=0.507$, $p=0.000$), ve algılanan engel algısının ($r=-0.871$, $p=0.000$) güçlü bir şekilde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Yine Cerconey'in yaptığı bir diğer çalışmada hastaların sağlık inancı ile tedaviye uyum gösterme arasında istatistiksel olarak yüksek derecede bir korelasyon olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada tedaviye uyumu etkileyen bir diğer faktör hastaların sağlık okur-yazarlığıdır. Diyabetli hastaların sağlık okur-yazarlığı düzeyi arttıkça tedaviye uyumu da artmaktadır. Bu durum sağlık okur-yazarlık düzeyi yüksek olan hastaların hastalıklarını daha fazla önemsemesi, hastalıkları hakkında bilgi sahibi olması ve neticede tedaviye uyumun önemini daha fazla kavraması ile açıklanabilir. Benzer şekilde Cho ve diğ. (2008) tarafından Amerika'daki diyabet hastaları (n=489) üzerinde yapılan çalışma hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin tedaviye uyum seviyelerini önemli ölçüde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Gazmararian ve diğ'nin (2013) aralarında diyabet hastalarının da bulunduğu 1549 Medicare hastası üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların sağlık okuryazarlığı arttıkça tedaviye uyumlarının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Ancak Kim

ve ark., tarafından (2004) yapılan çalışmada da diyabetiklerde tedaviye uyum ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Çalışmada hekim hasta ilişkisinin tedaviye uyumu etkilemediği bulgulanmıştır. Ancak Gherman ve diğ. (2011) tarafından yapılan 48 diyabetle ilgili araştırmanın incelendiği metaanaliz çalışmasında hasta hekim ilişkisinin tedaviye uyumu arttırdığı hekimi ile iyi ilişkileri olan hastaların daha fazla tedaviye uyum sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. İbrahim ve diğ.'nin (2010) İskenderiye'de diyabetli hasta ile yaptıkları 600 çalışmada hekimleri ile ilişkileri yüksek olan hastaların tedaviye uyumlarının 93.4% düzeyinde olduğunu saptamıştır. Levesque ve diğ.(2012) tarafından Kanada'da yaşayan 298 hasta ile yapılan çalışmada hekimin arkadaşça davranması, hastayı bilgilendirmesi ile hastanın hekimine güven duymasının hastanın ilaca uyumunu önemli ölçüde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ciechanowski ve diğ.'nin (2001) birinci basamaktan hizmet alan 367 diyabet hastası üzerinde yapılan çalışma da da hekim ve hasta arasındaki iletişim azaldıkça tedaviye uyumun kötüleştiği sonucuna ulaşılmıştır.

8.6 Sağlık Hizmeti Kullanımı İle İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler

Çalışmanın bu bölümünde, diyabet hastalarının sağlık hizmeti kullanım düzeyleri ile sağlık hizmeti kullanımlarını etkileyen faktörler konusunda yapılan regresyon analizinden elde edilen bulgular tartışılacaktır.

8.6.1 Hastaneye Yatış Durumu ile İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler

Diyabet hastalarının sağlık hizmeti kullanımına ilişkin bilgiler değerlendirildiğinde, hastaların %72 son altı ayda hastane yatmadığı, %15'inin ise bu süre zarfında bir kez hastane yatış yaptırdığı saptanmıştır. Finlandiya'da Aro ve diğ. (1994) tarafından yapılan çalışmada da, (n= 94,283) hastaların sadece %14,5'inin son bir yıl içinde diyabetten dolayı hastaneye yattıkları sonucuna ulaşılmıştır. Chaikledkaew ve diğ.'nin (2008) Thai'de diyabetlilerle (n= 24,051) gerçekleştirdikleri araştırmada da benzer

şekilde hastaneye başvuran son altı ayda hastaların %23'ünün hastaneye yattığı bulgulanmıştır.

Hastaların hastaneye yatış durumunu etkileyen faktörler, tedavinin şekli ve sağlık okuryazarlığı düzeyidir. Buna göre hastaların insülin kullanımı arttıkça ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri azaldıkça, hastaneye yatış konusundaki sağlık hizmeti kullanımları da artmaktadır.

Diyabet hastalarında hap kullanımını insülin kullanımına oranla hastaneye yatış düzeyini etkilediği ve azalttığı saptanmıştır. Bu durumunun insülin kullanan hastaların hastalık şiddetinin hap ve diyet kullananlara oranla daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Chaikledkaew ve diğ.'nin (2008) diyabetlilerle (n= 24,051) gerçekleştirdikleri araştırmada, benzer şekilde hastaneye insülin kullanan hastaların kullanmaya oranla 1,3 kat daha fazla yattığı hastaneye yattığı bulgulanmıştır. Maddigan ve diğ. (2005) tarafından Kanada'da yapılan çalışmada da (n= 5,134), insülin kullanımının hastaneye yatışları 1,45 kat arttırdığı bulunmuştur. Ancak Lychn ve diğ.'nin (2010) Amerikada 943 hasta üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada ise, insülin kullanan hastaların hastaneye yatış düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Aagren ve diğ. (2010) tarafından Amerika'da yapılan bir araştırmada (n= 1,739), diyabet hastalarının insülin kullanımının diyabetle ilgili hastane yatışlarını azalttığı tespit edilmiştir.

Çalışmada ayrıca diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlığı düzeyinin hastaneye yatış üzerinde anlamlı etkisi olduğu ve sağlık okur-yazarlığı arttıkça hastaneye yatışların azaldığı bulgulanmıştır. Cho ve diğ. (2008) tarafından diyabetli hasta(n=489) üzerinde yapılan çalışma, sağlık okuryazarlığının hastaneye yatma üzerinde doğrudan etkisi olduğu, sağlık okuryazarlığı arttıkça diyabet hastalarının daha az hastanede yattığı bulunmuştur. Hardie ve diğ. (2011) tarafından Amerika'da içlerinde diyabetli hastaların da bulunduğu 4,130 hasta arasında gerçekleştirilen araştırmada da benzer şekilde sağlık okur-yazarlığı arttıkça hastaların hastaneye yatışlarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Hatta Mitchell ve diğ. (2012) tarafından Amerika'da 703 hasta ile yapılan bir araştırmada, sağlık okur-yazarlığı dűşűk olanların hastane kullanımının yanı sıra 30 gűn içinde yeniden hastaneye yatma oranlarının da arttığı tespit edilmiştir.

Arařtırmanın ana sorusu olan tedaviye uyum ile hastaneye yatma durumu arasında bir iliřki olmadıđı gűrűlmektedir. Shrestha ve diğ.'nin (2013) Kathmandu'da 100 hasta ile yaptıkları çalıřmada da, tedaviye uyum ile hastaneye yatıř arasında bir iliřki bulunamamıřtır. Ancak Shenolika ve Balkrishnan (2008) tarafından Kuzey Karolayna'da (n=3,137) gerçekleřtirilen arařtırmada diyabet tedavisine uyumda meydana gelen %10 artıřın, hastaneye yatıřları %6,9 dűzeyinde azalttıđı saptanmıřtır. Benzer řekilde Teklay ve diğ. (2013) tarafından Gűney Etiyopya'daki Tip 2 (n=2,800) diyabetlilerle yapılan arařtırmada da, tedaviye uyumsuzluđunun yűksek dűzeyde olduđu hastalarda hastaneye yatma durumunun da arttıđı tespit edilmiřtir.

8.6.2 Acil Servis Kullanımı ile İlişkin Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler

Diyabet hastalarının acil kullanımı ile ilgili tanımlayıcı istatistikleri incelendiđinde, hastaların %80 civarında son bir ayda acile polikliniđine bařvurmadıđı gűzlemlenmiřtir. Kır tarafından (2003) yapılan arařtırmada da hastaların %80'inin acile bařvurmadıđı gűrűlmektedir. Egede (2004) tarafından Amerika'da bir yıl içindeki tıbbi kayıtlar incelenerek gerçekleřtirilen çalıřmada da, diyabetli hastaların (n= 1,794), %73'űnűn acil servise bařvurmadıđı, %16'sının en az bir kez, %8'inin 2-3 kez ve %3'űnűn dűrtten fazla acile bařvuru yaptıđı tespit edilmiřtir. Huang ve diğ.'nin (2004) Massachusetts'te (n=601) gerçekleřtirdikleri arařtırmada da, dahiliye polikliniđine bařvuran diyabetli hastaların sadece %10'unun acil servisi kullandıđı tespit edilmiřtir.

Diyabet hastalarının acil poliklinik kullanım dűzeylerini etkileyen faktűrler diyabetin sűresi, insűlin kullanımı, komplikasyon oluřma durumu, tedavinin yararlı olduđuna dair inanç algıları ve sađlık okur-yazarlıđı dűzeyleridir.

Yapılan analizler neticesinde hastalarda diyabetin süresi arttıkça acile başvuru düzeyi arttığı saptanmıştır. Söz konusu durumun diyabetin süresi arttıkça hiperglisemi ya da hipoglisemi oluşma riskinin artmasından acile başvurularda da bir yükselme meydana gelmesinden dolayı geliştiği düşünülmektedir. Leese ve diğ. (2003) tarafından 160 diyabetli üzerinde yapılan çalışmada da, diyabetin süresinde artış ile hipoglisemi gelişmesi ve acile başvuru arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Huang ve diğ.'nin (2004) Massachusetts'te (n=601) gerçekleştirdikleri araştırmada da, diyabetli hastaların hastalıkla geçen süreleri arttıkça acil hizmeti kullanım düzeylerinin de arttığı bulgulanmıştır. Ancak Maddigan ve diğ. (2005) tarafından Kanada'da yapılan çalışmada (n= 5,134), diyabetin süresi ile acil servis kullanımını arasında bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Diyabet hastalarının insülin kullanımı da acile başvuruları arttıran bir diğer faktördür. Bu durumun hastalığın şiddeti ile alakalı olduğu, insülin kullanan hastaların şeker düzeylerinin de daha yüksek olduğu ile ilişkili bulunduğu düşünülmektedir. Mier ve diğ.(2012) tarafından Meksika'da yapılan araştırmada (n= 249) insülin kullanımının acil servise başvuru düzeyinin 2,37 kat arttırdığı saptanmıştır. Maddigan ve diğ.'nin (2005) yaptığı çalışmada (n= 5,134), insülin kullananların iki kat fazla acil servisi kullandığı tespit edilmiştir. Buna karşın Lychn ve diğ.'nin (2010) Amerikada 943 hasta üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada ise, insülin kullanan hastaların hastaneye acil ziyaretlerinin azaldığı ancak poliklinik ziyaretlerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Nichols ve diğ.'nin (2007) yaptığı çalışmada ise (n=1932) insülin ve hap kullanımı ile acil servise başvuru düzeyi arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Acil kullanımını etkileyen bir diğer faktör komplikasyonun varlığı olup, hastaların komplikasyonları olanların acile başvuru düzeyi azalmaktadır. Bu durumunu, diyabet hastalarının sağlık bakım hizmetine erişim inancı ile alakalı olduğu düşünülmektedir. Miller ve Goldstein (1972) tarafından yapılan çalışmada da, diyabet hastalarının komplikasyonu olmasa bile diyabetle ilgili sağlık hizmeti kullanımlarında özellikle acil servisi kullandığı bulgulanmıştır. Nitekim Murphy ve diğ. (1985) tarafından Amerika'da

1223 diyabet hastası ile yapılan çalışmada da acile başvuran diyabet hastalarının sadece dörtte birinde komplikasyon olduğu, komplikasyonu olmayan hastaların acile başvuru düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Gibbons ve diğ. (2014) tarafından yapılan çalışmada da İngiltere’de acile başvuran diyabetli hastaların yaklaşık %90’ında komplikasyon olmadığı bulgulanmıştır.

Hastaların sağlık inançlarından ilaca ilişkin yarar algıları arttıkça acil polikliniği kullanım düzeyleri de azalmaktadır. Bu durumun hastaların tedavinin yararlı olduğu düşüncesiyle tedavilerine daha fazla uyum sağlamaları ve neticede kan şeker düzeyleri kontrol edebilmeleri ve acile daha az başvurmaları ile açıklanabilmektedir. Scheppers ve diğ.’nin (2006) içinde diyabet hastalarının da yer aldığı 56 araştırma ile yapmış olduğu meta analiz çalışmalarında da, tedaviye ilişkin yarar algısı azaldıkça hastalarda acil sağlık hizmeti kullanımının azaldığı sonucuna ulaşmışlardır. Hopper ve Schechtman (1985) tarafından yapılan çalışmada ise, diyabet hastalarının (n=161) tedavinin yararına ilişkin algılarının poliklinik ziyaretleri ilişkisi olduğu, fakat hastaneye yatış ve acil hizmeti kullanım düzeyini etkilemediği tespit etmiştir. Benzer şekilde Villani ve Mortensen (2013) tarafından Amerika’da yapılan çalışmada da diyabetli hastaların (n=26,619) sağlık inançları ile acile başvuruları arasında ilişki olmadığı saptanmıştır.

Acil kullanımını etkileyen bir diğer faktör ise sağlık okur-yazarlığı olup, diyabet hastalarında sağlık okuryazarlığı arttıkça acile başvuru düzeyleri azalmaktadır. Nitekim Cho ve diğ. (2008) tarafından diyabetli hastaları (n=489) üzerinde yapılan çalışma, sağlık okur-yazarlığının acil ziyaretleri üzerinde doğrudan etkisi olduğu, sağlık okuryazarlığı arttıkça diyabet hastalarının daha az acile başvurduğu tespit edilmiştir. Hardie ve diğ. (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da benzer şekilde sağlık okur-yazarlığı arttıkça hastaların acil kullanımı azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Baker ve diğ. (2004) tarafından Amerika’da yapılan çalışmada da hastaların (n = 3,260) sağlık okur-yazarlığı seviyesi azaldıkça, acil servis ziyaretlerinin arttığı bulgulanmıştır. Ancak Paasche-Orlow ve diğ. (2005) tarafından yapılan çalışmada, yetersiz sağlık okuryazarlığı ile acile başvuru arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Bu çalışmada yapılan regresyon analizi neticesinde tedaviye uyum düzeyi ile acil hizmeti kullanımı arasında bir ilişki olmadığı bulgulanmıştır. Kalsekar ve diğ.'nin (2006) Amerika'daki diyabetli hastalarda (n=690) gerçekleştirdiği çalışmada da, tedaviye uyum ile acil servis kullanımı arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Ancak Shenolika ve Balkrishnan (2008) tarafından Kuzey Karolayna'da (n=3,137) gerçekleştirilen araştırmada diyabet tedavisine uyumda meydana gelen %10 artışın, acil servise başvuruları %5,1 düzeyinde azalttığı saptanmıştır. Yine Balkrishnan ve diğ. (2003) 775 diyabet hastası ile gerçekleştirilen çalışmada da hastaların tedaviye uyumları acil hizmet kullanımı arasında bir ilişki bulunmuş ve tedaviye uyum azaldıkça hastaların daha çok acile başvurduğu saptanmıştır.

8.6.3 Poliklinik Kullanımı ile İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler

Diyabet hastalarının poliklinik ziyaretlerine bakıldığında ise hastaların yaklaşık %80'inin son bir ayda polikliniğe başvurmadığı gözlemlenmiştir. Kartal (2006) tarafından yapılan çalışmada da, hastaların sadece %8'inin iki ay içinde en az bir kez hekim kontrolüne gittiğini tespit etmiştir. Ancak Jonsson ve diğ. (1996) tarafından yapılan çalışmada ise, diyabetli hastaların (n=317) %73'ünün son üç ay içinde en az bir kez polikliniğe başvuru yaptığı bulunmuştur. Kır tarafından (2003) yapılan araştırmada da hastaların %83,1'inin son bir yılda en az bir kez hekime başvurduğu saptanmıştır.

Diyabet hastalarının sağlık hizmeti kullanımından polikliniğe başvuru düzeyleri ise eğitim ve sağlık okur-yazarlığı durumları etkilemektedir. Buna göre eğitim durumu ve sağlık okuryazarlığı düşük düzeyde olanlarda poliklinik kullanımı daha fazladır.

Eğitim düzeyi az olan diyabet hastaları, daha fazla poliklinik ziyaretinde bulunmaktadır. Söz konusu durumun eğitim düzeyi az olan hastaların diyabet öz bakım yeterliliğinin de daha az olması nedeniyle gerçekleştiği düşünülmektedir. Fenton ve diğ.'nin (2006) Washington'da (n=4,463) diyabet hastası ile yaptığı çalışmada da,

eğitim durumu liseden az olanların poliklinik kullanım oranlarının daha fazla olduğu tespiti edilmiştir. Mier ve diğ. (2012) tarafından yapılan araştırmada eğitim düzeyi arttıkça polikliniğe başvuru düzeyini azalttığı bulgulanmıştır. Maddigan ve diğ. (2005) tarafından yapılan çalışmada ise, eğitim düzeyi ile poliklinik kullanımı arasında bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Diyabetli hastaların poliklinik kullanımını etkileyen bir diğer faktör sağlık okur-yazarlığıdır. Buna göre hastaların sağlık okur-yazarlığı seviyesi azaldıkça poliklinik kullanımı da artmaktadır. Söz konusu bulgu, sağlık okur-yazarlığı düşük olan hastaların, hastalıkları ile ilgili yaşadıkları küçük değişimlerde başvurabilecekleri tek kaynağın hekimleri olması ile açıklanabilmektedir. Benzer şekilde Franzen ve ark (2013) tarafından yapılan İsveç' teki 588 diyabetli hastalar üzerinde yapılan çalışmada da yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı olanların daha az hekim ziyareti yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Ancak Hardie ve diğ. (2011) tarafından yapılan çalışmada sağlık okur-yazarlığı ile hastaneye başvuru düzeyi arasında herhangi bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Baker ve diğ. (2004) tarafından Amerika'da yapılan çalışmada da hastaların (n =3,260) sağlık okur-yazarlığı seviyesi ile poliklinik ziyaretleri arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Bu çalışmada, araştırmanın temel değişkeni olan tedaviye uyum durumu ile poliklinik hizmeti kullanımı arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır. Benzer şekilde Kalsekar ve diğ'nin (2006) Amerika'daki diyabetli hastalarda (n=690) gerçekleştirdiği çalışmada da, tedaviye uyum ile hekime başvuru kullanımı arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Balkrishnan ve diğ. (2007) Amerika'da Medicare hastaları yaptıkları çalışmada da (n=1,705), poliklinik ziyaretleri ile tedaviye uyum arasında bir ilişki gözlemlenmemiştir. Ancak Colombi ve diğ.'nin (2008) Tip 2 diyabet hastaları (n=2052) üzerinde yapmış olduğu çalışmalarında, tedaviye uyumsuzluğun, hastane yatışlarının yanı sıra, poliklinik ve acil servis ziyaretlerini de arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır.

8.6.4 Tedavi Masrafları ile İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler

Ortalama 50,71 TL olan tedavi masraflarını etkileyen faktörler açısından bakıldığında, sosyo-demografik ve klinik değişkenler arasından sadece eğitim durumunun sağlık güvencesinin varlığının ve hap kullanımının anlamlı etkisi olduğu görülmektedir. Buna göre ortaokul mezunlarının tedavi masrafı daha fazla iken, hap kullanan ve sosyal güvencesi olanların daha azdır. Çalışmada ayrıca hekim-hasta ilişkisi ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri yüksek olanların düşük olanlara oranla tedavi masraflarının anlamlı bir şekilde daha az olduğu bulgulanmıştır.

Ortaokul mezunlarında tedavi masrafının yüksek çıkmasının bu grupta daha çok insülin kullanan Tip 1 hastalarının yer alması ile alakalı olduğu düşünülmektedir. Piette ve diğ (2004b) tarafından yapılan çalışmada da, lise ve üzeri eğitime sahip olan kişilerin tedavi masraflarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ancak Wang ve diğ.'nin (2010) diyabet hastaları (n=1478) ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında, eğitim durumu arttıkça tedavi masraflarının azaldığı bulgulanmıştır. Li ve diğ.'nin (2013) Amerika'da 7109 diyabet hastası üzerinde yaptıkları çalışmanın bulgularına göre ise, eğitim düzeyi ile tedavi maliyetleri arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Tedavi masrafı sağlık güvencesine sahip olan hastalarda çok daha azdır. Bu durumun sağlık sigortası olan diyabet hastalarının hizmete erişiminin daha kolay olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Piette ve diğ (2004a) tarafından Amerika'da yapılan çalışmada da, emeklilere oranla sigortası olmayanlarda, Medicare ve Medicaid'e bağlı olanlarda ve özel sigortaya sahip bireylerde tedavi masraflarının daha yüksek olduğu ve söz konusu nedenle tedaviye uyumu azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Wang ve diğ.'nin (2010) Çin'de gerçekleştirdikleri araştırmalarında da, çalışan ve emeklilere ait sigortası olan hastaların tedavi masraflarının sağlık sigortası olmayan ile özel ve diğer sağlık sigortalarına oranla cepten yaptıkları tedavi masraflarının çok daha az olduğunu saptamıştır.

Tedavi masraflarını etkileyen bir diğer etmen hap kullanımınıdır. Buna göre hap kullanımı tedavi masraflarını kısmaktadır. Bu durumun hap kullanımının insüline oranla daha az maliyetli olması ile açıklanabilir. Wang ve diğ.'nin (2010) Çin'de on beş hastanede diyabet hastaları (n=1478) ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında da, yapılan regresyon analizi sonucunda, insülin kullanan hastaların tedavi masraflarının hap kullananlara oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Chaikledkaew ve diğ.'nin (2008) Thai'de gerçekleştirdikleri araştırmada da benzer şekilde insülin kullanan hastaların tedavi masraflarının insülin kullanmayanlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna karşın Aagren ve diğ. (2010) tarafından yapılan bir araştırmada, diyabet hastalarının insülin kullanımının diyabetle ilgili hastane yatış ziyaretlerini azalttığı ve sonucunda sağlık harcamalarını azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Chan ve diğ. (2007) tarafından Hong Hong'da gerçekleştirilen araştırmada da, diyabet hastalarının insülin kullanımının hap kullananlara oranla tedavi maliyetlerini daha fazla düşürdüğü bulgulanmıştır. Nichols ve diğ.'nin (2007) yaptığı çalışmada ise (n=1932) insülin ve hap kullanımı ile tedavi maliyetleri arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Hastaların hekimleri ile olan ilişkilerinin iyi olması tedavi masraflarını azaltmaktadır. Hekimi ile iyi ilişkiler içinde olan hastaların başka bir hekim kullanımına gereksinimi duymadıklarından ve tedavi masraflarını hekimleri ile konuşabildiklerinden dolayı bu durumun gerçekleştiği kanısına varılmıştır. Schmittiel ve diğ. (2010) tarafından Amerika'da 1,458 diyabet hastası ile gerçekleştirilen çalışmada da, hastaların hekimle olan ilişki ve iletişimleri arttıkça, tedavi masrafları konusunda daha fazla konuşabildikleri ve neticede hekimin daha ucuz olan ilaçları yazması ile tedavi masraflarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Kurlander ve diğ. (2009) tarafından yapılan çalışmada da, diyabet hastalarının hekimleri ile iletişimi arttıkça, tedavi masrafları düzeyinin daha az olduğu ve bu durumun tedaviye uyum düzeyini arttıracığı belirtilmiştir.

Tedavi masraflarını etkileyen bir diğer değişken ise sağlık okur-yazarlığıdır. Araştırmada sağlık okur-yazarlığı arttıkça kişilerin tedavi masraflarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Eichler ve arkadaşlarının (2009) yetersiz sağlık okuryazarlığının maliyete olan etkisinin incelendiği çalışmada; sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların tedavi maliyetlerinin de arttığı ve toplam sağlık maliyetine her yıl %3-5 arasında ek yük bindirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Hasta düzeyinde ise, yetersiz sağlık okuryazarlığı olan kişilerin her yıl ortalama 143 dolardan 7798 dolara kadar ek ödeme yapmasına neden olduğu vurgulanmıştır. Hardie ve diğ. (2011) tarafından Amerika’da yapılan araştırmada da, sağlık okur-yazarlığı arttıkça, toplam sağlık harcamalarının, hastane harcamalarının, tedavi masraflarının ve acil hizmet kullanım maliyetlerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Franzen ve ark (2013) tarafından İsveç’ teki 588 diyabetli hastalar üzerinde yapılan çalışmada da düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı olanların daha fazla toplam maliyet ve tedavi maliyetleri yaptığı saptanmıştır.

Araştırmada tedaviye uyum düzeyi ile tedavi maliyeti arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Shenolikar ve Balkrishnan (2008) tarafından Kuzey Karolayna’da (n=3,137) gerçekleştirilen araştırmada da diyabet maliyetleri ile tedaviye uyum konusunda bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Ancak Zhou (2011) tarafından 22,012 diyabet hastası üzerinde yapılan çalışmada ise, hastaların tedaviye uyumu arttıkça tedavi maliyetlerinin de arttığı saptanmıştır. Kurlander ve diğ. (2009) tarafından yapılan çalışmada ise, aylık tedavi masrafı 50 dolar ve üzerinde olan diyabet hastalarının, tedaviye uyum düzeyinin daha az olduğu tespit edilmiştir. Salas ve diğ. (2009) tarafından yapılan 209 araştırmanın incelendiği metaanaliz çalışmasında ise, tedavi masrafları arttıkça diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyinin azaldığı saptanmıştır.

8.7 Yaşam Kalitesi İle İlgili Bulgulara İlişkin Değerlendirmeler

Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi diyabet hastalarının yaşam kaliteleri azalmakta ve bu durum ruhsal ve fiziksel işlevlerini olumsuz yönde etkilenmektedir. Çalışmanın bu kısmında fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi ile ilgili değerlendirmeler yer almaktadır.

Araştırmanın genel olarak fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi yaşam kalitesi özet skorları açısından bakıldığında, diyabet hastalarının yaşam kalitesi özet skorlarının sırası ile $40,04 \pm 11,44$ ve $44,35 \pm 12,13$ değerleri ile ortalama bir seviyede olduğu görülmektedir. Bu durumun hastalıktan kaynaklı olarak yaşam kalitesindeki azalmalara bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir. Kalkan tarafından (2013) Çanakkale’de SF-12 ile diyabetlilerin (n=249) yaşam kalitesine bakılan çalışmada da, hastaların fiziksel komponent skoru $44,2 \pm 10,5$ iken psikolojik komponent skoru $47,9 \pm 10,2$ olarak hesaplanmamış ve hastaların yaşam kaliteleri orta düzeyde şeklinde değerlendirilmiştir. Ancak Avery ve diğ (2004) tarafından Güney Avustralya’da yapılan çalışmada ise diyabet hastalarının fiziksel yaşam kalitesinin ortalama seviyede ve $(40,5 \pm 11,8)$ diyabetli olmayanlara oranla düşük olduğu $(49,8 \pm 9,4)$, ruhsal skorlarının ise ortalamadan yüksek ve diyabetli olanlar ile olmayanlar $(52,4 \pm 10,0$ ve $52,3 \pm 8,5)$ açısından aralarında bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Lyrakos ve diğ.’nin (2013) özellikle komplikasyonu olan 64 hasta ile yaptıkları çalışmada ise, diyabet hastalarının fiziksel $(34,4 \pm 11,5)$ ve ruhsal yaşam kalitelerinin $(41,4 \pm 13,9)$ çok düşük olduğu tespit edilmiştir.

Fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi özet skorları karşılaştırmalı olarak incelendiğinde ise, diyabet hastalarının fiziksel yaşam kalitesi skorlarının ruhsal yaşam kalitesi skorlarından daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Morris ve diğ. (2013) tarafından Vermont’ta 751 diyabet hastasıyla yapılan araştırmada fiziksel yaşam kalitesi ortalaması $42,1 \pm 12,0$ iken ruhsal yaşam kalitesi skoru $50,4 \pm 10,5$ olarak bulunmuştur. Kalkan tarafından (2013) Çanakkale’de diyabetlilerin yaşam ile ilgili yapılan çalışmada da, fiziksel komponent skorunun psikolojik komponent skorundan düşük olduğu saptanmıştır. Ancak Akın’ın (2013) Konya’da Tip 2 diyabetlilerle SF 36 kullanarak yaptığı çalışmada (n=162), hastaların fiziksel yaşam kalitesi ortalamasının $64,52 \pm 22,32$ iken ruhsal yaşam kalitesi skorunun $55,0 \pm 16,51$ olduğu tespit edilmiştir. Çıtıl ve diğ. (2010) tarafından Kayseri’de yapılan çalışmada da diyabet hastalarında deney ve kontrol

gruplarının fiziksel skorlarının ($43,5 \pm 8,8$ ve $44,5 \pm 8,3$) ruhsal ($40,9 \pm 7,9$ ile $43,5 \pm 7,9$) skorlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan regresyon analizi sonucunda, modele konulan sosyo-demografik ve klinik değişkenlerden sadece cinsiyet, gelir, diyabetin tipi, diyabetin süresi ve komordibite durumunun diyabet hastalarının fiziksel yaşam kalitelerini anlamlı şekilde etkilediği, diğer değişkenlerin ise etkilemediği bulunmuştur. Buna göre erkeklerin kadınlara oranla ve başka bir hastalığı olmayanların olanlara oranla fiziksel yaşam kalitesi daha fazladır. Gelir arttıkça ve diyabetin süresi azaldıkça diyabet hastalarında fiziksel yaşam kalitesi de artmaktadır. Ayrıca Tip 1 diyabetlilerde yaşam kalitesi Tip 2 diyabetlilere oranla daha iyidir.

Cinsiyet değişkeninin diyabet hastalarının yaşam kalitesini etkilediği, kadınların erkeklere oranla yaşam kalitesi daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu durum kadınların erkeklere oranla fiziksel açıdan daha fazla yıpranmaları, daha obez olmaları ve daha sedatif yaşamaları gibi faktörlerle açıklanabilir. Benzer şekilde Papadopoulos ve diğ. (2007) tarafından Yunanistan'daki 229 diyabetli ile yaptıkları araştırmalarında kadınların yaşam kalitesinin erkeklere oranla daha düşük olduğu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Çıtıl ve diğ. (2010) tarafından Kayseri'de, 294 diyabet hastası ile yapılan çalışmada, cinsiyet ile yaşam kalitesinin arasında anlamlı ilişki olduğu ve kadınların fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Güven tarafından 2007 yılında bir eğitim araştırma hastanesine başvuran 134 diyabet hastası ile yaptığı araştırmada kadınların yaşam kalitesi ölçeklerinin erkeklere oranla daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Choi ve diğ. (2013) tarafından Kore'de yapılan ($n=160$) araştırmada diyabetli kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden daha düşük olduğu bulunmuştur. Kalkan tarafından (2013) Çanakkale'de SF-12 ile diyabetlilerin ($n=249$) yaşam kalitesine bakıldığında cinsiyet ile yaşam kalitesini arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Gelir arttıkça fiziksel yaşam kalitesi artmaktadır. Söz konusu durum, geliri artan kişilerin yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik daha olumlu tutumlar sergilemesi ile açıklanabilir. Kiadaliri ve diğ. (2013) 46 çalışma ile yapmış oldukları meta analiz çalışmasında da, gelir arttıkça diyabte hastalarında yaşam kalitesinin de arttığı tespit edilmiştir. Gautam ve diğ. (2009) tarafından yapılan Hindistan'da yapılan çalışmada (n=260) gelir durumu iyileştikçe, fiziksel ve psikolojik yaşam kalitesi artmaktadır. Ancak Çıtıl ve diğ. (2010) tarafından Kayseri'de, 294 diyabet hastası ile yapılan çalışmada, gelir arttıkça yaşam kalitesinin arttığı ancak aralarındaki farkın istatistiki açıdan anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Diyabetin tipi açısından bakıldığında, fiziksel yaşam kalitesinin Tip 1 diyabetlilerde daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durumun Tip 1 diyabetlilerin yaş olarak daha genç olması ve daha aktif bir yaşam tarzına sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Benzer şekilde Solli ve diğ. (2010) tarafından Tip 1 ve Tip 2 diyabetlilerle yapılan çalışma da Tip 1 diyabet hastalarının yaşam kalitelerinin Tip 2'lere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak Mulhern ve Meadows'un (2013) İngiltere'de 1092 diyabet hastası ile gerçekleştirdiği çalışmada ise Tip 1 diyabet hastalarının yaşam kalitelerinin Tip 2 diyabetlilere oranla biraz daha düşük olduğu saptanmıştır. Jacobson ve diğ. (1994) tarafından 240 diyabetli ile yaptıkları araştırmada, da Tip 1 diyabetlilerin fiziksel yaşam kalitesi skorlarının Tip 2 diyabetlilere göre daha düşük olduğunu bulgulamışlardır.

Diyabet süresi açısından bakıldığında, bu süre arttıkça fiziksel yaşam kalitesi azalmaktadır. Çıtıl ve diğ. (2010) tarafından Kayseri'de, 294 diyabet hastası ile yapılan çalışmada, diyabet süresi ile fiziksel yaşam kalitesi arasındaki ilişki anlamlı iken ruhsal yaşam kalitesinin arasındaki etkileşimin anlamlı ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Gözaydın ve diğ. (2003) tarafından Merzifon'da 108 diyabetli ile yapılan çalışmada, diyabet yılı arttıkça fiziksel, ruhsal ve genel yaşam kalitesinin düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Bani-Issa (2011) Birleşik Arap Emirliğinde 200 diyabetli ile yaptığı çalışmada, diyabet yılı arttıkça ruhsal ve genel yaşam kalitesinin düştüğü sonucuna

ulaşmıştır. Kalkan tarafından (2013) Çanakkale’de SF-12 ile diyabetlilerin (n=249) yaşam kalitesine bakıldığında diyabet süresi yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir Ancak Cheah ve diğ. (2012) tarafından Malezya’da yapılan çalışmada diyabetin süresi ile yaşam kalitesi komponentleri arasında bir ilişki bulunmamıştır. Riaz ve diğ. tarafından 2013 yılında Pakistan’da diyabet hastaları üzerinde yapılan çalışmada da (n=501) diyabetin süresi ile fiziksel yaşam kalitesi arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Diyabetli hastaların yaşam kalitelerini etkileyen bir diğer değişken başka bir hastalığın varlığıdır. Mevcut bir hastalığın yanında depresyon, hipertansiyon ve kolesterol gibi diğer bir hastalığın varlığının olmasının fiziksel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Redekop ve diğ. (2002) tarafından Hollanda’da yapılan çalışmada da, komorbidite (ek hastalık) varlığının yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ancak Cheah ve diğ. (2012) tarafından Malezya’da yapılan çalışmada komorbidite (ek hastalık) ile fiziksel yaşam kalitesi komponentleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Sundaram ve diğ.’nin (2007) Amerika’da yapmış olduğu çalışmada da, komorbidite (ek hastalık) durumunun fiziksel yaşam kalitesini etkilemediği tespit edilmiştir.

Eğitim durumu, medeni durum, sağlık güvencesinin varlığı, tedavinin tipi ve komplikasyon durumu hastaların fiziksel yaşam kalitelerini etkilememektedir. Sundaram ve diğ.’nin (2007) 385 diyabet hastası ile Amerika’da yapmış olduğu çalışmada da, medeni durum, sağlık sigortasının varlığı, tedavinin tipi ve komplikasyon durumunun fiziksel yaşam kalitesini etkilemediği, ancak eğitim durumu ile fiziksel yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Lyrakos ve diğ.’nin (2013) 64 diyabet hastası ile yaptıkları çalışmada ise; cinsiyet, gelir, tedavinin tipi ve depresyonun varlığı ile fiziksel yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmazken, eğitim durumu, medeni durum, komplikasyon durumu ve hipertansiyonun varlığının diyabet hastalarının fiziksel yaşam kaliteleri üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Maatouk ve diğ. (2012) tarafından Almanyada yapılan çalışmada ise, diyabetli hastaların (n=1034) fiziksel yaşam

kalitelerini cinsiyet, medeni durum, tedavinin tipi, komorbidite (ek hastalık) durumu etkilemezken eğitim durumu ve komplikasyonun varlığının anlamlı şekilde etkilediği bulunmuştur.

Bu çalışmada, diyabet hastalarının ruhsal yaşam kalitesini sosyo demografik ve klinik faktörlerin etkilemediği görülmektedir. Sundaram ve diğ.'nin (2007) yapmış olduğu çalışmada da, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık sigortasının varlığı, diyabetin süresi, tedavinin tipi, komplikasyon ve komorbidite (ek hastalık) durumunun ruhsal yaşam kalitesini etkilemediği tespit edilmiştir. Çalışmada ruhsal yaşam kalitesini etkileyen tek faktörün yaş değişkeni olduğu saptanmıştır. Maatouk ve diğ. (2012) tarafından yapılan çalışmada da, diyabetli hastaların ruhsal yaşam kaliteleri ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, tedavinin tipi ve komorbiditenin varlığı arasında ilişkili olmadığı, sadece komplikasyonun ruhsal yaşam kalitesini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Lyrakos ve diğ.'nin (2013) yaptıkları çalışmada ise; cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir, komplikasyonun varlığı ve tedavinin tipi ile ruhsal yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmazken, eğitim durumu, depresyon ve hipertansiyonun varlığı gibi komordite durumunun diyabet hastalarının ruhsal yaşam kaliteleri üzerinde etkili olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın temel değişkenleri açısından bakıldığında ise, Sağlık İnanç Modeli alt boyutlarından algılanan ciddiyet ve yararın fiziksel yaşam kalitesini, algılanan engel ve ciddiyetin ise ruhsal yaşam kalitesini etkilediği görülmektedir. Bunun yanı sıra, hastaların hekimleri ile olan ilişkileri arttıkça ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri yükseldikçe, fiziksel yaşam ve kaliteleri de daha olumlu olmaktadır. Araştırmada ayrıca tedaviye uyum düzeyinin fiziksel yaşam kalitesini etkilemezken, ruhsal yaşam kalitesini anlamlı şekilde etkilediği ortalaya konulmaktadır.

Diyabet hastalarının ciddiyet ve yarar ve algılanan engele ilişkin sağlık inanışları fiziksel yaşam kalitesini etkilemektedir. Araştırmada yarar ve düşük engel algısının yaşam kalitesini olumlu yönde etkilerken ciddiyet algısının negatif yönlü etkilediği

bulunmuştur. Buna göre hastaların yarar ve düşük engel algısı arttıkça yaşam kaliteleri de artmaktadır. Ancak sağlık inançlarının yaşam kalitesine etkisine yönelik yapılan araştırma sayısı, yok denecek kadar azdır. Prochownik ve diğ. (1993) tarafından yapılan çalışmada, Tip 1 diyabetli gençlerin hastalıkları ile ilgili inançları arttıkça daha fazla metabolik kontrol için çalıştıkları ve bu durumun fiziksel ve ruhsal yaşam kaliteleri üzerinde olumlu anlamda etkili olduğunu bulgulanmıştır. Larson (2005) tarafından yapılan çalışmada da, diyabet hastalarının (n=162) Planlı Davranış Teorisi ile belirlenen sağlık inançlarının yaşam kaliteleri üzerinde pozitif etkisi olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre diyabet hastalarının ciddiyet algısı arttıkça, fiziksel ve yaşam kalitelerinde azalma meydana gelmektedir. Oysa genel olarak hastaların ciddiyet algısı arttıkça, hastalıkları konusunda daha olumlu davranışlar sergileyeceği ve yaşam kalitelerinde de iyileşeceği düşünülmektedir. Çalışmadan elde edilen bu sonucun, kişi hastalığını ciddiye alsa bile tedaviye ve edinmesi gereken yaşam tarzına uymadığı durumlarda, yaşam kalitelerinde azalma meydana gelebileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim araştırmanın bir diğer önemli bulgusu olan ciddiyet algısının sağlık güvencesi olmayanlarda daha yüksek olması da, söz konusu durumu açıklar niteliktedir. Bereolos (2007) tarafından Meksika’da yapılan çalışmada da, algılanan ciddiyeti az olan hastaların ciddiyet algıları fazla olanlara göre, kan şekeri düzeylerini daha iyi kontrol edebildikleri saptanmıştır. Bereolos bu durumu ciddiyeti az olan hastaların geçmişte kan şekeri düzeyleri yüksek olabileceği, ancak daha sonra aldıkları eğitimden dolayı şekeri düzeylerini iyileştirebildikleri şeklinde açıklamıştır. Buna karşın Davies ve diğ.(2007) tarafından yapılan çalışmada, Tip 2 diyabetli kişilerin ciddiyet algıları arttıkça, daha az depresyon eğilimi gösterdiği, daha fazla zayıflayabildiği ve yaşam şartlarında iyileşmeler meydana geldiği sonucuna ulaşmıştır. Skinner ve Hampson (2001) tarafından genç diyabetliler (n=54) üzerinde yapılan çalışmada ise algılanan ciddiyetin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır.

Diyabetli hastaların hekim-hasta ilişkileri arttıkça fiziksel ve ruhsal yaşam kaliteleri de artmaktadır. Bu durumun hekim ve hasta ilişkisi iyileştikçe, hastaların hekimlerinden

aldığı tavsiyelere daha fazla uymasından ve hekimlerinde hastaları tanıdıkça hastaya özgü önerilerde bulunmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim Lim ve diğ.'nin (2009) Latin Amerikalılarda yapılan bir çalışmaya göre de hastaların hekimleri ile ilişkileri arttıkça, verdiği egzersizleri daha fazla yaptığı bu durumun fiziksel ve ruhsal sağlık düzeyini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Glasgow ve diğ (2001) tarafından yapılan çalışmada da, hekimin hasta ile iletişimi ile hastanın kararlara katılımını sağlamanın, diyabetli hastaların yaşam kalitelerini arttırdığı tespit edilmiştir. Buna karşın Larson (2005) tarafından yapılan çalışmada, hekimin sosyal etkisinin diyabet hastalarının yaşam kalitelerini negatif yönde etkilediği saptanmıştır.

Sağlık okur-yazarlığı seviyesi de diyabetli hastaların hem fiziksel hem de ruhsal yaşam kalitesini etkileyen bir diğer etmen olup, yapılan analiz neticesinde sağlık okur-yazarlığı arttıkça fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesinin de arttığı saptanmıştır. Morris ve diğ. (2013) tarafından Vermont'ta yapılan araştırmada yaşam sağlık okuryazarlığının fiziksel yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu ve sağlık okuryazarlığı arttıkça kişilerde fiziksel kalitesi arttığı ve bu durumun istatistikî açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur. Cho ve diğ. (2008) tarafından 489 diyabetli hasta üzerinde yapılan çalışma, sağlık okuryazarlığının sağlık durumu üzerinde pozitif ve doğrudan etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tokuda ve arkadaşlarının (2009) tarafından sağlık okuryazarlığı ve iyilik hali arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada; fiziksel ve ruhsal sağlığın kötü olması ile düşük okuryazarlık düzeyi arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Ancak Green ve diğ.'nin (2011) 288 hasta ile yapmış oldukları araştırma da, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Ruhsal yaşam kalitesi diyabet hastalarında tedaviye uyum düzeyinden etkilenmektedir. Piette ve diğ. (2004a) tarafından yapılan çalışmada da, tedaviye uyum düzeyi arttıkça diyabet hastalarının ruhsal yaşam kalitelerinin de arttığı saptanmıştır. Pereira ve diğ.'nin (2011) 170 Tip 1 diyabet hastası üzerinde yaptığı çalışmada da tedaviye uyumu yüksek olan hastaların yaşam kalitelerinin de daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyi ile ilgili olarak Martinez ve diğ. (2008)

tarafından Meksika’da 238 diyabetli ile yapılan çalışmada, tedaviye uyum ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çıtıl ve diğ. (2010) tarafından Kayseri’de, 294 diyabet hastası ile yapılan çalışmada, tedaviyi düzenli kullanma ile yaşam kalitesinin arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur.

Bu çalışmada ayrıca, sağlık hizmeti kullanımının fiziksel yaşam kalitesini etkilemezken, sağlık hizmeti kullanımı boyutları arasında yer alan acil hizmet kullanımının ruhsal yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır. Söz konusu sonuca göre, acil servis kullanımı arttıkça hastaların ruhsal yaşam kaliteleri de artmaktadır. Bu durum acil olarak değerlendirilen sağlık sorununun, acil servise başvurma ile çözülmesi ile hastaların ruhsal yönden kendilerini daha iyi hissetmeleri şeklinde yorumlanmıştır. Nitekim Gallegos-Carrillo ve diğ. (2008) tarafından yapılan çalışmada da, acile başvuru düzeyi arttıkça, hastaların ruhsal yaşam kalitesinin de arttığı tespit edilmiştir. Buna karşın Wang ve Bourbeau (2005) ise, acil servis kullanımındaki artışın yaşam kalitesini azalttığını saptamışlardır. Benzer şekilde Adibe ve diğ. (2013) tarafından Nijerya’da 110 diyabet hastası ile yapılan çalışmada da, acil hizmet kullanımı ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur.

9. SONUÇ VE ÖNERİLER

Diyabet hastalığının günümüzde tıbbi tedavi ile önlenmesi mümkün olmasa bile, planlı bir hastalık yönetim programı ile hastalığın seyri olumlu yönde değiştirilebilmektedir. İyi planlanmış bir tedavi ve bakım süreci sonunda ise, diyabet komplikasyonlarının ve tedavi maliyetlerinin azaldığı, hastaların yaşam kalitelerinin arttığı bilinmektedir. Bu durum ise özellikle hastaların tedaviye uyumlarının sağlanması ile mümkün olabilmektedir. Ancak diğer kronik hastalıklar ile karşılaştırıldığında, diyabet hastalığının tedavisi çok daha fazla karmaşık ve yüksek düzeyde hasta katılımını gerektirdiğinden dolayı, hastaların tedaviye uyum düzeyi düşüktür (Hagerstrom, 2010).

Söz konusu sorun nedeniyle yapılmış olan bu araştırmada, olan diyabet hastalarının tedaviye uyumlarını, sağlık hizmeti kullanımını ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler belirlenmeye çalışılmıştır. Bu amaçla yapılan çalışmada, diyabet hastalarının sağlık hizmeti kullanımının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ile hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin, sağlık inanışları, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve hekimleri ile ilişkilerinin tedaviye uyum düzeyine etkileri incelenmiştir.

Araştırmanın evrenini Aksaray Devlet Hastanesi dâhiliye polikliniklerine başvuran diyabet hastaları oluşturmaktadır. 2013 yılı itibari ile söz konusu polikliniklere toplam 4428 kişi kayıt edilmiş olup, evrenden seçilen örneklemin %95 güven aralığında 360 kişi olmasına karar verilmiştir.

Hipotezleri test etmek amacıyla oluşturulan regresyon modelleri önemli bulgular ortaya koymaktadır ve neticede aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Diyabet hastalarının sağlık inancı alt boyutlarından ciddiyet algıları, eğitim ve SGK'lı olma durumlarından etkilenmektedir. Yapılan analizler neticesinde

eğitim durumu arttıka hastalığa ilişkin ciddiye algısı artarken, SGK gúvencesine sahip hastalarda ciddiye algısının olumsuzlaştığı bulunmuştur.

- Diyabet hastalarının algılanan yarar algılarını etkileyen tek faktör eğitim düzeyi olup, lise ve üniversite mezunu olan diyabetlilerin hastalığın tedavisine ilişkin yarar algılarının daha olumlu olduğu görölmektedir.
- Hastaların algılanan engel düzeylerini sosyo demografik değişkenlerden gelir ve eğitim düzeyi etkilemekte olup, gelir ve eğitim arttıka hastalığa ilişkin engel algıları da azalmaktadır. Diyabetlilerin klinik özellikleri ile algılanan engel inanışları arasında bir ilişki bulunmamaktadır.
- Diyabet hastalarının genel sağlık inanışları (Sağlık İnanç Modeli) eğitim durumlarından anlamlı şekilde etkilemektedir. Yapılan analizlerde ilkokul, lise ve üniversite mezunlarının sağlık inançlarının okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ortaokul mezunlarına göre daha olumlu olduğu bulunmuştur. Ayrıca hastaların eğitim düzeyi arttıka sağlık inançları daha fazla olumlu hale gelmektedir.
- Diyabet hastalarının hekimleri ile olan ilişkilerini diyabetin süresi ve komorbidite (ek hastalık) olma durumu negatif yönde etkilemektedir. Hastaların diyabet süresi arttıka ve başka bir hastalığı oldukça hekimleri ile ilişkileri de olumsuzlaşmaktadır.
- Diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlığı seviyesini etkileyen faktörler; gelir, cinsiyet ve eğitim durumudur. Buna göre erkeklerin kadınlara, geliri ve eğitim düzeyi yüksek olanların düşük olanlara oranla, sağlık-okuryazarlığı düzeyi daha iyidir.
- Diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyleri; SGK'lı olma durumu, eğitim durumu, diyabetin tipi, sağlık okur-yazarlığı seviyesi ve hastaların genel sağlık inançlarından etkilenmektedir. Eğitim düzeyi ilkokul mezunu olanların, Tip 1 diyabetlilerin, yeşilkartlıların ve sağlık gúvencesi olmayanları tedaviye uyumları anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Bununla birlikte sağlık okur-yazarlığı ve sağlık inançları arttıka hastaların tedaviye uyumları daha olumlu hale gelmektedir.

- Diyabet hastalarının hastaneye yatış durumu ile hap ve diyet kullanımları ve sağlık okur-yazarlığı seviyeleri arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır.
- Diyabet hastalarının acil hizmeti kullanımlarını etkileyen sosyo-demografik ve klinik faktörler; diyabetin süresi, hap ve diyet kullanımı ve komplikasyonun varlığıdır. Ayrıca temel faktörlerden algılanan yara algıları ile sağlık okur-yazarlığı düzeyinin de acile başvuruların anlamlı şekilde etkilediği bulunmuştur.
- Hastaların poliklinik kullanım düzeylerini etkileyen faktörler; okur-yazar olma durumu ile sağlık okur-yazarlığı düşüklüğüdür. Yani eğitim durumu azaldıkça ve sağlık okur-yazarlığı yetersiz düzeye indikçe hastalar daha fazla poliklinik hizmetlerini kullanmaktadır.
- Diyabet hastalarının tedavi masraflarını hekimleri ile olan ilişkileri, sağlık okur-yazarlığı seviyeleri, hap ve diyet kullanımı ile SGK'lı olma durumları negatif yönde etkilemektedir. Ortaokul mezunu olma ile tedavi masrafları arasında ise pozitif bir ilişki bulunmaktadır.
- Diyabet hastalarının fiziksel yaşam kalitelerini sosyo demografik ve klinik özelliklerden cinsiyet, gelir, diyabetin tipi, diyabetin süresi ve komorbidite (ek hastalık) durumu etkilemektedir. Hastaların fiziksel yaşam kalitelerini etkileyen diğer değişkenler ise; algılanan yarar ve ciddiyet, hekim hasta ilişkisi ve sağlık okur-yazarlığı düzeyidir.
- Hastaların ruhsal yaşam kalitesi algılarını, sağlık inançlarından algılanan ciddiyet ve engel algılarının, sağlık okur-yazarlığı seviyelerinin, hekim-hasta ilişkilerinin, tedaviye uyum düzeylerinin ve acil servis kullanımının etkilediği saptanmıştır. Sosyo-demografik ve klinik faktörler ile ruhsal yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmada yukarıdaki temel sonuçların dışında başka tespitlere de ulaşılmıştır. Diyabet hastalarının Sağlık İnanç Modeli çerçevesinde değerlendirilen sağlık inançlarının orta düzeyin üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Boyutlara inildiğinde diyabet hastalarının algılanan ciddiyet ve yarar algılarının, düşük engel algılarına oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Kısacası diyabet hastalarının hastalığın ciddiyetinin farkında olduğu,

tedavinin yararına ilişkin algılarının orta seviyeden fazla olduğu, ancak gene de hastalıklarına ilişkin engeller algılarının bulunduğu görülmektedir.

Diyabet hastalarının ciddiyet, yarar ve engel algılamalarına olan inançlarının artırılması için belirli aralıklarla sağlık eğitim programlarının düzenlenerek söz konusu algılarının pekiştirilmesi ve engel inanışlarını etkileyen faktörlerin belirlenerek bu faktörlerin etkisini azaltmaya yönelik politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık personelleri, hastalık hakkında farkındalık yaratmak, yanlış imaj ve inançları düzeltmek, hastayı uygun davranışlar sergilemeye sevk etmek ve hastanın sağlık inancı davranışlarını arttırmak konularında önemli bir role sahiptirler. Bu nedenle sağlık inançlarının olumlaştırılmasında, sağlık çalışanlarının riski azaltan davranışlar ile ilgili ipuçları elde etmeleri ve engellerin aşılması konusunda hastalara yardımcı olmalarına olanak tanıyacak çalışmalarda bulunmaları lazımdır.

Hastaların hekimleri ile ilişkileri yüksek düzeydedir. Bu durumun idame ettirilmeye çalışılması ve ayrıca hekimlerin hastaları ile iletişimlerini daha fazla arttırmaya yönelik hastalarının meraklarını ve isteklerini aktif olarak dinlemesini, hastalarının kendi görüşlerini anlatmaya teşvik etmesini, hastaya uygun alanlarda konsültasyonları yürütmesini, açık ve kolay anlaşılır bir şekilde bilgi vermesini ve gerektiğinde kendilerini kolaylıkla ziyaret imkânı tanınmasını sağlayacak düzenlemeler de getirilmelidir.

Çalışmadan elde edilen diğer bir sonuçta, diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlığının orta seviyede bulunması ve hastaların yaklaşık yarısının yetersiz sağlık okur-yazarlığına sahip olmasıdır. Sağlık okur-yazarlığı tedaviye uyumu, yaşam kalitesini ve sağlık hizmeti kullanımını önemli ölçüde etkileyen bir faktör olduğu için, hastaların sağlık okur-yazarlık düzeylerinin artırılması gerekmektedir. Bu düzeydeki sağlık okur-yazarlığının artırılması için, öncelikle hastaların genel okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik toplum tabanlı çalışmaların yaygınlaştırılması ve desteklenmesi, hastaların hastalıkları konusunda daha fazla bilgilendirilmeleri ile sağlık okur-yazarlığının

iyileşmesine sebebiyet veren uygun ve etkin eğitim materyallerinin oluşturulması gerekmektedir. Ayrıca hastaneye başvuran her hasta için farklı disiplinlerdeki sağlık çalışanlarını bir araya getiren yüz yüze görüşme olanaklarının sağlanması, yetersiz sağlık okur-yazarlığına sebebiyet veren durumların alıştırılması ile gerekli müdahalelerin uygulanması da önerilebilir.

Diyabet hastaların tedaviye uyum düzeyleri ortalamanın üzerindedir. Hastaların tedaviye uyum düzeylerini artırmak için bir takım iyileştirmeler yapılması yönünde adımlar atılabilir. Bu çerçevede hastaların özellikle sağlık okur-yazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi, kamu spotları ile tedaviye uyumun önemi konusunda her hastanın yaygın şekilde bilgilendirilmesi, hastalara yönelik elektronik kartlar hazırlanarak hastaların tedaviye uyup olmadığına periyodik aralıklarla denetlenmesi ve tedaviye uymayan hastaların neden uyum sağlayamadığını araştırılması gerekmektedir.

Yaşam kalitesine ait değerlendirmelerde, diyabet hastalarının yaşam kalitelerinin ortalama düzeyde ve fiziksel yaşam kalitelerinin ruhsal yaşam kalitelerine oranla daha düşük düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Fiziksel yaşam kalitesinin azalmasının kişinin ruhsal yaşam kalitesini de etkileyebilmektedir. Böylesi bir durumda, hastaların yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla, diyabete özgü sorunlarla baş edebilme becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim ve danışma hizmetlerinin düzenlenmesi önemlidir.

Çalışmanın yukarıdaki temel bulgularını ortaya koyan regresyon modellerinin açıklayıcılık katsayıları %3,7 - %53,6 arasında çıkmıştır. Açıklayıcılık katsayıları genel algılanan ciddiyetin %4,2, algılanan yararın %4,3, algılanan engelin %8, genel sağlık inancının %9,8, hekim-hasta ilişkisinin %3,7, sağlık okur-yazarlığının %53,6, tedaviye uyumun %14,3, fiziksel sağlığın %33,4, ruhsal sağlığın %20,7, hastaneye yatışın %11,7, acile başvurunun %10,6, poliklinik kullanımının %4,8 ve tedavi masraflarının %9,5'inin açıklandığını göstermekte olup, bu rakamlar kavramların tanımlanmasında çok önemli boşlukların olduğuna işaret etmektedir. Bu nedenle yapılacak diğer araştırmalarda söz konusu durumları etkileyen başka faktörlerin de incelenmesi gerekmektedir.

Çalışmanın ulaştığı açıklayıcılık katsayılarının düşük olması ve sadece bir kamu hastanesinde yapılması nedeniyle sonuçlarının genelleştirilmesine ihtiyatlı yaklaşmak gerekir. Bunun yanı sıra tek bir hastanede çalışma yapılması nedeniyle örgütsel faktörlere bağlı değişkenliğin incelenmesine olanak sağlamamaktadır. Araştırmanın bir diğer kısıtı da, hastaların belirli bir zaman dilimindeki düşüncelerini gösteren kesitsel bir çalışma niteliğinde olmasıdır. Ayrıca Sağlık İnanç Modeli kavramındaki tüm boyutların ele alınmamış olması da araştırmanın zayıf yönleri arasında sayılabilir. Bu nedenle, daha sonraki araştırmalarda daha güçlü ve genellenebilir sonuçlara ulaşılabilmesi için, uzun dönemli ve geniş ölçekli çalışmaların yapılması önerilebilir.

Ancak çalışmanın sahip olduğu sınırlamalara rağmen, literatüre önemli katkılar sağlayacağı da düşünülmektedir. Özellikle çalışmanın birinci katkısı olarak, Sağlık İnanç Modeli ile sağlık okur-yazarlığı diyabet hastalarına uygulanması konusundaki yapılan araştırmaların sayısının yok denecek kadar az olmasıdır. Araştırmanın kavramsal modeli içinde yer verilen Sağlık İnanç Modeli, hekim-hasta ilişkisi, sağlık okur-yazarlığı, tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve sağlık hizmeti kullanımı değişkenlerine sağlık alanında yapılan bu tip çalışmalarda birlikte yer verilmemiş olması çalışmanın önemli katkılarından sayılabilir. Ayrıca Sağlık İnanç Modeli, sağlık okur-yazarlığı ve hekim hasta ilişkisi ölçeklerinin geçerliliğinin ve güvenilirliğinin tespit edilmiş olması da, ileride yapılacak araştırmalara katkı sağlar niteliktedir.

Sonuç olarak, çalışmanın sahip olduğu kısıtlılıklara rağmen, diyabette tedaviye uyumu etkileyen durumların belirlenmesi neticesinde elde edilen bulguların, karar verici, sağlık yöneticisi ve sağlık çalışanlarına diyabet tedavisinin yönetimi ve hastalıkla mücadele konusunda kanıta dayalı önemli ipuçları sunacağı söylenebilir. Araştırmada ayrıca diyabet hastalarının yaşam kalitesi ve sağlık hizmeti kullanımını etkileyen durumların belirlenmesi ile hastalara daha etkin sağlık hizmeti sunumu ile diyabette kaynak kullanımı konusunda faydalı bilgiler sağladığı düşünülmektedir.

10.KAYNAKLAR

- Aagren, M., Luo, W. and Moës, E. (2010). Healthcare Utilization Changes in Relation To Treatment Intensification With Insulin Aspart In Patients With Type 2 Diabetes. Data From A Large US Managed-Care Organization J Med Econ., 13(1), 16-22.
- Adibe, M.O., Ukwe, C.V. and Aguwa, C.N. (2013). The Impact of Pharmaceutical Care Intervention on the Quality of Life of Nigerian Patients Receiving Treatment for Type 2 Diabetes. Value in Health Reagional Issues, 2, 240-247.
- Abula,T. and Worku, A. (2001). Patient Non-Compliance With Drug Regimens For Chronic Diseades in Northwest Ethiopia. Ethiop. J. Health Dev.,15(3), 185- 192.
- ADA (American Diabetes Association). (2011). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care, 34(1), 62-69.
- ADA (American Diabetes Association). (2012). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care, 35(1), 64-71.
- ADA (American Diabetes Association). (2013). Standards of Medical Care in Diabetes Diabetes Care, 36(1), 11-66.
- Adisa, R., Alutundu, M.B. and Fakeye, T.O. (2009). Factors Contributing To Nonadherence To Oral Hypoglycemic Medications Among Ambulatory Type 2 Diabetes Patients in Southwestern Nigeria. Pharmacy Practice,7(3), 163-169.
- Ahmad, N.S., Ramli, A., Islahudin, F. Ve Paraidathathu T. (2013). Medication Adherence in Patients With Type 2diabetes Mellitus Treated At Primaryhealth Clinics İn Malaysia. Patient Preference and Adherence, 7, 525–530.
- Ahmed, A.T., Karter, A.J., Warton, E.M., Doan, J.U. and Weisner, C.M. (2008) The Relationship Between Alcohol Consumption and Glycemic Control Among Patients with Diabetes: The Kaiser Permanente Northern California Diabetes Registry. J Gen Intern Med., 23(3), 275-282.
- Aikens J.E. and Piette J.D. (2009). Diabetic Patients' Medication Underuse, Illness Outcomes, And Beliefs About Antihyperglycemic And Antihypertensive Treatments. Diabetes Care, 32, 19-24.
- Akgüç, N. (2013). Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Algısı Ve Tedaviye Uyumlularının Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Akgül, A. (1997). Tıbbi Araştırmalarda İstatistik Analiz Teknikleri, SPSS Uygulamaları. Ankara:Yüksek Öğrenim Kurulu Matbaası.
- Akın, S. (2011). Diyabetli Hastalarda Uyumun ve Aile Destek Düzeylerinin Belirlenmesi.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul.

- Alexander, J. A., Hearld, L.R., Mittler, J.N. and Harvey, J. (2012). Patient–Physician Role Relationships and Patient Activation among Individuals with Chronic Illness. *Health Services Research*, 47(3),1202-1223.
- Alpar, R. (1997). *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemlere Giriş I*. Ankara: Bağırhan Yayınevi.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu S. ve Yıldırım E. (2010). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*, Sakarya;Sakarya Kitabevi.
- American Medical Association (AMA). (1999). Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552-557.
- Anekwe L. (2013). Personalised care for patients with type 2 diabetes reduces complications, study finds. *BMJ.*, 15(346), 3.
- Arslan E. (2011). *Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörler*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır.
- Aro, S., Kangas, T., Reunanen, A., Salinto, M. and Koivisto, V. (1994) Hospital Use Among Diabetic Patients and the General Population. *Diabetes Care*, 17(11) , 1320-1329.
- Asche, C., LaFleur, J. and Conner, C. (2011). Review of Diabetes Treatment Adherence and the Association with Clinical and Economic Outcomes. *Clinical Therapeutics*, 33(1), 74-109.
- Aslantekin, F. (2011). *Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlık Durumları ve Etkileyen Faktörler: (Tip 2 Diyabetli Hasta Örneği)*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Attyia, A.A., El Bahnasy, R.E., Abu Salem, M.A., Al-Batanony, M.A. and Ahamed, A.R. (2013). Compliance Of Diabetic Patients With The Prescribed Clinical Regimen. *Menoufia Medical Journal*, 26,54–57.
- Avery, J., Grande, A.D. and Taylor A. (2004) *Quality Of Life in South Australia as Measured by the SF12*. Australia; Health Status Questionnaire South Australian Department of Human Services Publication.
- Ayman, S.A. and Abd-El-Aziz, A.E. (2007). Degree of Compliance towards Therapeutic Tasks among Diabetic Patients Attending a Health Insurance Setting In Cairo. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 27,234– 244
- Babwah, F., Baksh, S., Blake, L., Cupid-Thuesday, J., Hosein, I., Sookhai, A. et al. , (2006). The Role Of Gender in Compliance And Attendance At An Outpatient Clinic For Type 2 Diabetes Mellitus in Trinidad. *Rev Panam Salud Publica*, 19(2), 79–84.
- Baiardini, I., Braido, F., Giardini, A., Majani, G ., Cacciola, C., Rogaku, A., Scordamaglia, A. ve Canonica, G.W. (2006). Adherence to Treatment: Assessment of an Unmet Need in Asthma *J Investig Allergol Clin Immunol*, 16(4), 218-223.

- Baker, D.W. (2006). The meaning and measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 878–883.
- Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Scott, T., Parker, R.M., Green, D. and et. all. (2004). Health Literacy and Use of Outpatient Physician Services by Medicare Managed Care Enrollees, *Journal of General Internal Medicine*, 19(3), 215 - 220.
- Balkrishnan, R., Rajagopalan, R., Camacho, F.T., Huston, S.A., Murray, F.T, and Anderson, R.T. (2003). Predictors of medication adherence and associated health care costs in an older population with type 2 diabetes mellitus: A longitudinal cohort study. *Clin Ther*, 25, 2958–2971.
- Balkrishnan, R., Arondekar, B.V., Camacho, F.T., Shenolikar, R.A., Horblyuk, R. and Anderson, R.T. (2007). Comparisons Of Rosiglitazone Versus Pioglitazone Monotherapy Introduction And Associated Health Care Utilization in Medicaidenrolled Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Clin Ther*, 29, 1306–1315.
- Bani-Issa, W. (2011). Evaluation Of The Health-Related Quality Of Life Of Emirati People With Diabetes: İntegration Of Sociodemographic And Disease-Related Variables. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 17 (11), 825-30.
- Baykal, A. (2011). Tip 2 Diabetes Mellitus Tanısı Almış Hastaların Tedavilerine Uyumlarının Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, KKTC.*
- Bayraktar, G. (2008). Tip 2 Diyabetes Mellitus Tanısı Konmuş Bireylerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa.*
- Bean, D., Cundy, T. and Petrie, K.J. (2007). Ethnic Differences in İllness Perceptions, Self-Efficacy And Diabetes Self-Care. *Psychol Health*, 22, 787-811.
- Bereolos, N.M. (2007). The Role Of Acculturation in The Health Belief Model For Mexican-Americans With Type 2 Diabetes. Unpublished Doctorate Dissertation, University Of North Texas, USA.
- Beverly, E.A, Ganda O.P., Ritholz, M.D., Lee, Y., Brooks, K.M., Lewis-Schroeder, N.F., Hirose, M., Weinger, K. (2012). Look Who's (Not) Talking: Diabetic Patients' Willingness To Discuss Self Care With Physicians. *Diabetes Care*, 35(7), 1466-1472.
- Beverly, E.A., Wray, L.A., Chiu, C.J. and LaCoe, C.L.. (2014). Older Adult's Perceived Challenges With Health Care Providers Treating Their Type 2 Diabetes and Comorbid Conditions. *Clinical Diabetes*. 32(1):12-17.
- Bezie, Y., Molina, M., Hernandez, N., Batista, R., Niang, S. Huet, D. (2006). Therapeutic Compliance: A Prospective Analysis Of Various Factors İnvolved İn The Adherence Rate İn Type 2 Diabetes. *Diabetes & Metabolism*, 32, (6), 611-616.
- Bhattacharya N., Biswas, R., Das, M.K. and Chatterjee, P.S. (2005). A Study Of Compliance Status Of Diabetic Patients. *Indian Journal Of Public Health*, 49 (1), 34-35.

- Blake, V. (2012). When Is a Patient-Physician Relationship Established?. *Virtual Mentor*, 14, (5), 403-406.
- Boren S. (2009). A Review of Health Literacy and Diabetes: Opportunities for Technology. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 3 (1), 202-209.
- Bostock, S. and Steptoe, A. (2012). Association Between Low Functional Health Literacy And Mortality In Older Adults: Longitudinal Cohort Study. *BMJ*, 344, 2-10.
- Brides, V., Rapadas, J.A.M., Sabella, W.R., Sanchez A., ThelShorette, J.M. ve Tan, L. (2012). Compliance of Treatment Management Among Diabetes Patients. *Nursing Research Journal*, 4, 143-167.
- Brown, A.F., Ettner, S.L., Piette, J., Weinberger, M., Gregg, E.M., Shapiro, F. Et al. (2004). Socioeconomic Position and Health among Persons with Diabetes Mellitus: A Conceptual Framework and Review of the Literature. *Epidemiologic Reviews*, 26, 63-77.
- Butraporn, P., Pach, A., Pack, R.P. Masngarmmeung, R., Maton, T., Sri-aroon, P. et al. (2004). The Health Belief Model and Factors Relating to Potential Use of a Vaccine for Shigellosis in Kaeng Koi District, Saraburi Province, Thailand. *J Health Popul Nutr*, 22(2),170-181.
- Büyüköztürk, S.,(2002), *Sosyal Bilimleri İçin Veri Analizi El Kitabı İstatistik Araştırma Deseni-SPSS Uygulamaları ve Yorum*. Ankara: Pegen Yayıncılık.
- Cavanaugh, K., Huizinga, M.M., Wallston, K.A., Gebretsadik, T., Shintani ,A., Davis, D. et al. (2008). Association Of Numeracy And Diabetes Control. *Ann Intern Med*, 148(10), 737-46.
- Centers for Disease Control and Prevention. CDC. (2009). *Diabetes Successes And Opportunities For Population-Based Prevention And Control At A Glance, USA: CDC Publisher*.
- Chaikledkaew, U., Pongchareonsuk, P., ChaiyakunaprukN. and Ongphiphadhanakul, B. (2008). Factors Affecting Health-Care Costs and Hospitalizations among Diabetic Patients in Thai Public Hospital. *Value Health*, 11(1), 69-74.
- Champion, V.L. and Skinner, C.S. (2008). The Health Belief Model. In Glanz, K., Rimer, B. K., Viswanath, K. *Health behavior and health education theory, research, and practice*. San Francisco, CA : Jossey Bass.
- Chan, B.S., Tsang, M.W., Lee, V.W., and Lee, K.K. (2007). Cost of Type 2 Diabetes Mellitus in Hong Kong Chinese. *Int J Clin Pharmacol Ther.*, 45(8), 455-468.
- Chao, J., Nau, D. P., Aikens, J. E., and Taylor, S. D. (2005). The Mediating Role Of Health Beliefs in The Relationship Between Depressive Symptoms And Medication Adherence in Persons With Diabetes. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 1, 508-525.

- Cheah, W.L., Lee, P.Y., Lim, P.Y., Fatin Nabila, A.A., Luk, K.J. and Nur Iwana, A.T. (2012). Perception of Quality of Life among People with Diabetes. *Malaysian Family Physician*, 7(2), 21-30.
- Cho, Y.I., Lee, S.Y.D., Arozullah, A.M. and Crittenden, K.S. (2008). Effects Of Health Literacy On Health Status And Health Service Utilization Amongst The Elderly. *Social Science & Medicine*, 66, 1809-1816.
- Choi, S.E., Reed, P.I. and Sarkisian, C.A. (2013). Gender Differences in The Relationship Between Diabetes-Specific Quality Of Life And Depressive Symptoms In Middle-Aged And Older Korean Immigrants. *Research In Gerontological Nursing*, Vol. 6 (4), 283-92.
- Ciechanowski, P.S., Katon, W.J., Russo, J.E. and Walker, E.A. (2001). The Patient-Provider Relationship: Attachment Theory And Adherence To Treatment In Diabetes. *Am J Psychiatry*, 158, 29 -35.
- Coffman, M.J., Norton, C.K. and Beene, L. (2012). Diabetes Symptoms, Health Literacy, And Health Care Use In Adult Latinos With Diabetes Risk Factors. *J Cult Divers.*, 19(1), 4-9.
- Colombi A.M., Yu-Isenberg, K. and Priest J. (2008). The Effects Of Health Plan Copayments on Adherence To Oral Diabetes Medication And Health Resource Utilization. *J Occup Environ Med*, 50, 535-541.
- Cook, C.L. (2002). Validation of the Transtheoretical Model in Medication Compliance Behavior. Unpublished Doctorate Dissertations, University of Georgia Athens, Georgia.
- Cramer, J.A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C.J., Fuldeore, M.J., Ollendorf, D. A. and Wong, P.K. (2008). Medication Compliance And Persistence: Terminology And Definitions. *Value Health*, 11, 44- 47.
- Currie, C.J., Peyrot, M., Morgan, C.L.I., Poole, C.D., Jenkins-Jones, S. Rubin, R.R., et al. (2012). The Impact of Treatment Noncompliance on Mortality in People With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 35(6), 1279-1284.
- Çıtıl, R., Günay, O., Elmalı, F. ve Öztürk, Y. (2010). Diyabetik Hastalarda Tıbbi ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi, *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*, 32(4):253-264
- Daly, J.M., Hartz, A.J., Xu, Y, Levy, B.T., James, P.A., Merchant, M.L., Garrett, R.E. (2009). An assessment of attitudes, behaviors, and outcomes of patients with type 2 diabetes. *J Am Board Fam Med.*, 22, 280-290.
- Daniel, M and Messer, L.C. (2002). Perception of Disease Severity and Barriers to Self Care Predict Glysemic Control in Aboriginal Persons With Type 2 Diabetes Mellitus. *Chronic Diseases in Canada*, 23(4), 130-138
- Das, A. and Shah, S. (2011). History of Diabetes: From Ants to Analogs. *Supplement To Japı*, 59, 6-7.

- Davies, M.J., Heller, S., Skinner, T.C., Campbell, M.J., Carey, M.E., Cradock, S. et al. (2007). Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. *BMJ Online First*, 1, 1-11.
- De Laender, N.(2011). Socio-Economic Status Of The Patient And Doctor-Patient Communication: Does It Make A Difference?. Unpublished Master Thesis, Ghent University,
- Delamater A. M. (2006). Improving Patient Adherence, *Clinical Diabetes*, 26(2), 71-77.
- Del Canale, S., Louis, D.Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., Gonnella, J.S. (2012) The Relationship Between Physician Empathy And Disease Complications: An Empirical Study Of Primary Care Physicians And Their Diabetic Patients In Parma, Italy. *Acad Med.*, 87(9), 1243-1249.
- Dey, L., Attele, A.S. and Yuan, C.S. (2002). Alternative Therapies for Type 2 Diabetes. *Alternative Medicine Review*, 7(1), 45-58.
- DiMatteo, M. R. (2004a). Social Support And Patient Adherence To Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychol*, 23, 207–218.
- DiMatteo, M. R. (2004b). Variations in Patients' Adherence To Medical Recommendations: A Quantitative Review Of 50 Years Of Research. *Medical Care*, 42, 200-209.
- Doğan, D. (2008). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Eğitim Düzeyi İle Diyabet Başlangıç Yaşı, Vücut Kitle İndeksi, HBA1C Düzeyi Ve Mikroanjiopatik Komplikasyonların Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Donahue, K.E., Ashkin, E. and Pathman, D.E. (2005). Length Of Patient-Physician Relationship And Patients' Satisfaction And Preventive Service Use In The Rural South: A Cross-Sectional Telephone Study. *BMC Family Practice*, 6(40), 1-8.
- Egbert, N. and Nanna, K.M. (2009). Health Literacy: Challenges and Strategies. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3), 1-9.
- Egede, L.E. (2004). Patterns and Correlates of Emergency Department Use by Individuals With Diabetes. *Diabetes Care*, 27(7), 1748-1750.
- Eichler K., Wgeser, S. ve Brügger, U. (2009). The Costs Of Limited Health Literacy: A Systematic Review. *Int J Public Health*, 54, 313–324.
- El-Shazly, M., Abdel-Fattah, M., Zaki, A., Bedwani, R., Assad, S., Tognoni, G. And Nicolucci, A. (2000). Health Care For Diabetic Patients In Developing Countries: A Case From Egypt. *Public Health.*, 114(4), 276-281.
- Erickson, S. R., Coombs, J. H., Kirking, D.M. and Azimi, A.R. (2001). Compliance From Self-Reported Versus Pharmacy Claims Data With Metered-Dose Inhalers. *The Annals of Pharmacotherapy*, 35(9): 997-1003.

- Ertaş, E. (2007). Doktor Hasta İlişkisinde Güven Sorunu —Van Devlet Hastanesi Örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van.
- Eveleigh, R.M, Muskens, E., Van Ravesteijn, H., Van Dijk, I, Van Rijswijk, E. and Lucassen,P. (2012). An Overview Of 19 Instruments Assessing The Doctor-Patient Relationship: Different Models Or Concepts Are Used. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65, 10-15.
- Eze, U.İ.H, Ojieabu, W.A., Femi-oyewo, M.N. and Martin, O.O. (2011). Evaluation of Adherence in Elderly Diabetic Hypertensive Patients İJPİ's. *Journal of Hospital and Clinical Pharmacy*, 1(4), 38-46.
- Fabian, E., Töscher, S., Elmadfa I, ve Pieber, T.R. (2011). Use of Complementary and Alternative Medicine Supplements in Patients with Diabetes Mellitus. *Annual Nutrition and Metabolism*, 58, 101–108.
- Faria, H.T.G, Rodrigues, F.F.L, Zanetti, M.L, Moura de Araújo, M.F. and Damasceno, M.M.C. (2013). Factors Associated With Adherence To Treatment Of Patients With Diabetes Mellitus. *Acta Paul Enferm*, 26(3), 231-237.
- Farsaei, S., Sabzghabae, A.M., Zargarzadeh, A.H. and Amini, M. (2011). Adherence To Glyburide And Metformin And Associated Factors in Type 2 Diabetes in Isfahan, Iran. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*, 10 (4), 933-939.
- Fedrick, F. and Justin-Temu, M. (2012). Factors contributing to non-adherence to diabetes treatment among diabetic patients attending clinic in Mwanza city. *East Afr J Public Health*, 9(3), 90-95.
- Feinstein AR.(1990). On white coat effects and the electronic monitoring of compliance. *Arch Intern Med*, 150, 1377–1378.
- Fenton, J.J., Von Korff, M., Lin, E.B., Ciechanowski, P. and Young, B.A. (2006). Quality of Preventive Care for Diabetes: Effects of Visit Frequency and Competing, Demands. *Annals Of Family Medicine*, 4(1), 32-39.
- Francis L.P. (2010). The Physician-Patient Relationship and a National Health Information Network. *Journal Of Law, Medicine & Ethics*, Spring, 36-49.
- Gaerel E., (2011). A home for Hope, Diabetes Dialogue. Canada: Canadian Diabetes Association Puplication.
- Gallegos-Carrillo. K., García-Peña, C., Durán-Muñoz, C.,Mudgal, J., Durán-Arenas, L. and Salmerón-Castro, J. (2008). Health Care Utilization And Health-Related Quality Of Life Perception İn Older Adults: A Study Of The Mexican Social Security Institute. *Salud Publica Mex*, 50, 207-217.
- Galveia, A., Cruz, S., Deep,C. (2012). Impact Of Social Demographic Variables On Adherence To Diabetes Treatment And In The Prevalence Of Stress, Anxiety And Depression. *Advanced Research in Scientific Areas*, 1, 2145-2152.

- Gautam, Y., Sharma, A.K., Agarwal, A.K., Bhatnagar, M.K. and Trehan, R.R. (2009). A Cross-sectional Study of QOL of Diabetic Patients at Tertiary Care Hospitals in Delhi. *Indian Journal of Community Medicine*, 34(4), 346-350.
- Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Peel, J. and Baker, D.W. (2013). Health Literacy And Knowledge Of Chronic Disease. *Patient Educ Couns*, 51(3):267–275.
- Geisel-Marbaise S. and Stummer, H. (2009). Diabetes adherence—does gender matter. *J Public Health*, 18, 219–226
- Gellad, W. F., Grenard, J. L., and McGlynn, E. A. (2009). A Review of Barriers to Medication Adherence: A Framework for Driving Policy Options. Technical Report. Santa Monica:RAND Corporation.
- Gellad, W. F., Grenard, J. L., & Marcum, Z. A. (2011). A systematic review of barriers to medication adherence in elderly: Looking beyond cost and regimen complexity. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 9, 11-23.
- Gerber, B.S, Brodsky, I.G., Lawless, K.A., Smolin, L.I., Arozullah,A.M., Smith, E.V. et al. (2005). Implementation and Evaluation of a Low-Literacy Diabetes Education Computer Multimedia Application. *Diabetes Care*, 28, 1574–1580.
- Gherman, A., Schnur, J., Montgomery, G., Sasau, R. Veresiu, I and David, D. (2011). How Are Adherent People More Likely to Think? A Meta-Analysis of Health Beliefs and Diabetes Self-Care, *The Diabetes EDUCATOR*, 37(3), 392-408.
- Gezergün, A., Şahin, B., Tengilimoğlu, D., Demir, C. ve Bayer, E. Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 129-144.
- Ghuloum, S., Bener, A. and Burgut, F.T. (2010). Ethnic Differences in Satisfaction with Mental Health Services Among Psychiatry Patients *The Open Psychiatry Journal*, 4,19-24.
- Gibbons, D. C., Soljak, M. A., Millett, C., Valabhji J. and Majeed, A. (2014). Use Of Hospital Admissions Data To Quantify The Burden Of Emergency Admissions In People With Diabetes Mellitus. *Diabetic Medicine*, 2014, 1-5.
- Gimenes H.T., Zanetti, M.L. and Haas, V.J. (2009). Factors Related To Patient Adherence To Antidiabetic Drug Therapy. *Rev Latinoam Enfermagem*, 17(1), 46-51.
- Golin C, DiMatteo MR, Duan N, Leake, B. And Gelbert, L. (2002). Impoverished Diabetic Patients Whose Doctors Facilitate Their Participation In Medical Decision-Making Are More Satisfied With Their Care. *J Gen Intern Med* , 17, 857–866.
- Gomes-Villas Boas, L.C., Foss, M.C., Foss de Freitas, M.C. and Pace, A.E. (2012). Relationship Among Social Support, Treatment Adherence And Metabolic Control Of Diabetes Mellitus Patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(1), 52-58.

- Gonzalez, J.S., Peyrot, M., McCarl, L.A., Collins, E.M., Serpa, L., Mimiaga, M.J. and Safren, S.A. (2008). Depression and Diabetes Treatment Nonadherence: A Meta-Analysis. *Diabetes Care*, 31(12), 2398-2403.
- Gözaydın, M., Duygun, T., Saygırlı, İ. ve Hakserever, N. (2003) Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Glisemi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor*, 9(6), 670-674.
- Grant, R.W., Devita, N.G., Singer, D.E. and Meigs, J.B. (2003). Polypharmacy And Medication Adherence in Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 26,1408–1412.
- Green, J.A., Mor, M.K., Shields, A.M., Sevick, M.A., Palevsky, P.M., Fine, M.J. et al. (2011). Prevalence and Demographic and Clinical Associations of Health Literacy in Patients on Maintenance Hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*, 6,1354–1360.
- Gutierrez J. and Long J.A. (2011). Reliability and Validity of Diabetes Specific Health Beliefs Model Scales in Patients With Diabetes and Serious Mental İllness. *Diabetes research and clinical practice*, 92(3), 342-347.
- Güven T. (2007). Diabetes Mellitus’lu Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Etkisinin Araştırılması. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.*
- Hagerstrom, G.E. (2010). Personal Factors, Perceptions, Influences and Their Relationship with Adherence Behaviors in Patients with Diabetes. Unpublished Doctorate Dissertations, Georgia State University, USA.
- Hanestad B.R. and Albrektsen, G. (1991) Quality of life, perceived adherence to a diabetes regimen, and blood glucose control. *Diabetic Medicine*, 8, 759–764
- Hardie , N.A., Kyanko , K., Busch , S., LoSasso, A.T. and Levin, R.A. (2011) Health Literacy and Health Care Spending and Utilization in a Consumer-Driven Health Plan, *Journal Of Health Communication: International Perspectives*, 16, 308–321.
- Harris, R., Linn, M. W., Skyler, J. S. and Sandifer, R. (1987). Development of the Diabetes Health Belief Scale. *The Diabetes Educator*, 13, 292-297.
- Harris, P., Mann, L., Phillips, P. and Webster C. (2012). *Diabetes Management in General Practice*, Eighteenth edition , Australia: Diabetes Australia Limited.
- Harrison, L.B. and Lingvay, I. (2013). Appointment And Medication Non-Adherence is Associated With Increased Mortality İn Insulin-Treated Type 2 Diabetes. *Evid Based Med*, 18,112-113.
- Hauber, A.B., Mohamed, A.F., Johnson, F.R. and Falvey, H. (2009). Treatment Preferences And Medication Adherence Of People With Type 2 Diabetes Using Oral Glucose-Lowering Agents. *Diabet Med.*, 26(4), 416-424.

- Haun, J., Noland-Dodd, V., Varnes, J., Graham-Pole, J., Rienzo, B. and Donaldson, P (2009). Testing the BRIEF Health Literacy Screening Tool. *Federal Practitioner*, December, 24-31.
- Hayden, J. (2014). *Introduction to Health Behavior Theory*. Second Edition. USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. P. and Yao, X. (2008). Interventions For Enhancing Medication Adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-166.
- Hepke, K.L., Martus, M.T. and Share, D.A. (2004). Costs and utilization associated with pharmaceutical adherence in a diabetic population. *Am J Manag Care*, 10, 144–151.
- Highland, K.B. (2011). *Reassessing the Architecture of the Health Beliefs Models in Low-Income Diverse Families*. Unpublished Doctorate Dissertation, University of Nebraska, USA.
- Ho, P.M., Rumsfeld, J.S. and Masoudi, F.A. (2006) Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med*, 166, 1836–1841.
- Ho P.M., Bryson, C.L. and Rumsfeld, J.S. (2009). Medication Adherence: Its Importance In Cardiovascular Outcomes. *Circulation.*, 119(23), 3028-3035.
- Honish, A., Westerfield, W., Ashby, A. Momin, S. and Phillippi. R. (2006). Health-Related Quality of Life and Treatment Compliance with Diabetes Care. *Disease Management*, 9(4), 195-200.
- Hopper, S.V. and Schechtman, K.B. (1985). Factor associated with diabetic control and utilization patterns in a low-income, older adult population. *Patient Educ Couns.*, 7(3), 275-288.
- Hornic T. and Aron, D.C. (2008). Preventing and managing diabetic complications in elderly patients. *Cleve Clin J Med.*, 75(2), 153-158.
- Hu, F.B. (2011). Globalization of Diabetes. *Diabetes Care*, 34, 1249–1257
- Huang, E.S., Gleason, S., Gaudette, R., Cagliero, E., Murphy-Sheehy, P., Nathan, D.M. and et. all. (2004). Health Care Resource Utilization Associated with a Diabetes Center and a General Medicine. *Clinic Volume*, 19, 28-35.
- Hurley, A. (1990). The Health Belief Model; Evaluation of Diabetes Scales. *Diabetes Educator*, 16(1), 44-48.
- Ibrahim, N.K.R., Attia, S.G., Sallam, S.A., Fetoxy, E.M. and El-Sewi, F. (2010). Physicians' Therapeutic Practice And Compliance Of Diabetic Patients Attending Rural Primary Health Care Units In Alexandria. *J Family Community Med*, 17(3), 121–128.

- International Diabetes Federation. IDF. (2013). IDF Diabetes Atlas. Sixth edition. Belgium: IDF Publication.
- Inoue, M., Takahashi, M. and Kai, I (2013). Impact Of Communicative And Critical Health Literacy On Understanding Of Diabetes Care And Self-Efficacy in Diabetes Management: Across-Sectional Study Of Primary Care in Japan, *BMC Family Practice* ,14(40),1-9.
- Ishikawa, H., Nomura, K., Sato, M. and Yano, E. (2008). Developing A Measure Of Communicative And Critical Health Literacy: A Pilot Study Of Japanese Office Workers. *Health Promot Int*, 23, 269-274.
- Jacobson, A.M., De Groot, M. and Samson, J.A. (1994). The Evaluation of Two Measures of Quality of Life in Patients With Type I and Type II Diabetes, *Diabetes Care*, 17(4), 267-274.
- Jaeger, R.M. (1983). *Statistics*. London; Sage Publications.
- Jansiraninatarajan, M.R.S. (2013) Diabetic Compliance: A Qualitative Study From The Patient's Perspective In Developing Countries. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 1(4), 29-38.
- Jimmy, B. and Jose, J. (2011). Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Medical Journal*, 26(3), 155-159
- Jin, J., Sklar, G.E., Oh, V.M.S. and Li, S.C. (2008). Factors Affecting Therapeutic Compliance: A Review From The Patient's Perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(1), 269–286.
- Jonsson, P.M., Nyström, L., Rosenqvist, U., Sterky, G., Wall, S. and Ostman, J. (1996). Diabetes Mellitus And Health Service Utilization: A Case-Control Study Of Outpatient Visits 8 Years After Diagnosis. *Diabet Med.*, 13(12), 1056-1063.
- Julien, E., Senécal, C. and Guay, F. (2009). Longitudinal Relations Among Perceived Autonomy Support From Health Care Practitioners, Motivation, Coping Strategies And Dietary Compliance in A Sample Of Adults With Type 2 Diabetes. *J Health Psychol*, 14, 457-470.
- Kalaycı, Ş. (2006). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara:Asil Yayıncılık.
- Kalkan, S. (2013). Diyabetes Mellitus Ve Oral Glukoz Tolerans Testi Bozuk Olan Hastalarda Dispeptik Yakınmaların Ve İritabl Barsak Sendromunun Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkilerinin Değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.
- Kane, R.L. and Radosevich, D.M. (2011). *Conducting Health Outcomes Research*. USA: Jones & Bartlett Learning Publications.
- Kanj M. and Mitic, W. (2009). *Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap*. 7.Global Conference on Health Promotion Nairobi, Kenya.

- Kartal, A. (2006). Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına Ve Diyabet Yönetimine Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Khan, A.R., Al-Abdul Lateef, Z.N., Al Aithan, M.A., Bu-Khamseen, M.A., Al Ibrahim, I. and Khan, S.A. (2012). Factors Contributing To Non-Compliance Among Diabetics Attending Primary Health Centers İn The Al Hasa District Of Saudi Arabia. *J Fam Community Med*, 19, 26-32.
- Kalogianni A. (2011) Factors Affect in Patient Adherence To Medication Regimen. *Health Science Journal*, 5(3), 157-158.
- Kalsekar, I., Iyer, S., Mody, R., Rajagopalan, R. and Kavookjian, J. (2006). Utilization and costs for compliant patients initiating therapy with pioglitazone or rosiglitazone versus insulin in a Medicaid fee-for-service population. *J Manag Care Pharm.*, 12(2), 121-129.
- Kalyango, J.N. Owino, E. and Nambuya, A.P. (2008). Non-Adherence To Diabetes Treatment At Mulago Hospital in Uganda: Prevalence And Associated Factors. *African Health Sciences*, 8(2), 67-73.
- Karakurt,P., Aşilar, R.H. ve Yıldırım A. (2013). Diyabetli Hastaların Öz-Bakım Gücü Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(1), 1-9.
- Kasznicki, J., Głowacka, A. and Drzewoski, J. (2007). Type 2 Diabetic Patients Compliance With Drug Therapy And Glycaemic Control. *Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna*, 7(4), 1-6.
- Kır E. (2003). Diyabetli Hastaların Sağlık İnançlarının Bakımlarına Olan Etkilerinin İncelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Kiadaliri, A. A., Najafi, B. and Mirmalek-Sani, M. (2013). Quality Of Life İn People With Diabetes: A Systematic Review Of Studies in Iran. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12(54), 2-10.
- Kim. S., Love. F., Quistberg, D.A. and Shea, J.A. (2004). Association Of Health Literacy With Self-Management Behavior İn Patients With Diabetes. *Diabetes Care*, 27, 2980–2982.
- Koçyigit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memis A. (1996). SF-36'nın Türkçe için Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 12, 102-106.
- Korur, A. P. (2010). Adana İl Merkezinde Yaşayan Farklı Sosyokültürel Grupların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.*
- Koutsosimou, M., Adamidis, K., Liakos, A. and Mavreas, V. (2013) The Development of an Instrument for the Assessment of Doctor-Patient Relationship (Dopraq-16). *J Psychol Psychother* 3(118), 1-8.

- Krigsman, K. (2007). Refill Adherence to Long-Term Drug Treatment with a Focus on Asthma/COPD Medication. Unpublished Doctorate Dissertations, Uppsala University, Sweden.
- Kuo, Y.F., Raji, M.A., Markides, K.S., Ray, L.A., Espino, D.V. and Goodwin, J.S. (2003). Inconsistent Use of Diabetes Medications, Diabetes Complications, and Mortality in Older Mexican Americans Over A 7-Year Period: Data from The Hispanic Established Population for The Epidemiologic Study Of The Elderly. *Diabetes Care*, 26, 3054–3060.
- Kurlander, J.E., Kerr, E.A. and Krein, S. (2009). Cost-Related Nonadherence to Medications Among Patients With Diabetes and Chronic Pain. *Diabetes Care*, 32(12), 2143-2148.
- Larson H.A. (2005). The Relationship of Attitude, Self Efficacy, Physician and Significant Other Influence to Type 2 Diabetes Outcome. Unpublished Master Thesis, Indiana State University, USA.
- Lawson, V.L., Lyne P.A., Bundy, C. and Harvey, J.N. (2007). The Role Of Illness Perceptions, Coping And Evaluation in Care-Seeking Among People With Type 1 Diabetes. *Psychol Health*. 2007;22:175-191.
- Lee, S.Y.D, Tsai, T.I, Tsai, Y.W. and Kuo, K.N. (2010). Health Literacy, Health Status, And Healthcare Utilization Of Taiwanese Adults: Results From A National Survey, *BMC Public Health*, 10(614), 1-8.
- Lee, Y.Y. and Lin, J.L. (2009). The effects of trust in physician on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes. *Soc Sci Med*, 68, 1060-1068.
- Leese, G.P., Wang, J., Broomhall, J., Kelly, P., Marsden, A., Morrison, W. et al. (2003). Frequency Of Severe Hypoglycemia Requiring Emergency Treatment In Type 1 And Type 2 Diabetes: A Population-Based Study Of Health Service Resource Use. *Diabetes Care.*, 26(4), 1176-1180.
- Lehane, E. and McCarthy, G. (2007). Intentional And Unintentional Medication Non-Adherence: A Comprehensive Framework For Clinical Research And Practice? *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1468-1477.
- Lenio, J.A. (2006). Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change, *Journal of Student Research*, 181,73-86.
- Levesque, A., Li, H.Z. and Pahal, J.S. (2012). Factors Related to Patients' Adherence to Medication and Lifestyle Change Recommendations: Data from Canada. *International Journal of Psychological Studies*, 4(2), 42-55.
- Li, R., Bilik, D., Brown, M.B., Zhang, P., Ettner, S.L. Ackermann, R.T. et al. (2013). Medical Costs Associated With Type 2 Diabetes Complications And Comorbidities. *Am J Manag Care.*, 19(5), 421-430.
- Lim, J.W., Gonzalez, P., Wang-Letzkus, M.F. and Ashing-Giwa K.T. (2009). Understanding The Cultural Health Belief Model Influencing Health Behaviors And Health-Related

- Quality Of Life Between Latina And Asian-American Breast Cancer Survivors. *Support Care Cancer*, 17(9), 1137-1147.
- Lyrakos, G., Hatziagelaki, E., Damigos, D., Papazafiropoulou, A., Bousboulas, S. and Batistaki, C. (2013). Predictors of health-related quality of life in Diabetic Neuropathy type II diabetic patients in Greece, *Health Science Journal*, 7(3), 324-341.
- Maatouk, I., Wild, B., Wesche, D., Herzog, W., Raum, E. and et al. (2012) Temporal Predictors of Health-Related Quality of Life in Elderly People with Diabetes: Results of a German Cohort Study. *Plos One*, 7(1), 1-7.
- Maddigan, S.L., Feeny, D.H., Majumdar, S.R., Farris, K.B. and Johnson, J. (2005). Construct Validity Of The Health Utilities Index Mark 3 in Type 2 Diabetes: Evidence From A Nationally Representative Sample Of Canadians. Canada; Institute of Health Economics Working Paper Publication.
- Mahfouz, E.M. and Awadalla, H.I. (2011). Compliance To Diabetes Self-Management in Rural El-Minia, Egypt. *Cent Eur J Public Health*, 19 (1), 35-41.
- Mann, D.M., Ponieman D., Leventhal, H. and Halm, E.H. (2009). Predictors Of Adherence To Diabetes Medications: The Role Of Disease And Medication Beliefs. *J Behav Med*, 32, 278-284.
- Mansour-Ghanaei, R., Joukar, F., Soati, F. and Khanegha, A.G. (2013). Association Between Knowledge, Locus Of Control And Health Belief With Self-Management, Hb A1c Level And Number Of Attendances In Type 1 Diabetes Mellitus Patients. *Int J Clin Exp Med.*, 6(6), 470-477.
- Mardani H.M, Shahraki, V.A. and Piri A.R. (2010). Effects of Education Based on Health Belief Model on Dietary Adherence in Diabetic Patients. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*, 9, 1- 6.
- Martínez, Y.V., Prado-Aguilar, C.A., Rascón-Pacheco, R.A and Valdivia-Martínez, J.J. (2008). Quality Of Life Associated With Treatment Adherence In Patients With Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *BMC Health Services Research*, 8(164), 1-10.
- Masokoane, K.Q. (2009) Adherence And Non-Adherence To Antiretroviral Treatment in HIV Positive People in Port Elizabeth. Unpublished Master Thesis, Nelson Mandela Metropolitan University, Southern Cape.
- Mendoza, M.D., Smith, S.G., Eder, M ve Hickner, J. (2011). The Seventh Element of Quality: The Doctor-Patient Relationship. *Family Medicine*, 43(2), 83-88.
- Mergen H., Van Der Feltz-Comelis, C.M., Karaoglu, N. Mergen, B. E. And Öngel, K. (2012). Validity Of The Turkish Patient-Doctor Relationship Questionnaire (Pdrq-Turkish) In Comparison With The Europep Instrument In A Family Medicine Center. *HealthMED*, 6(5), 1763-1771.

- Mier, N., Wang, X., Smith, M.L., Irizarry, D., Treviño, L., Alen, M. and Ory, M.G. (2012). Factors Influencing Health Care Utilization in Older Hispanics with Diabetes along the Texas-Mexico Border. *Population Health Management*, 15(3), 149-156.
- Miller, L. V. and Goldstein, J. (1972). More Efficient Care Of Diabetic Patients In A County Hospital Setting. *N. Engl. J. Med.*, 286, 1388-1391.
- Minet, L.K.R. (2010). Self-Management in Diabetes Care: The importance of self-care management intervention in chronically ill patients diagnosed with diabetes. Unpublished Doctorate Dissertations, University of Southern Denmark, Denmark.
- Mitchell, S.E., Sadikova, E., Jack, B.W. and Paasche-Orlow M.K. (2012) Health Literacy and 30-Day Postdischarge Hospital Utilization. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 17(3), 325-338.
- Morgan, M. (2008). The Doctor-Patient Relationship, in Scamber, G.: *Sociology as applied to medicine*. New York : Saunders/Elsevier.
- Morisky, D. E., Green, L. W. and Levine, D.M.. (1986). "Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence." *Med Care* 24(1): 67-74.
- Morowatisharifabad, M., Mahmoodabad, S.M., Baghianimoghadam, M. and Tonekaboni, N.R. (2010). Relationships Between Locus Of Control And Adherence To Diabetes Regimen in A Sample Of Iranians. *Int J Diabetes Dev Ctries*, 30, 27-32.
- Morris N.S., MacLean, C.D. and Littenberg, B. (2013). Change In Health Literacy Over 2 Years In Older Adults With Diabetes. *Diabetes Educ.*, 39(5), 638-646.
- Morris N.S., MacLean, C.D. and Littenberg, B. (2006). Literacy and health outcomes: a cross-sectional study in 1002 adults with diabetes. *BMC Fam Pract*, 7, 49.
- Mulhern, B. and Meadows K. (2013). Investigating The Minimally Important Difference Of The Diabetes Health Profile (Dhp-18) And The Eq-5d And Sf-6d In A Uk Diabetes Mellitus Population. *Health* 5, 5(6), 1045-1054.
- Murphy, C.C., Faulkenberry, E.F., Rumpel, J.D AND Wheeler, F.C. (1985). The Use of a County Hospital Emergency Room by Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 8, 48-51.
- Nahcivan, N. Ve Seçginli S. (2007). Health Beliefs Related To Breast Self-Examination In A Sample Of Turkish Women. *Oncology Nursing Forum*, 34, 425-432.
- Nagasawa, M., Smith, M. C., Barnes, J. H., Jr, and Fincham, J. E. (1990). Meta-Analysis Of Correlates Of Diabetes Patients' Compliance With Prescribed Medications. *The Diabetes Educator*, 16, 192-200.
- Nakip, M. (2003). *Pazarlama Araştırmaları*. Ankara: Seçkin Yayınevi
- Ngoh, L.N. (2009). Health Literacy: A Barrier To Pharmacist-Patient Communication And Medication Adherence. *J Am Pharm Assoc*, 49, 132-149.

- Nichols, L., Barton, P.L., Glazner, J. and McCollum, M. (2007). Diabetes, Minor Depression And Health Care Utilization And Expenditures: A Retrospective Database Study. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 5(4), 1-7.
- Nicklett E.J and Liang, J, (2010). Diabetes-Related Support, Regimen Adherence, and Health Decline Among Older Adults. *Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, 65B(3), 390–399.
- Nielsen-Bohman, I., Panzer, A.M., and Kinding, DA. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: National Academies Press.
- Nijhof, N., Hoeven, C.L.ve Jong M.D.T. (2008). Determinants of the Use of a Diabetes Risk-Screening Test. *J Community Health*, 33, 313–317.
- Norris, S.L., Nichols, P.J., Caspersen, C.J., Glasgow, R.E., Engelgau, M.M., Jack Jr, L. et al. (2002). The Effectiveness of Disease and Case Management for People with Diabetes; A Systematic Review. *Am J Prev Med*, 22(4S), 15-38.
- Nutbeam D. (1998) Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13, 349–364.
- Nutbeam, D. (2000) Health Literacy As A Public Health Goal: A Challenge For Contemporary Health Education And Communication Strategies Into The 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3):259–267.
- Nutbeam, D. (2009) Defining And Measuring Health Literacy: What Can We Learn From Literacy Studies?, *Int J Public Health* 54, 303–305.
- Onat, A. (2009). Türk Erişkinlerinde Diyabet ve Prediyabet: Patogeneze Önemli Katkı, TEKHARF çalışması. İstanbul: Figür Grafik ve MatbaacılıkTic. Ltd.Şti
- Oral, E.T., Şahin, Ş., Akman, B. ve Verimli, A. (2002). İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum:"Farz edelim ki, şeker hastasısn." demek yeterli mi?. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 212-222.
- Orji, R., Vassileva, J. ve Mandryk, R. (2012). Towards an Effective Health Interventions Design: An Extension of the Health Belief Model. *Online Journal of Public Health Informatics*, 4(3), 1-31.
- Öner, N. (1997). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler. 3. Basım, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları:İstanbul.
- Özer, O. (2007). Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi polikliniklerine Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Çalışması İle Hekim-Hasta İletişiminin İncelenmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Şişli Eftel Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.*
- Öztuna, D., Elhan, A. İ. ve Kurşun, N. (2008). Sağlık Araştırmalarında Kullanılan İlişki Katsayıları. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 28, 160-165.

- Öztürk, Y., Aykut, M., Kelestimur, F., Günay, O., Çetinkaya, F., Ceyhan, O. and Egri, M. (2000). Prevalence of Diabetes Mellitus and Affected Factors in the District of Kayseri Health Group, Area Turk J Med Sci, 30,181–185.
- Paasche-Orlow, M. K., Parker,R.M, Gazmararian, J.A., Nielsen-Bohlman, L.T. ve Rudd, R.R. (2005). The Prevalence of Limited Health Literacy. J Gen Intern Med, 20,175–184.
- Papadopoulos, A.A., Kontodimopoulos, N., Frydas, A., Ikonomakis, E. and Niakas, D. (2007). Predictors Of Health-Related Quality Of Life in Type 2 Diabetic Patients in Greece. BMC Public Health, 7, 186-194.
- Park, K.A., Kim, J.G., Kim,B.V., Kam, S., Kim, K.Y. and Ha, S.W. et al. (2010). Factors that Affect Medication Adherence in Elderly Patients with Diabetes Mellitus. Korean Diabetes J., 34, 55-65.
- Phares, P.L. (2011). Predictors of Readiness to Initiate Insulin Therapy in Patients with Type 2 Diabetes When Oral Medications Fail To Control Hyperglycemia. Unpublished Doctorate Dissertations, University of Kentucky, USA.
- Pereira, M.G., Almeida, A.C., Rocha, L. and Leandro, E. (2011). Predictors of Adherence, Metabolic Control and Quality of Life in Adolescents with Type 1 Diabetes. in Type 1 Diabetes - Complications, Pathogenesis, and Alternative Treatments, Edited by Chih-Pin Liu,Portugal: InTech.
- Peterson, A. M., Takiya, L. and Finley R. (2003). Meta-Analysis Of Trials Of Interventions To Improve Medication Adherence. Am J Health-Syst Pharm, 60, 657-665.
- Peyrot, M., Rubin, R.R., Lauritzen, T., Snoek, F.J., Matthews, D.R. and Skovlund, S.E. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. Diabet Med, 22, 1379–1385.
- Peyrot, M., Rubin, R.R., Kruger, D.F. and Travis, L.B. (2010). Correlates of insulin injection omission. Diabetes Care, 33, 240-245.
- Piette, J.D., Wagner T.H., Potter, M.B., and Schillinger, D. (2004a). Health insurance status, cost-related medication underuse, and outcomes among diabetes patients in three systems of care. Med Care. 2004, 42, 102–109.
- Piette, J.D., Heisler, M. and Wagner, , T.H. (2004b). Problems Paying Out-of-Pocket Medication Costs Among Older Adults With Diabetes. Diabetes Care, 27, 384–391.
- Piette, J. D., Heisler, M., Ganoczy, D., McCarthy, J. F., and Valenstein, M. (2007). Differential medication adherence among patients with schizophrenia and comorbid diabetes and hypertension. Psychiatric Services, 58(2), 207-212.
- Pineiro, F., Gill, V., Donis, M., Torres, M.T., Orozco, D. and Merino, J. (1997). Factors Involved in Noncompliance With Drug Treatment in Noninsulin Dependent Diabetes Mellitus. Aten Primaria, 20(8), 415-420.

- Pleasant, A. (2013). In Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary. In Lyla M. Hernandez, Rapporteur; Roundtable on Health Literacy; Board on Population Health and Public Health Practice. USA: National Academy of Science Publications.
- Polonsky, K.S. (2012). The Past 200 Years in Diabetes. *The New Engl And Journal of Medicine*, 367, 1332-40.
- Pourghaznein, T., Ghaffari, F. Hasanzadeh,F. and Chamanzari, H. (2013). The Relationship Between Health Beliefs And Medication Adherence in Patients With Type 2 Diabetes: A Correlation-Cross Sectional Study. *Life Science Journal*, 10(4), 1-7.
- Prochownik, D.C., Becker, M.H., Brown, M.B., Liang, V. and Bennett, S. (1993). Understanding Young Children's Health Beliefs and Diabetes Regimen Adherence. *The Diabetes Educator*, 19(5), 409-418.
- Rahmanian, K., Shojaei, M. and Jahromi, A.S. (2013). Relation of type 2 diabetes mellitus with gender, education, and marital status in an Iranian urban population. *Reports of Biochemistry & Molecular Biology*, 1(2), 1-5.
- Rameswarapu, R., Bodhare, T.N., Bele,S.D. and Valsangkar, S. (2011). Social Class Differentiation And Its Impact Onquality Of Life Among Diabetic Patients, *National Journal of Community Medicine*, 2(3), 362-365.
- Redekop, W.K., Koopmanschap, M.A., Stolk R.P., Rutten, G.E., Wolffenbuttel, B.H. and Niessen L.W. (2002). Health Related Quality Of Life And Treatment Satisfaction In Dutch Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 25(3), 458-463.
- Riaz, M., Rehman, R.A., Hakeem, R. and Shaheen F. (2013). Health Related Quality Of Life In Patients With Diabetes Using Sf-12 Questionnaire. *Journal of Diabetology*, 2(1), 1-7.
- Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G. and Salisbury C. (2009). The Patient-Doctor Relationship: A Synthesis Of The Qualitative Literature On Patients' Perspectives. *British Journal of General Practice*, 59, 16-33.
- Rivers, D.A. (2007). An Examination of the Relationship Among Patient Factors, Patient-Physician Interaction, and Utilization of Health Services in Adults with Diabetes.Unpublished Master Thesis, University of Alabama at Birmingham, England.
- Rosner, F. (2006). Patient Noncompliance: Causes And Solutions. *Mt Sinai J Med*, 73, 553-559.
- Rubin, R.R. (2000). Diabetes and Quality of Life. *Diabetes Spectrum*, 13, 21.
- Ruggiero, L., Spirito, A., Coustan, D., McGarvey, S.T., Low, K.G. (1993);Self-Reported Compliance With Diabetes Self-Management During Pregnancy. *Int J Psychiatry Med.*, 23(2), 195-207.

- Russo-Innamorato, L. (2011). Does the Quality of the Patient Physician Relationship Moderate Predictors of Poor Adherence in Urban, Underserved and Vulnerable Patients with Chronic Illness? Unpublished Doctorate Dissertations, Philadelphia College, USA.
- Sacks, D.B. (2011). A1C Versus Glucose Testing: A Comparison. *Diabetes Care*, 34, 518-523.
- Sağlık Bakanlığı. (2006). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması. Ankara: Aydoğdu Ofset.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Türkiye Diyabet Önleme Ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014.) Ankara: Anıl Matbaa Ltd. Şti.
- Sağlık Bakanlığı. (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: Anıl Matbaa Ltd. Şti.
- Salas, M., Hughes, D., Zuluaga, A., Vardeva, K. and Lebmeier, M. (2009). Costs of Medication Nonadherence in Patients with Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Critical Analysis of the Literature. *Value in Health*, 12(6), 915-922.
- Satman İ ve TURDEP Çalışma Grubu. (2011) Türkiye Diyabet Prevalans Çalışmaları: TURDEP-I ve TURDEP-II. 47. Ulusal Diyabet Kongresi, 11-15 Mayıs 2011, Antalya.
- Sayah, F.A. and Williams, B. (2012). An Integrated Model of Health Literacy Using Diabetes as an Exemplar. *Canadian Journal of Diabetes*, 36, 27-31.
- Scheppers, E., Van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J. and Dekker, J. (2006). Potential Barriers To The Use Of Health Services Among Ethnic Minorities: A Review. *Family Practice*, 23, 325-348.
- Schmittiel, J.A., Steers, N., Duru, O.K., Ettner, S.L., Brown, A.F., Fung, V. And et. all. (2010). Patient-Provider Communication Regarding Drug Costs in Medicare Part D Beneficiaries With Diabetes: a TRIAD Study. *BMC Health Services Research*, 10(164), 1-7.
- Schrijvers, G. (2009). Disease management: A Proposal For a New Definition. *International Journal of Integrated Care*, 9(12), 1-3.
- Searle, A., Norman, P., Thompson, R., Vedhara, K. (2007). A Prospective Examination Of İllness Beliefs And Coping İn Patients With Type 2 Diabetes. *Br J Health Psychol*, 12, 621-638.
- Sevinç, S., Fadiloğlu, Ç. ve Katgı A. (2012). Health Belief Glycemic Control and Complications in Individuals with Diabetes Mellitus. *Turkiye Klinikleri J Nurs*, 4(1), 1-7.
- Shah, L.C., West, P., Bremmeyr, K. and Savoy-Moore, R.T. (2010). Health Literacy Instrument in Family Medicine: The "Newest Vital Sign" Ease of Use and Correlates. *JABFM*, 23(2), 1-8.
- Shaker, H, Irajı, S, Naini, N, Jouibari, A.M, Vatankhah, N. and Ghavami, Y. (2011). Effect Of Shift Work On Patient-Doctor Relationship in Emergency Department. *J Res Med Sci*, 16(11), 1495-1499.

- Shapiro, L. (2008). Adherence To Treatment in Diabetes: A Journey Towards Health Promoting Behaviour. *Journal of Diabetes Nursing*, 12(7), 250-261.
- Shenolikar, R. A., Balkrishnan, R., Camacho, F. T., Whitmire, J. T. and Anderson, R. T. (2006). Comparison of medication adherence and associated health care costs after introduction of pioglitazone treatment in African Americans versus all other races in patients with type 2 diabetes mellitus: A retrospective data analysis. *Clin Ther*, 28, 1199–1207.
- Shenolikar, R.A. and Balkrishnan, R. (2008). Oral Antidiabetes Medication Adherence and Health Care Utilization Among Medicaid-Enrolled Type 2 Diabetic Patients Beginning Monotherapy. *Diabetes Care*, 31(2), 1-5.
- Sheppler C., Lambert, W.E., Gardiner, S.K., Becker, T.M. and Mansberger, S.L. (2014) Predicting Adherence to Diabetic Eye Examinations: Development of the Compliance with Annual Diabetic Eye Exams Survey. *Ophthalmology*., February, 1-12.
- Shigaki, C.L, Kruse, R.L., Merh, D.R ve Ge, B. (2012). The REALM vs. NVS: A Comparison of Health Literacy Measures in Patients with Diabetes. *Annals of Behavioral Science and Medical Education*, 18(1), 9–13.
- Shokair, N.F. (2007). Pattern And Determinants Of Compliance Of Diabetics To Health Care in Alexandria: A Community Based Study. *Bull.Alex.Fac.Med.*, 43(1), 235-247.
- Shrestha, S.S., Shakya, R., Karmacharya, B.M. and Thapa, P. (2013). Medication Adherence to Oral Hypoglycemic Agents Among Type II Diabetic Patients and Their Clinical Outcomes with Special Reference to Fasting Blood Glucose and Glycosylated Hemoglobin Levels. *Kathmandu Univ Med J.*, 43(3), 226-232.
- Shue, C.K., OûHara, L.L.S., Marini, D., McKenzie, J., and Schreiner, M. (2010). Diabetes and low-health literacy: A preliminary outcome report of a mediated intervention to enhance patientphysician communication. *Communication Education*, 59(3), 360-373.
- Singh, D. (2008). How Can Chronic Disease Management Programmes Operate Across Care Settings And Providers?, Copenhagen: World Health Organization Publication.
- Skarbek, E.A. (2006). Psychosocial Predictors of Self-Care Behaviors in Type 2 Diabetes Mellitus Patients: Analysis of Social Support, Self-Efficacy, and Depression. Unpublished Doctorate Thesis, Graduate Faculty of Texas Tech University, USA.
- Skinner, C. and Hampson, S.E. (2001). Personal Models of Diabetes in Relation to Self-Care, Well-Being, and Glycemic Control. *Diabetes Care*, 24, 828–833.
- Sloan, F. A., Bethel, M. A., Lee, P. P., Brown, D. S., & Feinglos, M. N. (2004). Adherence to guidelines and its effects on hospitalizations with complications of type 2 diabetes. *The Review of Diabetes Studies*, 1(1), 29-38.
- Solli, O., Stavem, K. Kristiansen and Solli, I.S. (2010). Health-Related Quality Of Life In Diabetes: The Associations Of Complications With Eq-5d Scores. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(18), 1-8.

- Southey, G. (2011). The Theories of Reasoned Action and Planned Behaviour Applied to Business Decisions: A Selective Annotated Bibliography. *Journal of New Business Ideas & Trends*, 9(1), 43-50.
- Stewart, A.L., Hays, R.D., Ware, J.E. (1988). The MOS Short- Form General Health Survey: Reliability and Validity in a Patient Population. *Medical Care*, 26(7): 724-732.
- Stiles E (2011) Promoting health literacy in patients with diabetes. *Nursing Standard*. 26(8), 35-40.
- Streiner, D.L. and Norman, G.R. (1992). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use*. New York: Oxford University.
- Struijs, J. N., Baan, C. A., Schellevis, F. G., Westert, G. P., & van den Bos, G. A. (2006). Comorbidity in patients with diabetes mellitus: Impact on medical health care utilization. *BMC Health Services Research*, 6, 84.
- Sudore, R.L., Mehta, K.M., Simonsick, E.M., Harris, T.B., Newman, A.B., Satterfield, S. et al. (2006). Limited Literacy In Older People And Disparities in Health And Healthcare Access. *J Am Geriatr Soc.*, 54(5), 770–776.
- Suki, N.M. and Suki, N.M. (2011). Patient Satisfaction, Trust, Commitment and Loyalty toward Doctors. *International Conference on Sociality and Economics Development Congress Book*, 498-502.
- Sundaram, M., Kavookjian, J., Patrick, J.H., Miller, L.A., Madhavan, S.S. and Scott, V.G. (2007). Quality of life, health status and clinical outcomes in Type 2 diabetes patients. *Quality of Life Research*, 16, 165-77.
- Sweileh, M.W., Aker, O. and Hamooz, S. (2005). Rate of Compliance among Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension. *An-Najah Univ. J. Res*, 19, 1-12.
- Sweileh, M.V., Zyoud, S.H., Abu Nab'a, R.J., Deleq, M.I., Enaia, M.I., Nassar, S.M. and Al-Jabi, S.V. (2014). Influence of patients' disease knowledge and beliefs about medicines on medication adherence: findings from a cross-sectional survey among patients with type 2 diabetes mellitus in Palestine. *BMC Public Health*, 14(94), 1-8.
- Sykes, S., Wills, J., Rowlands, G. And Popple, K. (2013). Understanding Critical Health Literacy: A Concept Analysis. *BMC Public Health*, 13(150), 1-10.
- Şermet, Ş.(2012). *Diyabetli Yaşlıların Diyabetin Bakım Ve Tedavisine Yönelik Sağlık İnançları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Tan, M.Y. (2004).The Relationship Of Health Beliefs And Comlication Prevention Behaviors Of Chinese Individuals With Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practive*, 66 (1), 71- 77.
- Taşkın, M.Y. (2006). *Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyumunu Etkileyen Faktörler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

- Tatar, M. (2013). Management of Diabetes and Diabetes Policies in Turkey, *Globalization and Health*, 9(16), 1-7.
- Tavşancıl, E., 2002, *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi*. Ankara; Nobel Yayınları.
- Taylor D., Bury, M., Campling, N., Carter, S. Garfied, S. Newbould, J. ve Rennie, A. (2006). A Review Of The Use Of The Health Belief Model (Hbm), The Theory Of Reasoned Action (Tra), The Theory Of Planned Behaviour (Tpb) And The Trans-Theoretical Model (Ttm) To Study And Predict Health Related Behaviour Change. London: Publication of The School of Pharmacy.
- Teklay, G., Hussien, J. and Tesfaye, D.(2013) Nonadherence and Associated factors Among Type 2 Diabetic Patients at Jimma University Specialized Hospital, Southwest, Ethiopia. *J. Medi. Sci*, 2012, 1-7.
- Tiv, M., Viel, J.F., Mauny, F., Eschwège, E., Weill, A., Fournier, C., et al. (2012). Medication Adherence in Type 2 Diabetes: The ENTRED Study 2007, a French Population-Based Study, *Plos One*, 7 (3), 1-6.
- Tokuda, Y., Doba, N., Butler, J.P. and PAASCHE-ORLOW, M.K. (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Education and Counseling*, 75, 411–417.
- Touchette, D.R. and Shapiro, N.L. (2008). Medication Compliance, Adherence, and Persistence: Current Status of Behavioral and Educational Interventions to Improve Outcomes. *Supplement to Journal of Managed Care Pharmacy*, 14(6), 2-10.
- Türk Dil Kurumu. (TDK). (2011). *Türkçe Sözlük*. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
- Uchenna, O., Ijeoma, E., Pauline, E. and Sylvester, O. (2010);. Contributory Factors to Diabetes Dietary Regimen Non Adherence in Adults with Diabetes. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 45, 735-742.
- Udonwa, N.E. and Ogbonna, U.K. (2012). Patient-Related Factors Influencing Satisfaction in the Patient-Doctor Encounters at the General Outpatient Clinic of the University of Calabar Teaching Hospital, Calabar. *Nigeria International Journal of Family Medicine*, Volume 2012, 1-7.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. UNESCO. (2004). *The Plurality of Literacy and its Implications for Policies and Programs*. Paris: UNESCO Education Sector.
- Unni E. J. (2008). *Development Of Models To Predict Medication Non-Adherence Based On A New Typology*. Unpublished Doctorate Thesis, Graduate College of The University of Iowa, USA.
- Ünlüsoy, F. (2009). *Tip 2 Diyabetlilerde Kan Şekerini İzlemenin Yaşam Kalitesi Ve Diyabet Kontrolü Üzerine Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Van der Feltz-Cornelis, C.M., Van Oppen, P., Van Marwijk, H.W., De Beurs, E. and Van Dyck, R. (2004). A Patient Doctor Relationship Questionnaire (Pdrq-9) in Primary Care: Development And Psychometric Evaluation. *Gen Hosp Psychiatry*, 26, 115–120.,
- Van Dulmen, S., Sluijs, E., V Dijk, L., De Ridder, D., Heerdink, R and Bensing, J. (2007). Patient Adherence To Medical Treatment: A Review Of Reviews. *BMC Health Services Research*, 7(55), 1-6.
- Vermeire, E. IJJ., Wens, J., Royen, P.V., Biot, Y., Hearnshaw, H. and Lindenmeyer, A. (2009). Interventions For Improving Adherence To Treatment Recommendations in People With Type 2 Diabetes Mellitus The Cochrane Collaboration. UK: JohnWiley & Sons, Ltd.
- Villani, J. and Mortensen, K. (2013). Nonemergent Emergency Department Use Among Patients With a Usual Source of Care. *J Am Board Fam Med.*, 26(6), 680-691.
- Voorman, J., Haaijer-Ruskamp, F.M., Wolffenbuttel, B.H., Stolk, R.P. and Dening, P. (2011). Medication Adherence Affects Treatment Modifications In Patients With Type 2 Diabetes. *Clinic Therapy*, 33, 121-134.
- Wabe, N.T., Angamo, M.T. and Hussein, S. (2011). Medication Adherence In Diabetes Mellitus And Self Management Practices Among Type-2 Diabetics In Ethiopia. *N Am J Med Sci.* , 3(9), 418-423.
- Wall, J.M. (2009). Development Of A Health Belief Model Based Instrument To Assess Worker Beliefs About Using Personel Protective Equipment. Unpublished Master Thesis, University of Utah, USA.
- Wallace, A. (2010). Low Health Literacy: Overview, Assessment, and Steps Toward Providing High-Quality Diabetes Care. *Diabetes Spectrum*, 23(4), 220-227.
- Wang, Q. and Bourbeau, J. (2005). Outcomes and health-related quality of life following hospitalization for an acute exacerbation of COPD. *Respirology*, 10, 334-440.
- Wang, W., Fu, C., Zhuo, H., Luo, J. and Xu, B. (2010). Factors Affecting Costs And Utilization Of Type 2 Diabetes Healthcare: A Cross-Sectional Survey Among 15 Hospitals in Urban. *BMC Health Services Research*, 10(244),1-8.
- Ware, J.E., Kosinsky, M. and Keller, S.D. (1996). A 12-Item Short-form Health Survey. Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Med Care*, 34, 220-33.
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., et al. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514–522.
- Weng, H.C, Chen, H.C., Chen, H.J. , Lu, K. and Hung, S.Y. (2008). Doctors' Emotional Intelligence And The Patient– Doctor Relationship. *Medical Education*, 42, 703–711.

- Williams, M.V., Baker, D.W., Parker, R.M. & Nurss, J.R. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: A study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine*, 158, 166-172.
- Wilson, I.B. and Kaplan, S. (2000). Physician-Patient Communication In Hiv Disease: The Importance Of Patient, Physician, And Visit Characteristics. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 25, 417-425.
- Wood, B. (2012). Medication Adherence: The Real Problem When Treating Chronic Conditions. *US Pharmist*, 37(4), 3-6.
- WHO (World Health Organization). (1997). *Measuring Quality Of Life The World Health Organization Quality Of Life Instruments.* . Geneva: WHO Press.
- WHO (World Health Organization). (2003). *Adherence To Long-Term Therapies: Evidence For Action.* Geneva: WHO Press.
- WHO (World Health Organization). (2008). *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Disease.* Geneva: WHO Press.
- WHO (World Health Organization). (2009). *Global Health Risks, Mortality And Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks.* Geneva: WHO Press.
- WHO (World Health Organization). (2011). *Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2010,* Geneva: WHO Press.
- WHO (World Health Organization). (2013). *World Health Statistics.* Geneva: WHO Press.
- Yandım A. (2011). *Diyabetik Ayağı Olan ve Olmayan Diyabetes Mellituslu Hastaların Sağlık İnançları.* Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Young S. Macrae, C., Cairns G. and Pia, A. (2001). *Adult Literacy and Numeracy in Scotland.* Scotland: The Scottish Government Publications.
- Yu, M.C., Chou, Y.L., Lee, P.L., Yang, Y.C. and Chen, K.T. (2014) Influenza vaccination coverage and factors affecting adherence to influenza vaccination among patients with diabetes in Taiwan. *Hum Vaccin Immunother.*, 10(4), 1028-1035.
- Yusuff, K.B., Obe, O. and Joseph, B.Y. (2008). Adherence To Anti-Diabetic Drug Therapy And Self Management Practices Among Type-2 Diabetics in Nigeria. *Pharm World Sci.*, 30(6), 876-83.
- Zaidi, Z. (2010). Importance Of Adherence To Medical Treatment. *The Journal of Pakistan Medical Association*, 60(5), 330-331.
- Zajac, J. Shrestha, A. Patel, P and Poretsky L. (2010). The Main Events in the History of Diabetes Mellitus. In *Principles of Diabetes Mellitus*, ed; Poretsky L., Newyork: Springer Science.

- Zhang, P., Zhang, X., Brown, J., Vistisen, D., Sicree, R., Shaw, J., and Nichols, G. (2010). Global Healthcare Expenditure On Diabetes For 2010 And 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87, 293-301.
- Zebiene, E., Razgauskas, E., Basys, V., Baubiniene, A., Gurevicius, R., Padaiga, Z. and Svab, I. (2004). Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania. *Int J Qual Health Care*. 16(1),83-89.
- Zolnierek, K.B.H. and DiMatteo, M. R. (2009). Physician Communication And Patient Adherence To Treatment: A Meta-Analysis. *Med Care*, 47(8), 826-834.
- Zhou, S. (2011). Chronic Medication Adherence: Its Association With Health Care Costs. Unpublished Doctorate Dissertation, University Of Minnesota, USA.

11.EKLER

EK.1 ANKET FORMU

DİYABETLİ HASTALARIN TEDAVİYE UYUM DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINA ETKİSİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;

Aşağıda diyabet hastalarında tedaviye uyum düzeyi, bu düzeyi etkileyen faktörler ile tedaviye uyumun sonuçları konusunda çeşitli açıklamalar yer almaktadır. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde gerçekleştirilen “Diyabetli Hastaların Tedaviye Uyum Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Sağlık Hizmeti Kullanımlarına Etkisi” isimli tez çalışmasında kullanılacaktır. Ankete verdiğiniz bilgiler, bilimsel araştırma amaçlı olup, başka amaç için kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır.

Yanıtlarınız çalışma açısından önemli olup, cevaplarınızın doğru ve eksiksiz olması gerekmektedir. Ancak herhangi bir nedenle ya da hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu belirtmek isterim.

İlgi ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

BÖLÜM A: SOSYO-DEMOGRAFİK FAKTÖRLER

Aşağıda sizinle ilgili bilgiler yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz şekilde doldurunuz ve ilgili kutucuğa X işareti koyunuz.

- 1.Cinsiyetiniz** 1. Kadın 2. Erkek
- 2.Yaşınız**
- 3. Medeni durumunuz?** 1. Evli 2. Bekar 3. Dul- boşanmış
- 4. Eğitim durumunuz?**
 1. Okur yazar değil 2. Okur yazar 3. İlkokul mezunu 4. Ortaokul mezunu
 5. Lise mezunu 6. Üniversite mezunu 7. Lisans üstü mezunu
- 5.Geliriniz**
- 6. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?**
 1. Evet tam gün 2. Evet, yarım gün 3. Ev hanımı
 4. Öğrenci 5. Emekli 6. İşsiz
- 7. Sağlık güvenceniz var mı ?**
 1. Yok 2. SGK(SSK,Bağ-kur, Emekli Sandığı)
 3. Özel Sigorta 4. Diğer.....

BÖLÜM B: KLİNİK FAKTÖRLER

Aşağıda hastalığınız ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz şekilde doldurunuz ve ilgili kutucuğa X işareti koyunuz.

8. Kaç yıldır şeker hastası mısınız?.....

9. Kaç yıldır şeker hastalığı tedavisi görüyorsunuz?

10. Şeker hastalığı tipiniz nedir?

1. Tip 1 2. Tip 2 3. Bilmiyorum

11. Şeker hastalığınızın tedavisi için doktor tarafından size aşağıdakilerden hangisi önerildi?

1. İnsülin iğnesi 2. Hap 3. Diyet Diyet ve hap

12. Şeker hastalığınız dışında, başka bir hastalığınız var mı?

a. 1. Evet 2. Hayır

b. Evet ise; hastalığınız nedir :

13.a. Kan şekeri ölçümü yapıyor / yaptırıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

b.Evetse kan şekeri ölçümünü ne sıklıkta yapıyor veya yaptırıyor musunuz?

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

c.Son ölçümünüzde şeker düzeyiniz kaç çıktı?.....

BÖLÜM C. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

Aşağıdaki sorular hastane, poliklinik ve acil servise başvurmanız ile bu başvurular esnasında ödediğiniz maliyetler ile ilgilidir. Lütfen uygun gördüğünüz şekilde doldurunuz ve ilgili kutucuğa X işareti koyunuz.

14. Son altı ay içinde şeker hastalığınız nedeni ile hastaneye yattınız mı?

1. Evet.....kez 2. Hayır 3. Hatırlamıyorum

15.Son bir ay içinde şeker hastalığınız nedeniyle acil servise başvurduğunuz mu?

1. Evet.....kez 2. Hayır 3. Hatırlamıyorum

16.Son bir ay içinde şeker hastalığınız nedeni ile hastane ve acil servis dışında poliklini gibi herhangi bir başvurduğunuz mu?

1. Evet.....kez 2. Hayır 3. Hatırlamıyorum

17. Şeker hastalığınız için genellikle hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?

1. Devlet Hastanesi Polikliniği 2. Aile Hekimi Polikliniği
3. Hekim Muayenesi 4. Özel Hastane Polikliniği

18. Son bir ay içinde şeker hastalığınız nedeni ile ilaç ve tedaviye ne kadar para harcadınız?.....

19. Şeker hastalığınızın ilaç ve tedavisi ile ilgili masraflar nedeniyle zorluk yaşıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum/Emin değilim

BÖLÜM D. SAĞLIK İNANÇ MODELİ

Aşağıda diyabet hastalığınız ile ilgili inançlarınıza ilişkin sorular yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz kutucuğa X işareti koyunuz.

ALGILANAN CİDDİYET	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Kendimi iyi hissettiğim sürece şeker hastalığım benim için problem değildir.	5	4	3	2	1
2. Şeker hastalığımın gelecekte sağlığım üzerinde kötü etkileri olacağına inanıyorum.	1	2	3	4	5
3. Şeker hastalığımın ilerde daha fazla hasta olmama sebebiyet vereceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
4. Şeker hastalığımı kontrol altında tutabilmek için diyetim ve tedavime her zaman dikkat etmeliyim.	1	2	3	4	5

ALGILANAN YARARLAR	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
5. Diyetime ve tedavime doktorumun önerdiği şekilde uyararak şeker hastalığımla ilgili komplikasyonlardan (kalp hastalığı, göz hastalığı, nefropati, nöropati, ayak ülseri v.s) korunabileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
6. Diyetime ve tedavime uyararak şeker hastalığımı kontrol edebileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
7. Şeker hastalığımı kendim kontrol edebilirim.	1	2	3	4	5

ALGILANAN ENGEL	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
8. Şeker hastalığım için önerilen diyetle uymam için çoğu alışkanlığımı değiştirmem gerekmektedir.	5	4	3	2	1
9. Şeker hastalığım için önerilen diyetle uymam zordur.	5	4	3	2	1
10. Şeker hastalığımı kontrol etmem için yapmam gereken diyetle ilgili her şeyi anlamadım.	5	4	3	2	1
11. Şeker hastalığımı için kullandığım diyet ve tedavi normal günlük faaliyetlerimi engellemektedir.	5	4	3	2	1

BÖLÜM E. HASTA HEKİM İLİŞKİSİ

<i>Aşağıda hastaneye başvurduğunuzda poliklinikte hizmet aldığınız hekiminizle ilişkinize ilişkin sorular yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz kutucuğa X işareti koyunuz.</i>	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Doktorum beni anlar.	1	2	3	4	5
2. Doktoruma güvenirim.	1	2	3	4	5
3. Doktorum kendini bana yardım etmeye adar.	1	2	3	4	5
4.Doktorumla hastalığım hakkında konuşabilirim.	1	2	3	4	5
5.Ben ve doktorum hastalığımın tıbbi belirtileri konusunda hemfikiriz.	1	2	3	4	5
6.Doktorum bana yardım eder.	1	2	3	4	5
7.Doktorumun önerdiği tedaviden fayda görüyorum.	1	2	3	4	5
8.Doktorum bana yeterli zaman ayırır.	1	2	3	4	5
9.Doktoruma rahatlıkla ulaşabiliyorum.	1	2	3	4	5

BÖLÜM F. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

<i>Aşağıda hastalığınız hakkında bilgi edinmenize ilişkin sorular yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz kutucuğa X işareti koyunuz.</i>	Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Hastane eğitim materyallerini (kitap, broşür vs.) okurken başkalarının yardımına ihtiyaç duyuyorum.	5	4	3	2	1
2. Tek başıma tıbbi formları doldurmada kendime güveniyorum	1	2	3	4	5
3. Yazılı bilgileri anlamakta zorluk çektiğimden dolayı hastalığımın durumunu anlamakta problem yaşıyorum.	5	4	3	2	1
4. Hekim ve hemşirelerin hastalığımın durumu ile ilgili söylediklerini anlamakta zorluk çekiyorum.	5	4	3	2	1

BÖLÜM G. TEDAVİYE UYUM DÜZEYİ

<i>Aşağıda doktorunuz tarafından önerilen ilacı kullanma durumunuza ilişkin sorular yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz kutucuğa X işareti koyunuz.</i>	Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Hiç ilacınızı almayı unuttuğunuz oluyor mu?	1	2	3	4	5
2. İlacı zamanında alma konusunda dikkatsiz misiniz?	1	2	3	4	5
3. Kendinizi iyi hissettiğiniz zaman ilacı almayı bıraktığınız oluyor mu?	1	2	3	4	5
4. İlacı aldığımız zaman kendinizi kötü hissettiğinizde ilacı bıraktığınız oluyor mu?	1	2	3	4	5

BÖLÜM H. YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRMESİ-SF 12

SF-12 sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi sorgulamaktadır. Aşağıda kendinizi nasıl hissettiğiniz ve genel aktivitelerinizde ne kadar iyi olduğunuz hakkında bilgilere ilişkin sorular yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz şekilde doldurunuz ve ilgili kutucuğa X işareti koyunuz.

1. Genel olarak sağlığınız;

1. Mükemmel 2. Oldukça iyi 3. İyi 4. Orta 5. Kötü

2. Sağlığınız, bu etkinlikleri yaparken sizi kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar? Öncelikle orta düzeydeki etkinlikler sırasında;

	Çok kısıtlıyor	Az kısıtlıyor	Hiç kısıtlamıyor
a. Masayı çekerken, elektrik süpürgesi kullanırken, yürüyüş yaparken sağlığınız sizi ne ölçüde kısıtlıyor?			
b. Merdiven çıkarken sağlığınız sizi ne ölçüde kısıtlıyor?			

3. Son dört hafta boyunca, günlük aktiviteleriniz ya da işiniz sırasında fiziksel sağlığınızla ilgili olarak;

	Evet	Hayır
a. Beklenenden daha az iş yaptığımız oldu mu?		
b. Düzenli etkinlikleriniz veya işinizde kısıtlandığımız oldu mu?		

4. Son dört hafta boyunca, kendinizi üzgün, depresif (çökkün) veya kaygılı hissetmek gibi duygusal bir sorun sonucunda;

	Evet	Hayır
a.Beklenenden daha az iş yaptığınız oldu mu?		
b.Düzenli etkinlikleriniz veya işinizde her zamanki kadar dikkatli olmadığınız oldu mu?		

5. Son dört hafta boyunca ağrınız, evde ve işte ne ölçüde normal işlerinize engel oldu?

1.Hiç 2. Biraz 3. Orta derecede 4. Fazla 5. Çok fazla

6. Aşağıdaki sorular son dört hafta boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Her bir soru için size en yakın seçeneği işaretleyiniz.

<i>Son dört hafta boyunca ne kadar sıklıkla;</i>	Her zaman	Çoğu zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz?						
Kendinizi enerji dolu hissettiniz?						
Kendinizi çok fazla kederli hissettiniz?						

7. Son dört hafta boyunca fiziksel sağlığınız veya duygusal sorunlarımız, ne kadar sıklıkla arkadaş veya akraba ziyareti gibi sosyal etkinliklerinizi olumsuz etkiledi?

1. Her zaman 2. Çoğu zaman 3. Bazen 4. Nadiren 5. Hiçbir zaman

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**Katılımcı**

Adı, soyadı :Adresi:.....

Tel : İmza : Tarih :/...../.....

Görüşmeci

Adı, soyadı :

İmza : Tarih :/...../.....

EK 2. İZİNLER


T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Genel Sekreterlik

Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : 88600825 / 488-459

Konu :


10 Şubat 2014

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 13.01.2014 tarih ve 99 sayılı yazınız

Enstitünüz Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencilerinden **Serap TASKAYA**'nın Prof. Dr. Bayram SAHİN danışmanlığında hazırladığı "**Diyabetli Hastaların Tedaviye Uyum Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Sağlık Hizmeti Kullanımlarına Etkisi**" başlıklı tez çalışması Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **28 Ocak 2014** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.


Prof. Dr. Ömer UĞUR
Rektör
Rektör Yardımcısı

Ek: Tutanak

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Tarih: 12.02.2014
Sayı: 870

Hacettepe Üniversitesi Genel Sekreterlik, Yazı İşleri Müdürlüğü, 06200 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 303 1008 - 1039 • Faks: 0 (312) 310 5552
E-posta: yazimd@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için: 



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Aksaray İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 33527579/904.01/6894
Konu : Anket Çalışması

19/12/2013

AKSARAY ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlg: 19.12.2013 tarih ve 660-6040 sayılı yazınız.

İlg: sayılı yazınıza istinaden; Üniversitemizde Öğretim Görevlisi olarak görev yapan Serap TAŞKAYA'nın "Diyabetli Hastaların Tedaviye Uyum Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Sağlık Hizmeti Kullanımlarına Etkisi." isimli anket çalışmasını Aksaray Devlet Hastanesinin Dahiliye Klinik ve Polikliniklerinde gerçekleştirmesi için gerekli izin verildiğine dair Genel Sekreterlik Makam Onayı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Hayrullah A. BOYUN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EK: _____
Onay (1)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Aksaray İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı :33527579-903/OLUR
Konu :Araştırma İzni

25/12/2013

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Aksaray Üniversitesi Rektörlüğünün 19.12.2013 tarih ve 660-6040 sayılı yazısında, Aksaray Üniversitesi Öğretim Görevlisi Serap TAŞKAYA'nın "Dişabetli Hastaların Tedaviye Uyum Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Sağlık Hizmeti Kullanımlarına Etkisi" isimli anket çalışmasını Aksaray Devlet Hastanesinde Dahiliye Klinik ve Polikliniklerinde gerçekleştirmesi için gerekli izin verilmesi talep edilmektedir.

Anılan talep doğrultusunda Öğretim Görevlisi Serap TAŞKAYA'nın "Dişabetli Hastaların Tedaviye Uyum Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Sağlık Hizmeti Kullanımlarına Etkisi" isimli anket çalışmasını Aksaray Devlet Hastanesinde Dahiliye Klinik ve Polikliniklerinde yapması için gerekli araştırma izninin verilmesi hususunda olurlarınızı;

Arz ederim.

Sabah HÜYSÜZ
Uzman

OLUR
25/12/2013

Hayrullah ALABOYUN
Genel Sekreter
İdari Hizmetler Başkanı

EK 3. ÖZGEÇMİŞ**ÖZGEÇMİŞ****Kişisel Bilgiler**

Adı Soyadı :Serap TAŞKAYA
Doğum Yeri ve Tarihi :Erdemli/20.11.1974

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi :Çukurova Üniversitesi İ.İ.B:F. İktisat (İng.)
Yüksek Lisans Öğrenimi :Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi
Bildiği Yabancı Diller :İngilizce (KPDS=82, ÜDS=83,75)

İş Deneyimi

Çalıştığı Kurumlar :Sağlık Bakanlığı (1992-2011)
Aksaray Üniversitesi (2011-)

İletişim

E-Posta Adresi : seraptaskaya@yahoo.com

Tarih

: 2014