

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YAŞLI DİYABETLİ HASTALARIN
HASTALIK VE SAĞLIĞA İLİŞKİN TUTUMLARI**

Hatice ARISOY

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2013**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YAŞLI DİYABETLİ HASTALARIN
HASTALIK VE SAĞLIĞA İLİŞKİN TUTUMLARI**

Hatice ARISOY

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Öğr. Gör. Dr. İmatullah AKYAR**

**ANKARA
2013**

Anabilim Dalı: İç Hastalıkları Hemşireliği

Program: Yüksek Lisans

Tez Başlığı: Yaşlı Diyabetli Hastaların Hastalık ve Sağlığa İlişkin Tutumları

Öğrenci Adı-Soyadı: Hatice ARISOY

Savunma Sınavı Tarihi: 23.01.2013

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Nuran AKDEMİR
(Hacettepe Üniversitesi)



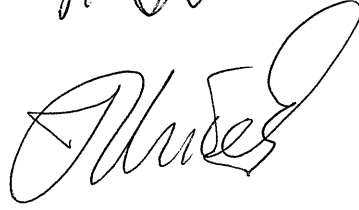
Tez Danışmanı : Öğr. Gör. Dr. İmatullah AKYAR
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye : Doç. Dr. Leyla ÖZDEMİR
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye : Doç. Dr. Hatice ÇİÇEK
(Gülhane Askeri Tıp Akademisi)



Üye : Yrd. Doç. Dr. Gülten KOÇ
(Hacettepe Üniversitesi)



ONAY

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ersin FADILLIOĞLU
Enstitü Müdürü



TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleştirilmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Öğr. Gör. Dr. İmatullah Akyar tez danışmanım olarak çalışmanın her aşamasında yol gösterici olmuş, katkılarda bulunmuştur.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Polikliniği çalışanları uygulama aşamasında uygun koşulları ve yardımı sağlamıştır.

Çalışmaya katılan yaşlı diyabetli bireyler uygulamanın başarılı bir şekilde gerçekleşmesini sağlamıştır.

Sayın Arş Gör. Dr. Sevilay Karahan çalışma verilerinin analizinde destek ve danışmanlık sağlamıştır.

Ailem çalışma süresince sevgi, anlayış ve sabırla destek olmuştur.

ÖZET

Arısoy, H. Yaşlı diyabetli hastaların hastalık ve sağlığa ilişkin tutumları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013. Araştırma, yaşlı diyabetli bireylerin hastalık ve sağlığa ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri polikliniğine başvuran toplam 70 hasta oluşturmuştur. Veriler, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen “Tanıtıcı Bilgiler Formu” ve Kartal ve Özsoy (2007) tarafından geliştirilen “Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Araştırma sonucunda, yaşlı diyabetli bireylerin hastalık ve sağlığa ilişkin inanç puan ortalamalarının düşük, inanç ve tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir. Sağlık inanç modeline göre en çok etkilenen boyutun algılanan ciddiyet olduğu belirlenmiştir. Araştırmada 65-70 yaş arası, lise ve üzeri düzeyde eğitime sahip, daha önce çalışmış yaşlı bireylerin algılanan ciddiyet puan ortalamalarının; ekonomik durumunu iyi/çok iyi, tıbbi beslenme tedavisine uyumunu iyi olarak ifade eden, düzenli kan şekeri ölçümü ve egzersiz yapan yaşlı bireylerin algılanan engeller puan ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca diyabet ile ilgili daha fazla eğitim gereksinimi olduğunu ifade eden yaşlı bireylerin algılanan yararlar ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda yaşlılık döneminde kadın cinsiyet, ileri yaşta olma, düşük eğitim düzeyi, düşük ekonomik durum, diyet ve tedaviye kötü uyum, diyabet ile ilgili eğitime ihtiyaç duyma gibi özelliklerin sağlık inancını olumsuz etkilemesi nedeniyle değerlendirilmesi ve bu grubun öncelikli olarak ele alınması önerilmektedir. Ayrıca diyabet dışında ek kronik hastalıkları bulunan yaşlı bireylerin genç bireylere göre farklı özellik oluşturması nedeni ile sağlık inançlarının değerlendirilmesi ve metabolik kontrol değerlerinin izleminin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, yaşlılık, sağlık inancı, hemşire

ABSTRACT

Arisoy, H. Attitudes of elderly patients with diabetes towards illness and health. Hacettepe University Institute of Health Sciences, Master Thesis in Medical Nursing, Ankara, 2013. This research was conducted in order to determine the attitudes of elderly patients with diabetes towards illness and health. Sample of this study consists of 70 patients that applied to Hacettepe University Adult Hospital Geriatrics Polyclinic. The research data was collected by utilizing “Introductory Information Form” that was prepared basing on literature by the researcher and “Health Belief Model Scale” which was validated by Kartal and Özsoy (2007). At the end of the study elderly individuals’ attitudes toward illness and health were determined in low levels and as negative. In the study, it was also found that the most affected dimension was the perceived seriousness of Health Belief Model. Mean score of perceived seriousness of individuals aged 65-70 years, educated higher than secondary education and previously employed; mean scores of perceived obstacles of elderly patients who declared economic status and accordance to diabetic diet well/very well, and checking blood sugar regularly and exercising regularly were found to be higher and statistically significant. Also mean scores of perceived benefits and recommended activities related to health of elderly patients needing more education were significantly higher. In accordance with results it can be recommended that the elderly with gender of women, who is senior, has low level of education, has lower socioeconomic status, has bad/moderate accordance with diet and treatment, and who needs more education about diabetes should be dealt primarily. In addition to this, due to different characteristics of elderly patients from young adults, assessment of elderly people’s health and illness belief especially among elderly having additional chronic diseases and monitor of metabolic control parameters are recommended.

Key Words: Diabetes, age, health belief, nurse

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırma Soruları	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Yaşlılık Kavramı ve Yaşlı Nüfusu	7
2.2. Yaşlılık ve Kronik Hastalıklar	8
2.3. Yaşlılarda Diyabetes Mellitus	10
2.3.1. Yaşlılarda Diyabet Prevalansı	10
2.3.2. Yaşlılarda Diyabetin Fizyopatolojisi	11
2.3.3. Yaşlılarda Diyabet Tanısı ve Belirtileri	12
2.3.4. Yaşlılarda Diyabet Tedavisi ve Bakımı	12
2.4. Sağlıkla İlgili Davranış Modelleri.....	14
2.4.1. Sağlık İnanç Modeli	14
2.5. Diyabet Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Şekli	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	21

	Sayfa No
3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu	21
3.4.2. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	21
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	22
3.6. Araştırmanın Uygulanması	22
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
4. BULGULAR	25
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Diyabet Yönetim Özelliklerine İlişkin Bulgular	26
4.2. Hastaların Sağlık İnançları ile Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	32
5. TARTIŞMA	49
5.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Diyabet Yönetim Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	49
5.2. Hastaların Sağlık İnançları ile Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması	52
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	57
6.1. Sonuçlar	57
6.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Diyabet Yönetim Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	57
6.1.2. Hastaların Sağlık İnançları ile Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Sonuçlar	58
6.2. Öneriler.....	61
KAYNAKLAR	62
ÖZGEÇMİŞ.....	72

EKLER.....	73
EK 1. Tanıtıcı Bilgiler Formu	73
EK 2. Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	76
EK 3. Ek Tablolar	78
EK 4. İzin Yazıları	85
EK 4.1. Araştırmanın Yapıldığı Kurum İzin Yazısı	85
EK 4.2. Aydınlatılmış Yazılı Onam Formu	86
EK 4.3. Ölçek İzin Yazısı	88
EK 4.4. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı	89

SİMGELER VE KISALTMALAR

AKŞ	Açlık Kan Şekeri
BKI	Beden Kitle İndeksi
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HbA1c	Hemoglobin A1c (Glikolize Hemoglobin)
NCSS	Number Cruncher Statistical System (Sayı İstatistik Sistemi)
OAD	Oral Antidiyabetik
OGTT	Oral Glikoz Tolerans Testi
SGM	Sağlığı Geliştirme Modeli
SİM	Sağlık İnanç Modeli
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TKŞ	Tokluk Kan Şekeri
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi

ŞEKİLLER

	Sayfa
Şekil 1: Sağlık İnanç Modeli	17

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.1.2. Hastaların Diyabet ve Yönetimine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı...	28
Tablo 4.1.3. Hastaların Metabolik Kontrol Değerleri Ortalamalarının Dağılımı.....	31
Tablo 4.2.1. Hastaların Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	32
Tablo 4.2.2. Hastaların Yaşa Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	33
Tablo 4.2.3. Hastaların Cinsiyete Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı .	34
Tablo 4.2.4. Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı	35
Tablo 4.2.5. Hastaların Daha Önce Çalışma Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı	36
Tablo 4.2.6. Hastaların Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı	37
Tablo 4.2.7. Hastaların Başka Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı	38
Tablo 4.2.8. Hastaların Diyabet Tanısını Alma Şekline Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı	39
Tablo 4.2.9. Hastaların Diyabet Tanı Sürelerine Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı	40
Tablo 4.2.10. Hastaların Tıbbi Tedaviye Uyumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı	41
Tablo 4.2.11. Hastaların Tıbbi Beslenme Tedavi Uyumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı	42
Tablo 4.2.12. Hastaların Kan Şekeri Ölçümü Yaptırma Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı	43
Tablo 4.2.13. Hastaların Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı	44

Sayfa

Tablo 4.2.14. Hastaların Diyabet İle İlgili Eğitim Alma Durumlarına ve Daha Fazla Eğitime Gereksinim Duyma Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı	45
Tablo 4.2.15. Hastaların Metabolik Kontrol Değerlerine Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı	47

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşam süresinin artması, 21. yüzyıl içerisinde kaydedilen en önemli gelişmelerden birisi olarak tanımlanmaktadır. Dünya nüfusu, doğurganlık oranında azalma ve beklenen yaşam sürelerinde artış sonucu yaşlanmaktadır. Uluslararası Demografi Raporu'na göre 2015 yılında, tüm dünyada 65 yaş ve üzeri nüfusun beklenenden hızlı bir artışla, %14.4'e ulaşacağı tahmin edilmektedir (65). Ülkemizdeki demografik durum incelendiğinde Türkiye İstatistik Kurumu 2011 yılı verilerinde ülke nüfusunun %7.3'ünün 65 yaş ve üzeri nüfus olduğu belirtilmektedir (103).

Tüm dünyada yaşlı nüfus artışı ile kronik hastalık prevalansı da artış göstermektedir. Genellikle gelişmiş ülkelerin önemli bir sağlık sorunu olarak görülen kronik hastalıklar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün raporlarına göre yaşlı nüfusun artışı ile gelişmekte olan ülkelerin de önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir (59). Kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet, astım, kronik akciğer hastalıkları gibi kronik hastalıklar dünya nüfusunun %60'ını tehdit etmekte olup, Amerikan toplumunun %30-46'sını etkilemektedir (1,24). Kişilerin yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen ve erken ölümlere yol açan kronik hastalıklar her on ölümden yedisinin nedenidir (1). Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaş ve üstü popülasyonun yaklaşık %80'inde en az bir, %50'sinde ise en az iki kronik hastalık olduğu saptanmıştır (1). Ülkemizde ise 2006 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü "Kronik Hastalıklar Raporu"na göre, 22 milyon yaşlı birey en az bir veya daha fazla kronik hastalığa sahiptir. Aynı raporda 15 milyon yaşlı kişide hipertansiyon, 4 milyon kişide diyabet, 3 milyon kişide kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve 2 milyon kişide de koroner kalp hastalığı olduğu belirtilmektedir (87).

Kronik hastalıklar içerisinde önemli bir yeri olan diabetes mellitus (DM), dünyada ve ülkemizde sık görülen, pahalı ve ciddi komplikasyonlara yol açabilen, aynı zamanda da kontrol altına alınabilen bir hastalıktır (35,106). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, özellikle gelişmekte olan ülkelerde DM, giderek artmakta ve komplikasyonları ile toplum sağlığında önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (24). Tüm dünyadaki diyabet nüfusu 2009 yılı sonu itibari ile 285 milyon

olarak belirtilirken bu sayının 2030 yılında 438 milyona ulaşması beklenmektedir (56).

Diyabetin görülme oranı; gelişmekte olan ülkelerde 45-64 yaş grubunda, gelişmiş ülkelerde ise 65 yaş ve üzeri bireylerde daha fazladır. Amerika'da 65 yaş üzerinde diyabet görülme sıklığı 5 kişiden 1'ini (%18.7) etkilemektedir (1). Ülkemizde yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP-II) çalışmasına göre 20 yaş ve üzeri yetişkinlerde diyabet sıklığının %13.7 olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada bilinen diyabet ve yeni diyabet tanısı oranlarının birbirine yakın olduğu (%55 ve %45), diyabet görülme sıklığının erkeklerde kadınlardan düşük olduğu saptanmıştır (88). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 2009 yılında yayınlanan verilerine göre ülkemizde 65 yaş ve üzeri bireylerde diyabetin görülme oranı %22'dir (75). Yaşam süresinin uzaması diyabetin daha fazla görülmesine neden olmaktadır (61).

Yaşlı bireylerde diabetes mellitusa yatkınlık artmaktadır. Bu duruma genetik yapı, yaşlanmayla insülin salgısında azalma, insülin direnci gelişimi, yağ dokusunun artması, fiziksel aktivitenin azalması, ilaçlar gibi birçok faktör neden olmakta ve bu faktörler yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (14). Diabetes Mellitus, akut metabolik komplikasyonlarının yanı sıra retinopati, nefropati, diyabetik ayak, otonom nöropati, cinsel fonksiyon bozukluğu gibi kronik komplikasyonlarla seyreden, morbidite ve erken mortalite riski yüksek bir hastalıktır (7). Yaşlı diyabet hastalarında da kardiyovasküler hastalıklar, periferik damar hastalıkları, diyabetik komplikasyonlar ve bunlara bağlı morbidite ve mortalite oranları sıktır. Ayrıca yaşlı bireyler hiperglisemik hiperozmolar nonketotik koma ve hipoglisemi gibi acil tedavi gereken akut metabolik komplikasyonların gelişimine daha yatkındır (14).

Komplikasyon gelişiminin önlenmesi ve yaşam kalitesinin bozulmaması için, tanı konulduğu andan itibaren diyabetli bireylerin yeni bir yaşam biçimi oluşturmaları beklenir. Yaşlı diyabet hastalarında bakım ve tedavinin temel amaçları arasında akut metabolik komplikasyonların önlenmesi, kardiyovasküler risk faktörlerinin tedavisi ve komplikasyonların önlenmesi yer almaktadır (14).

Diyabet tedavisinde beslenme, egzersiz, ilaç kullanımı, eğitim ve kan şekeri izlemi tedavinin temel taşlarını oluşturmaktadır (8). Yaşlı bireylerde, diyabetin tedavi ve bakım süreci; fizyolojik değişimler, yaşam biçimi, alışkanlıklar, çevre koşulları ve

sosyal destek sistemlerindeki değişiklikler nedeniyle farklılık gösterebilmektedir. Tedavide ilk yaklaşım olarak hastanın var olan fizyolojik ve tıbbi durumu ile yaşa bağlı değişikliklerin ve hastalıklarının diyabet ve tedavisi üzerine etkisini kapsamlı bir şekilde değerlendirmek yer alır. Kapsamlı değerlendirme sonucunda yaşlı bireyin diyabet tedavisi, ilaç kullanımı, diyet ve egzersiz açısından bireysel ve ayrıntılı bir şekilde planlanmalıdır (27).

Yaşlı bireylerde kronik hastalık sayısının fazla olması ve buna bağlı çok sayıda ilaç kullanımı nedeniyle ilaç tedavisi dikkatli bir şekilde düzenlenmelidir (27). Ayrıca ilaçların emilim, dağılım, metabolizma ve atılımındaki değişiklikler nedeniyle insülin ve oral antidiyabetik ilaçların kullanımı yaşlılarda özen gerektirmektedir (23). Bunların yanı sıra yaşlıların çoğunlukla yalnız yaşamaları ve görme sorunlarının olması ilaçların düzenli kullanılmasını etkileyebilmektedir (27). Yaşlı diyabet hastaları yaşlanma ile oluşan tat ve koku duyusunda azalma, bilişsel ve fonksiyonel becerilerde gerileme nedeniyle tıbbi beslenme tedavisini uygulamada güçlükler yaşayabilirler (23,27). Tedavinin bir diğer basamağı olan egzersiz yaşlanma ile birlikte kuvvet, kas dokusu ve fiziksel beceride ilerleyici azalma ve fiziksel engeller gibi değişimler nedeniyle yaşlı bireyler tarafından düzenli olarak gerçekleştirilemeyebilir (34). Sonuç olarak, yaşlı bireylerde artrit, tremor ya da enjektörü tek elle tutmada güçlük yaratan beceri sorunları, öz bakım yeteneklerini etkileyen bilişsel ya da psikososyal değişiklikler (hafıza kaybı, konsantrasyon ya da reaksiyon azalması, demans, depresyon vb.), hastanın eğitimine engel olabilen işitme yetersizlikleri, yetenekleri etkileyebilen dokunma duyusunda azalma, kapiller kan glikoz izlemine yapmada zorluk oluşturan periferik vasküler hastalık gibi nedenlerle işlevsel, bilişsel ve duyuusal yeteneklerde oluşan değişiklikler diyabet bakım ve tedavisini olumsuz şekilde etkilemektedir (34).

Bireylerin yaşam biçimi ve alışkanlıklarında değişiklik gerektiren diyabet gibi kronik hastalıklarda davranış kazandırma ve sağlığı geliştirmek için eğitim öncelikli bir konudur. Davranış değişikliği oluşturmak üzere yapılacak eğitim planlamalarında öncelikle kişinin sağlığını ve hastalığının ciddiyetini nasıl algılandığının değerlendirilmesi gerekmektedir (58). Diyabetli hastanın, günlük diyabet yönetimini başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmesi için yeterli bilgi beceri ve olumlu tutumlara sahip olması gerekmektedir. Hastaların kendi sağlıklarına özellikle de kendi

tedavisine ilişkin inançları, tutum ve davranışları diyabet tedavisinin temelini oluşturmaktadır (52). Bireylerin sağlık ve tedaviye ilişkin inanç, tutum ve davranışlarının belirlenmesinde kullanılan Sağlık İnanç Modeli yaklaşımına göre, bireyin sağlığı ve hastalığıyla ilgili öznel algılamaları onun davranışlarını etkilemektedir. Özellikle kendi sağlığı, hastalığın ciddiyeti ve yapılan önerileri yararlı bulup bulmamasına ilişkin inanç ve tutumlarının, kişilerin hastalığına ilişkin düzenlemelere aktif katılımını etkilediği, bunlar göz ardı edildiğinde ise yapılan girişimlerin sonuçsuz kaldığı bildirilmektedir (58). Yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, öğrenim düzeyi, diyabetin tipi ve süresi gibi değişkenlerin hastalığın ciddiyetini algılamayı, tedavi ve önerileri yararlı görmeyi etkileyebileceği bildirilmiştir (38,109).

Sağlık davranışlarının açıklanması için kullanılan Sağlık İnanç Modeli, esas olarak bir hastalıktan kaçınmanın ya da sağlıklı olmanın kişi açısından değeri ve o kişinin belirli bir davranışının hastalığı önleme ya da sağlığı iyileştirmeye yol açacağı beklentisi üzerine kurulmuştur (44,86). Kişinin inançlarına, kültürüne ters düşen tutum ve davranışları benimsemesi oldukça zordur. Sağlıkla ilgili eylemleri yapmaya ya da yapmamaya kişiyi neyin motive ettiği, bireylerin kendi sağlıkları ile nasıl ilgilendikleri, bakım ve tedaviye yaklaşımlarına ilişkin davranışlarını ortaya koymak amacıyla sağlık inanç modelinden yararlanıldığı görülmektedir (86). Literatürde yer alan sağlık inanç modeline ilişkin çalışmaların farklı hastalık gruplarını kapsadığı görülmektedir. Sağlık inanç modeli kavramı ile tanımlanan ve astım hastalarının tedaviye uyumunu etkileyebilecek algı ve tutumlarının incelendiği Çimen ve diğ. (2012)'nin araştırmasında; hastaların genel olarak hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için gösterdikleri algı ve tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır (30). Bu çalışmada; hastaların sosyo-demografik özelliklerinin sağlık inanç modeli kavramında yer alan olumlu tutum geliştirme ve aldıkları tedavinin etkinliğine olan inançlarında önemli bir farklılık oluşturmadığı bulunmuştur (30).

Ülkemizde diyabet hastaları ile yapılan bir çalışmada diyabetin tipine ve cinsiyete bağlı olmadan genelde diyabetlilerin mevcut sağlıklarını orta düzeyde yorumladıkları, diyabeti ciddi olarak algılamaları ve önerilenleri yararlı bulmalarına karşın, önerilenleri daha az uyguladıkları sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca aynı

çalışmada genç yaşlarda sağlığın daha iyi olarak yorumlandığı ve yaşlanmayla birlikte diyabeti algılama ciddiyetinin arttığı belirlenmiştir (3). Özcan (1999) araştırmasında, olumsuz tutuma sahip olan hastaların diyabet bakımında daha fazla engelle karşılaştıklarını ve olumlu tutuma sahip olanlara göre de bakımlarının yetersiz olduğunu gözlemiştir (79). Literatürde, olumlu tutuma sahip bireylerin glikoz kontrollerinin, öz bakım becerilerinin ve diyabet hakkındaki bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu vurgulanmaktadır (29,32,79,92). Daniel ve Messer, hastalıkla ilgili engel algısı düşük, ciddiyet algısı yüksek olan hastaların metabolik kontrollerini sağlayabildiklerini ve tedaviye daha iyi uyum gösterdiklerini belirlemişlerdir (32). Bu sonuçlar, bireylerin hastalıkla ilgili tutumunu ya da inancını değerlendirmenin olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ve metabolik kontrolün sağlanmasında önemli olduğunu göstermektedir (13,89,97).

Sağlık inanç modelinden, bireyleri sağlıkla ilgili eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini, bireylerin kendi sağlıkları ile nasıl ilgilendiklerini, bakım ve tedaviye yaklaşımlarına ilişkin davranışlarını belirlemek amacıyla yararlanılmaktadır (86). Bu model, sağlık ekibine hastaların tedaviye uyumsuzluğunun olası nedenlerini ve girişimlerinin değiştirilebileceğini göstermektedir. Sağlık ekibi içinde tedavi izlemi ve bakımın yürütülmesinde anahtar rolü olan hemşirelerden bireylerin sağlıkla ilgili davranış değişikliklerini başarılı bir şekilde başlatmaları ve sürdürebilmeleri ve eğitim, danışmanlık rolleri ile hastaların kendi bakımlarını üstlenmelerini sağlamaları beklenmektedir. Bireyin hastalığı ile baş etmesi, kendi bakımını üstlenmesi, komplikasyonların önlenmesi, tedaviye uyumun sağlanması ve bu konuda stratejilerin geliştirilmesi için hastaların inanç ve tutumlarını içeren bilgilere sağlık ekibinin gereksinimi bulunmaktadır (76,97). Diyabet hizmetlerinin sunumunda hemşirenin diyabetli hastada sağlığı geliştirme ve yaşam kalitesini yükseltmede önemli bir ekip elemanı olduğu bütüncül bir yaklaşımla terapötik etkileşime girmelerinin, hastanın diyabeti anlamasını ve diyabete uyumunu arttıracakları vurgulanmaktadır (69). Özellikle yaşlı nüfusun dünyada ve ülkemizde giderek artması, yaşlı bireylerde diyabetin yönetiminin genç erişkinlere göre farklılık göstermesi ve bu alanda yeterli çalışmaların bulunmaması nedeniyle hemşirelik bakım hizmetlerinin yönlendirilmesini sağlamak için araştırmalara gereksinim vardır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, yaşlı diyabetli hastaların hastalık ve sağlığa ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

- Yaşlı diyabetli bireylerin sağlık inanç modeline göre olumlu ve olumsuz tutumları nasıldır?
- Yaşlı diyabetli bireylerin sağlık inanç modeline göre sosyo-demografik değişkenler ve hastalıkla ilgili değişkenler aısından dağılımı nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Kavramı ve Yaşlı Nüfusu

Sağlık alanındaki teknolojik ve bilimsel gelişmeler, hastalıkların önlenmesi, gelişmiş tanı ve etkin tedavi olanakları ile erken dönemde tedavinin sağlanması tüm dünyada ölüm hızını azaltmış ve toplam nüfus içinde 65 yaş ve üzerindeki nüfus oranı artmıştır (2).

Biyolojik bir olay olan yaşlanma; döllenme ile başlayan ve hayat boyu devam eden bir süreçtir. Organizmada molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan yaşlanma, geri dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin bir sonucudur (46).

Yaşlılık, insan yaşamının en duyarlı ve kaçınılmaz bir dönemidir. Standart bir tanıma sahip olmayan yaşlılık fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik boyutu olan karmaşık bir kavramdır. Normal yaşlanma, “hastalık söz konusu olmaksızın zamanın geçişine bağlı olarak anatomik yapıda ve fizyolojik işlevlerde değişikliklerin yaşanması” olarak tanımlanmaktadır (19). Fizyolojik boyutuyla yaşlılık, kronolojik yaşla birlikte görülen değişimleri ifade ederken; psikolojik boyutuyla yaşlılık, algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini ifade etmektedir. Sosyolojik açıdan yaşlılık ise toplumdan topluma değişen, zaman içinde edinilen sosyal özellik, sosyal konumların ve sosyal yönlerin değişmesi olarak tanımlanmaktadır (19).

Yaşlılık fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik boyutlarına ilişkin tanımlarının yanı sıra ekonomik ve kronolojik yaşlılık olarak da değerlendirilmektedir. Ekonomik boyutuyla yaşlılık parasal koşullardaki değişikliklerin etkisi ile yaşlı kişinin yaşam tarzının değişmesi olarak tanımlanmaktadır. Kronolojik yaşlılık ise; geçen zamana göre, birer yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımıdır (51).

Dünya Sağlık Örgütü 1989 yılında, yaşlılığın başlangıcı olarak 65 yaş ve üzerini kabul etmiş ve yaşlı nüfusu kendi içerisinde alt gruplara ayırarak 65-74 yaş grubu “genç yaşlılık”, 75-84 yaş grubu “ileri yaşlılık”, 85 yaş ve üzeri yaş grubu “çok ileri yaşlılık” olarak sınıflandırmıştır (77,111). Genel olarak Dünya Sağlık Örgütü yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı dikkate almakla birlikte yaşlılığı

“çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak tanımlamaktadır (111).

Toplumlar için de yaşlılıktan söz edilmektedir. Genel nüfus içindeki 60-65 yaş grubu yüksek olan gruplarda toplum yaşlanmasından söz edilir. 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %4'den az olan toplumlar “genç toplum”, %4-7 olan toplumlar “olgun toplum”, %7-10 olan toplumlar “yaşlı toplum” ve %10'un üzerinde olan toplumlar “çok yaşlı toplum” olarak tanımlanmaktadır (102).

Tüm dünyada doğum oranındaki düşüşle birlikte yaşam standartlarının iyileşmesine bağlı olarak insan ömrünün uzamasıyla yaşlı nüfusu da giderek artmaktadır (112).

Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre, 2000 yılında 600 milyon ile %7 olan 60 yaş ve üstü kişi sayısının, 2025'te 1.2 milyar ile %10'a, 2050'de ise 2 milyar ile %16'ya çıkacağı tahmin edilmektedir (112).

Amerika'da 65 yaş ve üzeri kişi sayısı 2000 yılında yaklaşık 35 milyon ile %12.7 iken, 2050 yılında 82 milyon ile %20.3'e çıkacağı beklenmektedir (112). Avrupa'da ise 2010 yılında 87.5 milyon olan 65 yaş ve üzeri kişi sayısının 2060 yılında 152.6 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (99).

Ülkemizde 1970 yılından itibaren 65 yaş ve üzerindeki nüfusun toplam nüfus içindeki payı artmıştır. Bu grubun toplam nüfus içindeki payı 1940 yılında %3.5 iken, 1985 yılında %4.2'e, 2011 yılında ise %7.3'e çıkmıştır (103). Yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranının 2050 yılında %22'ye, yaklaşık 16 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (103,105). Yapılan nüfus projeksiyonları ülkemizin gelecek 20 yıl içinde yaşlı bir topluma sahip olacağını ortaya koymaktadır.

2.2. Yaşlılık ve Kronik Hastalıklar

Yaşlılarda görülen sağlık sorunlarının yaş ilerledikçe arttığı ve sık görülen sağlık sorunlarının fizyolojik değişimlere bağlı hareket sistemi ile ilgili sorunlar, görme ve işitme problemleri gibi sorunların yanı sıra, hipertansiyon, kalp-damar sistemi hastalıkları, bazı kanserler, diyabet, kronik akciğer hastalıkları gibi daha ciddi hastalıklar olduğu belirtilmektedir (18,31). Yaşlılık döneminde özellikle kronik hastalık sıklığının artması yaşlı bireylerin daha sık hastalanmalarına, daha fazla sorun ile yaşamak zorunda kalmalarına dolayısıyla sağlık merkezlerine daha sık

başvurmalarına ve uzun süre hastanede yatmalarına neden olmaktadır (39,42,48). Bu sorunlar yaşlılık dönemi içinde önemli morbidite ve mortalite nedenleri olarak ortaya çıkmaktadır (18,31).

Kronik hastalıklar uzun süren, bulaşıcı olmayan, kendiliğinden gerilemesi ve tamamen iyileşmesi mümkün olmayan, sosyo-ekonomik ve genetik etkenlerin rol oynadığı, işlev bozukluğu ve sakatlığa yol açabilen uzun dönemli sağlık problemleridir (73). Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalıkları kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum hastalığı, diyabet ve mental bozukluklar, kemik ve eklem bozuklukları ve genetik sorunları içeren diğer durumlar olarak tanımlamaktadır (114). Kronik sağlık sorunlarının oluşmasında aile hikayesi ve genetik özellikler gibi yapısal bazı özellikler ile çevresel faktörler ve kişisel davranışlar önemli rol oynamaktadır (17).

Toplumun yaşlanması ile yaşanan nüfusun gereksinimleri değişmekte, sağlık bakım ve sosyal hizmet gereksinimleri artmaktadır. Yaşlı nüfusun genç nüfusa göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığı bilinmektedir. Yaşlıların %80'inde en az bir ve %50'sinde ise iki kronik hastalık olduğu bildirilmektedir (45). Ülkemizde yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üzerindeki kişilerin %90'ının genellikle bir kronik hastalığı olup, bunların %35'inde iki, %23'ünde üç ve %15'inde de dört ya da daha fazla hastalık bir arada bulunmaktadır (100).

Batı toplumlarında, nüfusun %15'ini oluşturan yaşlı nüfusun hastaneye yatışların %50'sinden fazlasını oluşturduğu ve bu grubun sağlığa ayrılan kaynakların da %40'ını tükettiği saptanmıştır (100). Amerika' da 65 yaş ve üstü kişilerin sağlık bakım harcamaları 40 yaşındaki kişilere göre dört kat fazla olup, 2030 yılına kadar %25 oranında artacağı hesaplanmaktadır (45).

Dünya Sağlık Örgütüne göre dünyada tüm ölümlerin %60'ı kronik hastalıklar nedeni ile olmaktadır. Bu ölümler arasında kalp-damar hastalıkları birinci sırada; kanserler ikinci sırada; kronik solunum yolu hastalıkları üçüncü sırada ve diyabet dördüncü sıradadır. Pek çok ülkede mortalite sebepleri içinde ilk sıralarda yer alan kronik hastalıkların sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan ülkelere yüksek risk faktörleri nedeniyle daha çok etki yarattığı bilinmektedir (104).

Ülkemizde de tüm ölümlerin yaklaşık %79'u kronik hastalıklar nedeni ile olmaktadır. Temel hastalık gruplarına göre ölüm nedenlerine bakıldığında ölümlerin

yaklaşık %48'inin kalp damar hastalıkları; %13.1'inin kanserler; %8'inin solunum sistemi hastalıkları nedeni ile olduğu görülmektedir. Altmış yaş üzeri ölüme neden olan ilk on hastalık değerlendirildiğinde ilk üçü sırasıyla iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar ve kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır (12).

Kronik hastalığı olan yaşlıların günlük yaşamlarındaki banyo yapma, alışveriş yapma, giyinme ve yemek yeme gibi temel aktiviteleri sınırlanmaktadır (45,47). Ayrıca, yaşlıların sağlık sorunlarını daha az farkına varması, semptomları inkar etme ya da şikayetlerini ifade etme güçlüğü, sağlık personeline yeterli ilgi gösterilmemesi, yakınmaların olağan sayılması ve sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşadıkları sorunlar, gençlere göre öğrenim düzeylerinin düşük olması gibi faktörlerin yaşlılıktaki sağlık sorunlarının yükünü artırdığı düşünülmektedir (98). Artan sağlık sorunlarının yükü, kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerin uzun dönem bakım hizmetlerine duyulan gereksinimini artırmakta ve ek sağlık sorunlarının oluşumuna neden olabilmektedir. Kronik hastalıkların yarattığı sağlık bakım yükünü azaltmada temel yaklaşım sağlık sorunlarının ve komplikasyonlarının önlenmesidir (45,47).

2.3. Yaşlılarda Diyabetes Mellitus

2.3.1. Yaşlılarda Diyabet Prevalansı

Diyabet, ülkemizde, dünyada ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde, görülme sıklığı giderek artan, komplikasyonları nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (24,35,106).

Uluslararası Diyabet Federasyonunun 2009 yılında yayınladığı "Diyabet Atlası"na göre dünyadaki diyabet nüfusu 285 milyon olarak belirtilirken bu sayının 2030 yılında 438 milyona ulaşması beklenmektedir (56). Diyabetin görülme oranı; gelişmekte olan ülkelerde 45-64 yaş grubunda, gelişmiş ülkelerde ise 65 yaş üzeri bireylerde daha fazladır. Amerikan Ulusal Diyabet Kataloğu 26 Ocak 2011 verilerine göre Amerika'da 65 yaş ve üzerinde diyabet görülme oranı %26.9' dur (33).

Ülkemizde yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP-II) çalışmasına göre 20 yaş ve üzeri yetişkinlerde diyabet sıklığının %13.7 olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada bilinen diyabet ve yeni diyabet tanısı alma oranlarının birbirine yakın olduğu (%55 ve %45), diyabet görülme sıklığının

erkeklerde kadınlardan düşük olduğu saptanmıştır. Bölgesel diyabet prevalansı Kuzey Anadolu'da %14.5 ile en az, Doğu Anadolu'da ise %18.2 ile en fazladır (88). TEKHARF çalışmasının 2009 yılında yayınlanan verilerine göre ülkemizde 65 yaş üzeri bireylerde diyabetin görülme oranı %22'dir (75). Yaşam süresinin uzaması diyabetin pandemik yapısının daha da büyümesine yol açmaktadır (61). Bu nedenle yaşlı gruptaki önemi daha da artmaktadır. Yaşlıda kesin tanı almış diyabet oranı %7-10'dur. Bu değer, toplumdaki tüm diyabet hastalarının yaklaşık %40'ıdır. Ayrıca yaşlı bireylerin %10'unun henüz tanı almamış olduğu, bu nedenle de gerekli tedavinin uygulanmaması sonucunda diyabete bağlı morbidite ve mortalitenin daha yüksek olduğu varsayılmaktadır (16,115).

2.3.2. Yaşlılarda Diyabetin Fizyopatolojisi

Diabetes mellitus, insülin hormon sekresyonu, insülinin etkisi veya her ikisindeki bozukluklardan kaynaklanan, özellikle hiperglisemi ile karakterize, karbonhidrat, lipid ve protein metabolizması bozuklukları ve hızlanmış aterosklerozla birlikte mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlarla seyreden kronik, metabolik bir hastalıktır (116).

Yaşlılık döneminde sıklıkla tip 2 DM görülmekle birlikte, diyabet fizyopatolojisi erişkin döneme göre pek çok yönden farklılık göstermektedir (16). Yaşlanma ile DM gelişiminde etkili olan faktörler arasında; genetik yapı, yaşlanmayla birlikte insülin salınımında azalma, insülin direnci gelişimi, yağ dokusunun artması, fiziksel aktivitenin azalması ve ilaçlar (tiyazid, glukokortikoid vb.) yer almaktadır. Yaşlılık döneminde sıklıkla tip 2 diyabetin görülmesi nedeniyle pankreatik beta hücrelerinde otoimmün harabiyetin nadiren görülmesi, total beta hücre kütesinin korunması, insülin salınımında azalma ve postreseptör defekt ile gelişen insülin direncine bağlı glukoz toleransında bozulma gibi fizyolojik süreçler diyabet gelişiminde farklılık oluşturmaktadır (90). Ayrıca, yaşlı bireylerde diyabet hastalığına ilişkin yapılan çalışmalarda insülin etkisinde azalmanın yaş, vücut kompozisyonundaki değişim ve fiziksel aktivite değişimi ile ilişkisi tartışılmaktadır. Literatürde insülin direnci gelişimine vücut yağ oranının artışı ile kas kütesindeki azalmanın da etki ettiği belirtilmektedir (90).

2.3.3. Yaşlılarda Diyabet Tanısı ve Belirtileri

Yaşlılarda diyabet belirtileri genç erişkinlerde gözlenen tipik klinik tablodan oldukça farklı olup klinik prezentasyonu çeşitlilik göstermektedir. Yaşlılık döneminde poliüri, polidipsi gibi diyabetin klasik semptomları çok belirgin seyretemeyebilir. Yaşlı bireyde izlenebilecek diyabet semptomları konfüzyon ve halsizlikten sık idrara çıkmaya kadar geniş bir alana sahiptir. Yaşlıda diyabet nedeniyle sağlık kuruluşuna ilk başvuru diyabetin komplikasyonları ile olabilir (23,93). Yaşlı bireylerde diyabet kilo kaybı, kronik enfeksiyon (cilt, genitoüriner, ağız vb.), kognitif fonksiyonlarda değişim gibi bulgularla da ortaya çıkabilmektedir.

Yaşlanma ile ortaya çıkan glikozun renal eşik değerinin artması, reseptör duyarlılığındaki azalma ile ilişkili susama duyusunda azalma gibi fizyolojik değişiklikler tabloyu erişkinlik dönemine göre farklılaştırmaktadır. Ancak, yaşlılık döneminde diyabet tanı kriterleri erişkin dönem ile benzerdir (23). Amerikan Diyabet Birliği'nin 2003 yılında revize edilen tanı kriterleri;

- İki farklı zamanda açlık kan glikoz değeri ≥ 126 mg/dl veya daha yüksek olması,
- Diyabete ait herhangi bir semptomla birlikte rastgele glikoz değeri ≥ 200 mg/dl ya da,
- İki saatlik oral glikoz tolerans testi (OGTT) ≥ 200 mg/dl ile diyabet tanısı konulmaktadır (20,23).

Yaşlılık döneminde diyabetin belirgin belirti vermemesi nedeniyle risk faktörleri iyi tanımlanmalı ve diyabet açısından yaşlı bireyler taranmalıdır. Erken tanı bu nedenlerle önemli bir yer tutmakta ve mortaliteyi azaltmaktadır (70).

2.3.4. Yaşlılarda Diyabet Tedavisi ve Bakımı

Diyabet tedavisi ve bakımında hedeflenen sonuçlar; hastanın bireysel yönetimini sağlayabilmesi, metabolik kontrolünün iyileşmesi, komplikasyonların ortaya çıkışının veya ilerlemesinin engellenmesi ve sağlık düzeyinin yükseltilerek yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir (93). Yaşlılık döneminde de diyabetin yönetiminde üç temel amaç; yüksek kan glikozu ve belirtilerin kontrolü, diyabetin neden olduğu komplikasyonların ve herhangi bir komplikasyonun tanımlanması veya tedavisidir (37). Diyabet tedavisinin etkili olarak sürdürülmesinin ve diyabete bağlı

komplasyonların izlenmesi için kullanılan HbA1c'nin yaşlılarda hedef değerinin <%7 civarında olması beklenmektedir (37).

Diyabetli yaşlıda tedavi hedefleri; hastanın işlevsel durumu, sosyal ve maddi destek durumu, beklenen yaşam süreci ve tedavi için hastanın kişisel isteklerinin değerlendirilmesini kapsamalıdır (23). Tedavi planı kişilerin yaşam tarzı, alışkanlıkları, çevre koşulları ve sosyal destek sistemleri göz önüne alınarak bireyselleştirilmelidir.

Diyabetli yaşlıda tedavi ve bakımı etkileyen faktörler içinde;

- Düzensiz ve az beslenme
- Mental durumda hipoglisemiği algılamada sorun yaratacak değişiklikler
- Çok sayıda ilaç kullanıyor olma ve ilaçları düzenli kullanmama
- Hipoglisemi semptomlarının birlikte bulunan diğer hastalıklar nedeniyle maskelenmesi veya tanınmasında zorluk olması
- Başkalarına bağımlılık veya yalnız yaşama nedeniyle hipogliseminin hızlı tedavi edilememesi
- Karaciğer veya böbrek metabolizmasının bozuk olması
- Demans, deliryum, depresyon, uyku bozuklukları, konvülsiyonlar, miyokard enfaktüsü, serebrovasküler olaylar vb. gibi faktörler sayılabilir (93).

Ayrıca; yaşlı bireylerde temel ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin, bilişsel fonksiyonların ve var olan diğer kronik hastalıkların varlığı yaşam biçimi değişikliklerinin aktif olarak uygulanmasına engel olabilmektedir (72). Yaşam biçimi değişiklikleri ile hedef kan glikozu düzeyine ulaşılmadığında, oral antidiyabetik veya insülin kullanımı tercih edilebilmektedir (16,93). Beslenme tedavisinde temel amaç, kalori alımını azaltmak, kilo kontrolünü sağlamak ve lipit düzeyini düzenlemektir. Yalnız beslenme tedavisi ile diyabetli yaşlıların yaklaşık %10-20'si kontrol edilebilmektedir. Uygun beslenme kalp hastalığı ve inme gibi diyabetin sık görülen komplasyon riskini azaltabilmekte ve sağlığı geliştirmektedir (27,37). Egzersiz diyabet tedavisinde ve hastalıktan korunmada etkin bir uygulamadır. Egzersiz alınan besinlerin kas dokuları tarafından kullanılmasını hızlandırmakta, kan şekerini düşürmektedir. Yaşlı bireye egzersiz programı hazırlanması için iyi bir sistemik muayene yapılmalı, kan şekeri ayarının durumu iyi yapılmalı, mikrovasküler ve

makrovasküler komplikasyonlar araştırılmalı, aynı zamanda hastanın sosyal olanaklarına uygun programlar önerilmelidir (101).

Yaşlılık döneminde oluşan fizyolojik değişikliklerin yanı sıra yaşlı bireylerin hastalık ve sağlığa ilişkin inanç ve tutumları hastalık yönetimini etkileyebilmektedir. İnançlar; iç dünya ile ilgili algı ve tanımların meydana getirdiği sürekli duygular olarak tanımlanırken; tutumlar organize olmuş uzun süreli duygu, inanç ve davranış eğilimleri olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin inanç ve tutumları davranış geliştirmeleri üzerinde etkilidir. Hastalık üzerinde sağlanan bireysel kontrol hastanın karar verme ve bakım sorumluluğunu üstlenmesini gerektirirken; diyabetli hastada iyi bir glisemik kontrol elde etme, hipoglisemilerin erken tanı ve önlenmesi, hastaneye yatışların azaltılması, kronik komplikasyonların azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli rol oynar (91).

2.4. Sağlıkla İlgili Davranış Modelleri

Sağlıkla ilgili davranış değişimini açıklamak için sağlık profesyonelleri çeşitli modellerden yararlanmaktadır. Bu modeller arasında davranış değişimini motive etmede özellikle “Sağlık İnanç Modeli” (SİM) ile “Sağlığı Geliştirme Modeli” öne çıkmaktadır (50,86).

2.4.1. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli, davranış bilimlerinden adapte edilen ilk modeldir. Birleşmiş Milletler Temel Sağlık Hizmetlerinde çalışan bir grup sosyal psikolog (Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock) tarafından 1950 yılında geliştirilmiştir (22,57,71,85,86). Bu model, sağlıkla ilgili davranışları açıklamak, incelemek ve bazı bireylerin hastalıklardan korunmada sorumluluk alırken, bazı bireylerin kendini korumada sorumluluk almayı neden başaramadıklarını anlamak amacıyla geliştirilmiştir (55,94).

Sağlık inanç modelini Rosenstock (1974), Becker ve Maiman (1975) bir kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişki olarak tanımlamışlardır. Model, bireylerin sağlıkları ile nasıl ilgilendiklerini ve tedavilerinin nasıl olacağını göstermektedir. Bu model hem sağlık davranışını hem de uyumluluğu açıklamaktadır (22,55,57,71,85).

Sağlık inanç modeli toplum sağlığını korumaya yönelik, sağlık davranışlarını kapsayan birçok alanda kullanılmıştır (71,94). Bireyin kendi kendine meme muayenesi yapması, servikal kanser için pap smear uygulaması, tüberküloz, hipertansiyonunun kontrol altında tutması, diyabetli bireylerin inançları, koroner kalp hastalığının önlenmesi gibi sağlığı korumaya yönelik alanlarda sıklıkla kullanılmaktadır (94).

Model dört temel bileşenden oluşmaktadır (Şekil 1).

1. Hastalıkla İlgili Bireysel Duyarlılık Algısı
2. Hastalıkla İlgili Algılanan Ciddiyet
3. Algılanan Yararlar
4. Algılanan Engeller

Hastalıkla İlgili Bireysel Duyarlılık Algısı: Her bireyin kendine yönelik bireysel algılamaları vardır. Bu algılamalar bireyin sağlığına yönelik tutumlarını etkilemektedir (44,86). Kişinin hastalık ya da sağlık konusunda kendisini nasıl algıladığı ve hissettiğidir. Eğer bir kişi hastalık ile ilgili bir durum geliştiğinde değişimleri değerlendirebiliyorsa bu eyleme geçmedeki davranışlarını da etkileyecektir. Bireysel algılama, koruyucu sağlık davranışları açısından oldukça önemli bulunmuştur (84).

Hastalık ile İlgili Algılanan Ciddiyet: Koruyucu sağlık davranışların kazanılmasına yardımcı faktörlerden biri de hastalığın bir tehdit olarak algılanmasıdır. Kişinin bir hastalık ya da bir durumla karşılaştığında durumun nasıl sonuçlanacağını, tedavisinin nasıl olacağını ve bu durumun ne kadar ciddi bir durum olduğunu değerlendirebilmesidir (44,86). Örneğin; diyabetli bir bireyin hastalığının kendisinde fiziksel yetersizlik, sosyal kısıtlama ya da ağrı gibi çeşitli sorunlara neden olabileceği algılanması onun davranışlarını etkileyecektir (44).

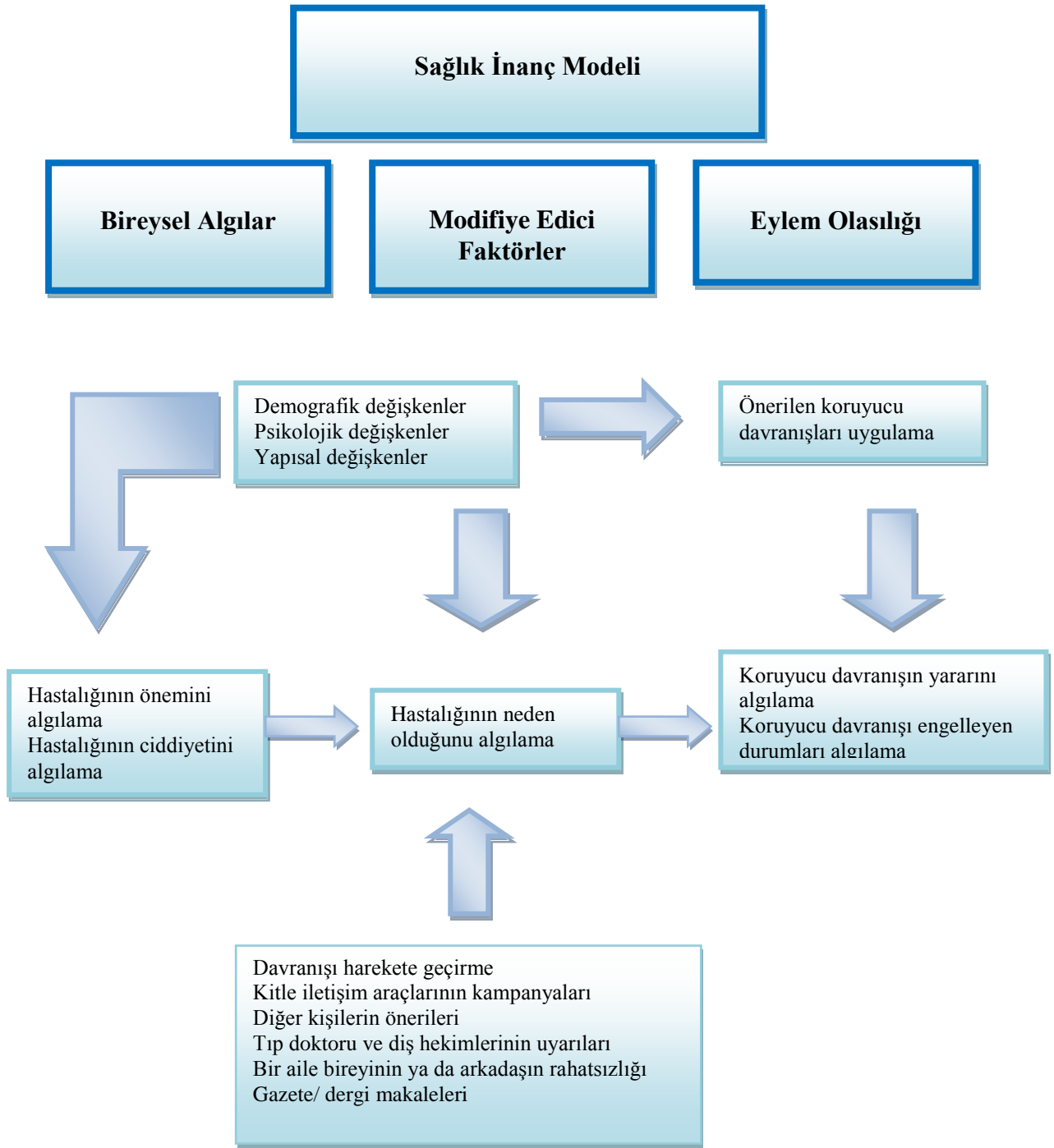
Algılanan Yararlar: Bir kişinin herhangi bir hastalığın riskini azaltabilecek önerilen eylemlerin ne kadar iyi olabileceğini değerlendirebilmesidir (13,71, 86). Bireylere koruyucu çalışmaların yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilebilir. Böylece kişilerde sağlık ile ilgili tutum ve davranışlar ve koruyucu sağlık uygulamaları yapmanın yararıyla ilgili bilinç alanını geliştirmek mümkün olacaktır.

Algılanan Engeller: Bir kişinin herhangi bir hastalık durumunda, girişimlerin maliyeti, ya da önerilen eylemlerin ne kadar zor olabileceğini düşünmesi bu

girişimleri gerçekleştirmesini etkileyecektir (86). Örneğin, sağlığı tehdit eden bir davranış konusunda kendisinin değişmeyeceğine inanma, ya da o hastalıktan kurtulamayacağına inanmak bir engel algısıdır (44).

Bu model, diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminde sıklıkla kullanılmaktadır. Diyabetli bireylerin sağlık inançları, sağlık davranışlarını etkileyen önemli bir faktör olarak ele alınmaktadır. Tip 2 diyabetin etkili yönetimi ve kontrolü, davranış uyumunu gerektirmektedir. Diyabetli hastalarda bu modelin kullanıldığı çalışmalarda, kişilerin hastalığa ilişkin sağlık inanç ve tutumları ile tedavinin gerekliliği için tanımlanan davranış uyumu arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (38). Bireylerin diyabet hastalığına karşı algıladığı ciddiyeti, yapılan önerileri yararlı bulup bulmamasına ilişkin inanç ve tutumları, hastalığına ilişkin düzenlemelere aktif katılımını etkilediği gözlenmiştir (38). Kendisinde var olan diyabet tipinin diğer diyabet tiplerine göre daha hafif olduğunu düşünen ve hastalığını önemsemeyen diyabetli bireyin öğrenme motivasyonu düşük olacağından bu hastada ilk olarak ele alınması gereken konu inanç ve tutumları olmalıdır (55,86).

Hastalık sürecinin kontrol altına alma ve komplikasyonu önlemede bireyin hastalığa uyumu önemlidir (55). Yapılan çalışmalarda hastaların metabolik kontrol ile diyabet tutumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu, HbA1c'si yüksek olan hastaların genel diyabet tutumunun olumsuz olduğu gözlenmiştir (32). Kan basıncı yüksek olan hastaların da diyabet tutumunun olumsuz olduğu gözlenmiştir (11). Bu sonuçlar, bireylerin hastalıkla ilgili tutumunu ya da inancını değerlendirmenin olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve metabolik kontrolün sağlanmasında önemli bir parametre olduğunu göstermektedir (13,97).



Şekil 1. Sağlık İnanç Modeli (13)

Kaynak: Becker MH, Janz NK, (1985), The Health Belief Model Applied to Understanding Diabetes Regimen Compliance, The Diabetes Educator, 11 (1), 41-47.

2.5. Diyabet Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Diyabet yönetiminde disiplinlerarası ekip yaklaşımı başarıyı arttıran temel yöntemler arasındadır. Diyabetin interdisipliner bir ekip tarafından yönetilmesi, değişimi kolaylaştırarak, kaliteli hizmet olanağı sunmaktadır. Diyabet ekibi, hekim, hemşire, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık bakım profesyonelleri ile hastanın ailesi ve arkadaşlarından oluşmaktadır (6,40,54). İnterdisipliner yaklaşımda ekip üyeleri önceden belirlenmiş hedefler doğrultusunda farklı rol ve fonksiyonlara sahiptirler ve işbirlikçi bir anlayışla hizmet sürdürülmelidir (81).

Diyabet hizmetlerinin sunumunda hemşirenin diyabetli hastada sağlığı geliştirme ve yaşam kalitesini yükseltmede önemli bir ekip elemanı olduğu belirtilmektedir. Hemşirelerin aile ve hasta ile bütüncül bir yaklaşımla terapötik etkileşime girmelerinin, hastanın diyabeti anlamasını ve diyabete uyumunu arttıracakları vurgulanmaktadır (69).

Hemşirelerin diyabet bakımındaki rolleri; eğitim, destek ve danışmanlık olarak tanımlanmakta, gerek klinikte gerekse günlük yaşamı içinde diyabetli hastanın öz bakımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve desteklenmesi, ayrıca diğer sağlık çalışanları için eğitim ortamının hazırlanması hemşirenin sorumlulukları olarak ifade edilmektedir (69,81).

Amerikan Diyabet Birliği ve DSÖ diyabetin sağlık kaynaklarına getirdiği yükün fazlalığı nedeniyle hastalığın ve komplikasyonlarının önlenmesi ve tedavisi için yeni stratejilere gereksinim olduğunu St. Vincent Deklerasyonunda belirtmişlerdir (5).

Diyabet hemşirelerinin anahtar rolü, diyabetin önlenmesi amacıyla koruma düzeylerinde aktif olarak yer almanın yanı sıra; diyabetli bireyler için eğitimi koordine etme, planlama, uygulama ve değerlendirmedir (81).

Hemşirelerin;

- Primer koruma kapsamında; risk gruplarını tanılaması, diyabetin ortaya çıkmasının önlenmesine ve başlama yaşının geciktirilmesine yönelik faaliyetler planlaması
- Sekonder koruma kapsamında; hasta değerlerini, gereksinimlerini, öğrenme yeteneğini ve var olan kaynakları dikkate alarak, önerilen tedavinin yerine getirilmesi için eğitim programlarını planlaması, uygulaması ve değerlendirmesi,

komplasyonların önlenmesine yönelik öneriler konusunda hastaları eğitmesi ve yaşamları konusundaki karar ve uygulamalarında etkin olmalarını sağlaması

- Tersiyer koruma kapsamında; diğer sağlık bakım ekibi üyeleri ile işbirliği içinde hastaların bağımsızlıklarını sağlaması, sorumluluk ve öz güvenlerinin gelişmesine katkıda bulunması, rehabilitasyon sürecinde aktif olması beklenmektedir (83).

Amerikan Diyabet Birliği ve DSÖ, St. Vincent Deklerasyonunda diyabet hemşiresinin diyabet eğitimindeki rol ve sorumluluklarını aşağıdaki gibi tanımlamıştır. Diyabet hemşiresi;

- Eğitim programı içeriğini hazırlar ve eğitim materyallerini geliştirir.
- Grup eğitimi veya bireysel eğitim için programları organize eder, uygular, değerlendirir.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilişki içinde ve hastaları evlerinde ziyaret ederek eğitim ve bakım programlarını toplum sağlığı hizmetlerine adapte eder.
- Diyabetlilerle ilişkisi olan bireyler için (öğretmenler, sağlık ocağı hemşireleri gibi) eğitim programları geliştirir.
- Hastanede veya toplumda diyabetli bireyler için hizmetleri koordine eder.
- Bölgesel diyabet merkezlerindeki sağlık bakım elemanlarına kaynak ve danışman olur.
- Diğer meslek üyeleri ile ilişkiyi sağlar.
- Araştırmaya dayanan klinik uygulamalarda aktif olur, planlanan araştırmalara katılmak ve/veya bakımın etkinliğini değerlendiren bağımsız araştırmaları başlatmak zorundadır.
- Okullarda diyabetle ilgili her düzeyde eğitim programlarının geliştirilmesinde rol alır. Ayrıca hastanın bireysel bakımı, rol işlevleri yönünden özerkliğini koruması, ruhsal ve toplumsal sorunların çözümlenmesi, her hasta için bireysel destek sistemlerinin (aile, arkadaş, iş) ortaya konması ve işlevselliğinin artırılması konusunda çalışır (5).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, yaşlı diyabetli bireylerin hastalık ve sağlığa ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Polikliniğine başvuran tip 2 diyabetli yaşlı hastalarla yapılmıştır.

Ankara ilinde üniversite hastanelerine bağlı dört geriatri polikliniği bulunmaktadır. Hacettepe Üniversitesi, Ankara ilinde geriatri polikliniği bulunan hastaneler içinde günlük bakılan hasta sayısının en çok olduğu merkezdir. Geriatri ünitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde Ekim 2001 tarihinde kurulmuştur. Üniteye hizmet dört öğretim üyesi, bir hemşire, iki dahiliye uzmanı, bir diyetisyen ve iki sosyal hizmet uzmanı ile yürütülmektedir. Poliklinikte günde en az 25-30 hasta izlenmektedir. Geriatri hemşiresi hasta ve yakınlarının ön değerlendirmesini yapmakta, hasta ve yakınlarına hastalığına ilişkin ve genel sağlık konularında eğitim (osteoporoz, kronik hastalıklar, alzhemier vb.) ve danışmanlık hizmetlerini yürütmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Polikliniğine Haziran 2011- Haziran 2012 tarihleri arasında başvuran 65 yaş ve üzeri diyabet tanısı almış 999 hasta oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem kapsamına; 65 yaş ve üzeri, en az 1 yıl önce diyabet tanısı almış, iletişim sorunu olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler alınmıştır. Örneklem büyüklüğü, NCSS programı ile Kartal'ın yaptığı "Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına ve Diyabet Yönetimine Etkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışmasında elde edilen sağlık inanç modeli ölçeğinin hastalıkla ilgili algılanan duyarlılık algısındaki ortalama ve standart sapma değerleri (3.15 ± 0.74) ele alınarak %90 güçle %5 yanılma düzeyi ve 0.40 birimlik etkide; yıllık geriatri polikliniğine gelen 65 yaş ve üzeri diyabetik 999 hasta sayısına göre en az 60 hasta olarak hesaplanmıştır (62). Araştırmanın gücünü artırmak

amacıyla ve ön uygulama sonrasında veri toplama formlarında değişiklik yapılmaması nedeniyle araştırma kapsamında 70 hasta değerlendirilmiştir. Aynı etki büyüklüğü değeri ile çalışma sonrası güç analizi tekrarlandığında çalışmamızın gücü %94.2 olarak bulunmuştur.

3.4. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırmanın verileri “Tanıtıcı Bilgiler Formu” (Ek 1) ve “Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” (Ek 2) kullanılarak elde edilmiştir.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu (Ek 1)

Tanıtıcı Bilgiler Formu araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür incelenerek hazırlanmıştır (4,29,62,64,79). Form iki bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölüm; diyabetli hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgileri içermektedir. Diyabetli hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma statüsü, sosyal güvence, ekonomik durumu, yaşadığı yer ve birlikte yaşadığı kişileri içeren toplam dokuz sorudan oluşmaktadır.

İkinci bölüm de, hastaların hastalık ile ilgili değişkenlerine ilişkin sorular yer almaktadır. Bu bölüm, diyabetin süresi, tanısı, tedavi şekli ile ilgili bilgiler, kan şekeri ölçümü, egzersiz-diyet bilgileri, eğitim alma durumları ve eğitim gereksinimleri, doktor kontrolüne gitme sıklıkları, komplikasyon yaşama durumları, tedavi uyumları, başka kronik hastalık olma durumları, hastaneye yatma durumları, alkol-sigara kullanma durumları ve izlem sonuçlarını içeren toplam 21 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Ek 2)

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği 1994 yılında Schwab ve arkadaşlarının geliştirdiği Sağlık İnanç Modelinin 5 alt boyutu temel alınarak Tan tarafından (2004) geliştirilmiştir (97). Ölçek, diyabetli bireylerin hastalığa ilişkin sağlık inanç ve tutumlarını değerlendirmek ve sağlık davranışlarını incelemek amacıyla geliştirilmiştir.

Tan tarafından Çin toplumunda geliştirilen ölçek, algılanan duyarlılık (5 madde), algılanan ciddiyet (3 madde), algılanan yararlar (7 madde), algılanan

engeller (11 madde) ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler (10 madde) olmak üzere 5 alt boyuttan ve toplam 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmektedir. Derecelendirme kesinlikle katılmıyorum (1) - kesinlikle katılıyorum (5) şeklinde yapılmıştır. Algılanan duyarlılık alt boyutta yer alan madde 3 ve 4, algılanan engeller alt boyutta yer alan 16, 17,18, 19, 20, 21, 22, 23. maddeler ters kodlanmaktadır. Tüm ölçek için puan ortalaması, ölçekteki tüm maddelerin toplanarak toplam madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Ölçekten alınan puan dört ve üstü ise yüksek (pozitif/olumlu) sağlık inancını, puan dört'ten küçük ise düşük (negatif/olumsuz) sağlık inancını göstermektedir (97).

Ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tip 2 diyabetli hastalarda 2005 yılında Kartal ve Özsoy tarafından yapılmıştır (63). Toplam 352 Tip 2 diyabetli hastada yapılan çalışmada, ölçeğin madde toplam korelasyonlarına bakılmış ve bunun sonucunda algılanan duyarlılık alt boyutuna ilişkin madde 3 ve algılanan engeller alt boyutundaki madde 17 ile Madde 20 ölçekten çıkartılmıştır. Böylece 36 maddelik ölçek toplam 33 maddeye inmiştir. Yapılan faktör analizi sonucuna göre, ölçeğin beş alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Ölçeğin test-retest güvenilirliği 0.90 ve iç tutarlılık güvenilirliği cronbach alpha katsayısı 0.89 olarak hesaplanmıştır (63).

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri diyabetli 10 hasta ile 4-11 Temmuz 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra veri toplama formunda değişiklik yapılmadığı için ön uygulamaya katılan 10 hasta örneklem grubuna dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri diyabetli hastalar ile 16 Temmuz- 28 Eylül 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya, 65 yaş ve üzeri, en az 1 yıl önce diyabet tanısı almış, iletişim sorunu olmayan bireyler alınmıştır. Hasta dosyaları incelenerek

diyabetli yaşlı bireyler belirlenmiştir. Araştırma kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlı bireyler ile araştırmacı ayrı bir odada yüz yüze görüşme yöntemi ile verileri toplamıştır. Araştırma kapsamında alınan hastaların metabolik değişkenlerine ilişkin veriler, hasta dosyasında yer alan bir hafta öncesinde istenen rutin tetkik sonuçlarından elde edilmiştir. Araştırma öncesi hastalara araştırma konusunda bilgi verilerek araştırmaya katılma konusunda sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Uygulama sürecinde 18 hasta, zamanının az olması, acil bireysel gereksinimlerinin olması nedeniyle çalışmaya katılmayı reddetmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde sayısal değişkenler için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma veya ortanca (min-maks), niteliksel değişkenler için ise sayı ve yüzde tanımlayıcı istatistikleri kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen sayısal verilerin normal dağılım gösterme durumu Shapiro Wilks testi ile, varyansların homojenliği Levene's testi ile, niteliksel değişkenler bakımından gruplar arasında farklılık olup olmadığı ki kare testi ile değerlendirilmiştir.

İki grup arası sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları parametrik test varsayımlarının sağlanması durumunda bağımsız gruplarda t testi ile, sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U Testi ile yapılmıştır. İki'den fazla grup arasında sayısal değişkenlerin farklılıkların araştırılmasında parametrik test varsayımlarının sağlanması durumunda tek yönlü varyans analizi ve Welch varyans analizi kullanılmış, sağlanmaması durumunda ise Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalar parametrik test varsayımlarının sağlanması durumunda Tukey HSD ile, sağlanmaması durumunda Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U Testi ile yapılmıştır. İki sayısal değişken arasındaki ilişkiye değişkenlerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle Spearman Korelasyon Katsayısı ile değerlendirilmiştir (43). Araştırmada genel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini hastaların sosyo-demografik özellikleri ile diyabet yönetimine ilişkin özellikleri oluştururken, bağımlı değişkenlerini ise hastaların SİM ölçeği puan ortalamaları oluşturmuştur.

3. 8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için araştırmanın yapılacağı kurumdan resmi (Bkz. Ek 4.1), araştırmaya katılan hastalardan sözlü ve yazılı izin alınmıştır (Bkz. Ek 4.2). Araştırmada kullanılan ölçek için yazarlardan izin alınmıştır (Bkz. Ek 4.3).

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve 03 Temmuz 2012 tarihli LUT 12/32 kayıt numaralı etik komisyon onayı alınmıştır (Bkz. Ek 4.4).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yaz döneminde yapılması nedeniyle örneklem sayısına kısa zaman içerisinde ulaşmada sıkıntı yaşanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin laboratuvar değerleri rutin tetkiklerden elde edilen veriler doğrultusunda retrospektif bir çalışma olarak yapılmıştır. Araştırmada ekonomik durum, diyete uyum, tedaviye uyum, düzenli kan şekeri ölçümü, egzersiz yapma durumu, komplikasyon yaşama durumu verileri hastanın ifadesine göre değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında elde edilen bulgular iki başlık altında verilecektir.

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Diyabet Yönetim Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Hastaların Sağlık İnançları ile Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Diyabet Yönetim Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=70)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Yaş ($\bar{x} \pm SS= 71.95 \pm 5.01$)		
65-70	30	42.9
71-85	40	57.1
Cinsiyet		
Kadın	42	60.0
Erkek	28	40.0
Medeni Durum		
Evli	47	67.1
Dul/ Boşanmış	23	32.9
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	11	15.7
Okur-yazar	7	10.0
İlkokul	29	41.4
Ortaokul	8	11.4
Lise	5	7.2
Üniversite	10	14.3
Daha Önce Çalışma Durumu		
Çalışan	33	47.1
Çalışmayan	37	52.9
Ekonomik Durum Algısı		
İyi	14	20.0
Orta	54	77.1
Kötü	2	2.9
Yaşadığı Yer		
Köy/Kasaba	3	4.3
İlçe	5	7.1
İl	62	88.6
Yaşadığı Kişiler		
Aile (Eşi ve Çocukları)	22	31.4
Sadece Eşi	22	31.4
Yalnız	10	14.3
Diğer*	16	22.9
Toplam	70	100.0

*7 kişi kızı (%10), 5 kişi akrabası (%7.2), 3 kişi oğlu (%4.3) ve 1 kişi bakıcı (%1.4) ile birlikte yaşadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.1.1’de araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Tabloya bakıldığında, hastaların %57.1’inin 71-85 yaş aralığında, %60’ının kadın, %67.1’inin evli, %41.4’ünün ilkokul mezunu, %52.9’unun daha önce çalışmadığı, %77.1’inin gelir durumunun orta düzey olarak ifade edildiği görülmektedir. Hastaların %88.6’sı il merkezinde ve %31.4’ü ailesi (eşi ve çocukları) ve eşi ile birlikte yaşamaktadır. Tabloda belirtilmemekle birlikte araştırma kapsamına alınan hastaların tamamının şu anda herhangi bir işte çalışmadığı ve tamamının sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1.2. Hastaların Diyabet ve Yönetimine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=70)

Diyabet ve Yönetimine İlişkin Özellikler	n	%
Diyabet Süresi ($\bar{x} \pm SS= 13.11 \pm 9.28$)		
1-5 yıl	20	28.6
6-10 yıl	16	22.8
11 yıl ve üstü	34	48.6
Diyabet Tanısını Alma Şekli		
Rutin tetkikler/başka hastalık muayenesi sırasında tesadüfen	50	71.4
Belirtiler ile başvurarak	20	28.6
Diyabet Tedavi Şekli		
Yalnızca diyet	4	5.7
Diyet ve oral antidiyabetik	38	54.3
Diyet ve insülin	15	21.4
Diyet, oral antidiyabetik ve insülin	13	18.6
Tedaviye Uyum		
İyi	6	8.6
Orta	54	77.1
Kötü	10	14.3
Diyete Uyum		
İyi	8	11.4
Orta	37	52.9
Kötü	25	35.7
Egzersiz Durumu		
Yapıyor	31	44.3
Yapmıyor	39	55.7
Düzenli Kan Şekeri İzlemi Yapma Durumu		
Evet	49	70.0
Hayır	21	30.0

Tablo 4.1.2. Hastaların Diyabet ve Yönetimine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

Diyabet ve Yönetimine İlişkin Özellikler	n	%
Başka Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu		
Var	66	94.3
Yok	4	5.7
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanıyor	23	32.9
Kullanmıyor	47	67.1
Alkol Kullanma Durumu		
Kullanıyor	1	1.4
Kullanmıyor	69	98.6
Akut Komplikasyon Yaşama Durumu*		
Yaşayan	24	34.3
Yaşamayan	46	65.7
Kronik Komplikasyon Varlığı**		
Var	28	40.0
Yok	42	60.0
Diyabet İle İlgili Eğitim Alma Durumu		
Eğitim Alan	36	51.4
Eğitim Almayan	34	48.6

* 16 kişi hiperglisemi (%22.9), 10 kişi hipoglisemi (% 14.3) yaşadığını ifade etmiştir.

** 16 kişi retinopati (%22.9), 13 kişi nöropati (%18.6), 4 kişi nefropati (%5.7), 2 kişi ayak yarası (%2.9) olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.1.2’de araştırmaya katılan hastaların diyabet ve yönetimine ilişkin özellikleri yer almaktadır. Tabloya bakıldığında; hastaların diyabet sürelerinin %48.6’sının 11 yıl ve üzeri olduğu; %71.4’ünün rutin tetkikler sırasında tanı aldığı, %54.3’ünün diyet ve oral antidiyabetik tedavisi aldığı görülmektedir. Ayrıca hastaların %77.1’i tedaviye uyumunu orta, %52.9’u diyetle uyumlarını orta olarak belirtmektedir. Araştırmaya katılan hastaların %55.7’sinin egzersiz yapmadığı, %70’inin düzenli kan şekeri izlendiği, %94.3’ünün diyabet dışında en az bir kronik hastalığa sahip olduğu, %32.9’unun sigara ve %1.4’ünün alkol kullandığı

belirlenmiştir. Hastaların %34.3'ünün akut, %40'ının kronik komplikasyon yaşadığı; akut komplikasyon yaşayan hastaların %22.9'unun hiperglisemi; kronik komplikasyon yaşayan hastaların %22.9'unun retinopati yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca hastaların %51.4'ü diyabet ile ilgili eğitim aldığını bildirmiştir.

Tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların %52.9'unun ailesinde diyabet olduğu, ailesinde diyabet olanların %70.3'ünün kardeşi, annesi, kızının diyabet olduğu; oral antidiyabetik kullanan hastaların ortalama 10.57 ± 8.06 yıl süre ile OAD, insülin kullanan hastaların 9.42 ± 8.68 yıl süre ile insülin kullandığı ve %73.3'ünün insülini kendisi uyguladığı; %95.9'unun kan şekeri ölçümünü evde yaptığı, %24.5'inin şeker ölçümlerini haftada bir kez yaptıkları; %48.6'sinin sebze-meyve ağırlıklı besinleri tükettiği; egzersiz yapan hastaların %96.8'inin düzenli yürüyüş yaptığı saptanmıştır. Ayrıca, hastaların %91.4'ünün daha önce diyabet nedeniyle hastaneye yatmadığı, kronik hastalığı olan hastaların %87.1'nin hipertansiyon hastalığının olduğu, diyabet ile ilgili eğitim alan hastaların %69.4'ünün bir kez, bir saat süre ile hastanede ve %91.7'sinin hemşireden eğitim aldığı belirlenmiştir. Yine tabloda yer almamakla birlikte araştırmaya katılan hastaların %74.3'ü genel olarak diyabet ile ilgili daha fazla bilgi/eğitim gereksinimi olmadığını, %25.7'sinin ise olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.1.3. Hastaların Metabolik Kontrol Değerleri Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

Metabolik Değişkenler	$\bar{x} \pm SS$	Min-Maks.
Açlık Kan Şekeri (70-110 mg/ dL)	134.3 \pm 47.2	73.0 - 275.0
Tokluk Kan Şekeri (80-120 mg/ dL)	192.7 \pm 66.96	99.0 - 428.0
HbA1c (% 4-6)	7.05 \pm 1.4	5.0 - 11.9
Total Kolesterol (< 200 mg/ dL)	164.8 \pm 40.4	78.0 - 258.0
HDL (> 45 mg/ dL)	49.3 \pm 15.2	26.0 - 128.0
Trigliserid (< 150 mg/ dL)	136.01 \pm 73.2	40.0 - 372.0
Beden Kitle İndeksi (18.5-24.9 kg / m ²)	29.4 \pm 5.1	18.7 - 42.9
Sistolik Kan Basıncı (90-140 mmHg)	138.6 \pm 17.9	100.0 - 190.0
Diyastolik Kan Basıncı (60-90 mmHg)	79.4 \pm 8.8	60.0 - 100.0
Mikroalbüminüri (0-16.60 mg / gün)	1.9 \pm 0.3	1.0 - 2.0

Tablo 4.1.3’de araştırmaya katılan hastaların metabolik kontrol değerleri ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tabloya bakıldığında diyabetli bireylerin ortalama açlık kan şekeri değeri 134.3 \pm 47.2, ortalama tokluk kan şekeri değeri 192.7 \pm 66.96, ortalama HbA1c değeri 7.05 \pm 1.4, ortalama total kolesterol değeri 164.8 \pm 40.4, ortalama HDL değeri 49.3 \pm 15.2, ortalama trigliserid değeri 136.01 \pm 73.2, ortalama beden kitle indeksi değeri 29.4 \pm 5.1, ortalama sistolik kan basıncı değeri 138.6 \pm 17.9, ortalama diyastolik kan basıncı değeri 79.4 \pm 8.8 ve ortalama mikroalbüminüri değeri 1.9 \pm 0.3 olarak saptanmıştır.

4.2. Hastaların Sağlık İnançları ile Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Hastaların Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	$\bar{x} \pm SS$	Min-Maks.
Algılanan Duyarlılık	2.9 ± 0.4	2.3 - 3.8
Algılanan Ciddiyet	3.9 ± 0.5	2.0 - 5.0
Algılanan Yararlar	3.6 ± 0.4	2.9 - 5.0
Algılanan Engeller	3.1 ± 0.5	2.2 - 4.7
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.7 ± 0.5	3.0 - 5.0
Ölçek Toplam Puanı	3.4 ± 0.4	2.8 – 4.5

Araştırmaya katılan hastaların sağlık inanç puan ortalamaları Tablo 4.2.1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların hastalık ve sağlığa ilişkin tutumlarının olumsuz ve toplam ölçek puan ortalamasının 3.4 ± 0.4 olduğu görülmektedir. Ayrıca “algılanan duyarlılık” alt boyut puan ortalamasının 2.9 ± 0.4 , “algılanan ciddiyet” alt boyut puan ortalamasının 3.9 ± 0.5 , “algılanan yararlar” alt boyut puan ortalamasının 3.6 ± 0.4 , “algılanan engeller” alt boyut puan ortalamasının 3.1 ± 0.5 ve “sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler” alt boyut puan ortalamasının 3.7 ± 0.5 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.2. Hastaların Yaşa Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Yaş		İstatistiksel Analiz
	65-70 (n=30) $\bar{x} \pm SS$	71-85 (n=40) $\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	3.0 ± 0.4	2.9 ± 0.3	z= - 1.002 p= 0.317
Algılanan Ciddiyet	4.1 ± 0.4	3.8 ± 0.6	z= - 2.375 p= 0.018
Algılanan Yararlar	3.6 ± 0.4	3.5 ± 0.4	t= 1.041 p= 0.302
Algılanan Engeller	3.1 ± 0.5	3.0 ± 0.5	t= 1.246 p= 0.217
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.8 ± 0.5	3.6 ± 0.4	z= - 1.375 p= 0.169
Ölçek Toplam Puan	3.5 ± 0.4	3.4 ± 0.4	t= 1.649 p= 0.104

Tablo 4.2.2’de hastaların yaşa göre sağlık inanç puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tabloya bakıldığında 65-70 yaş arasındaki hastaların ölçek toplam puan ortalamaları (3.5±0.4) ve 71-85 yaş arasındaki hastaların ölçek toplam puan ortalamalarından (3.4±0.4) yüksek olmasına rağmen ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Alt boyutlar incelendiğinde tüm alt boyut puan ortalamalarının 65-70 yaş arasındaki bireylerde daha yüksek olması ile birlikte sadece algılanan ciddiyet alt boyutunda 65-70 yaş arasındaki bireylerin ölçek puan ortalamasının (4.1±0.4) diğer yaş grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.2.3. Hastaların Cinsiyete Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Cinsiyet		İstatistiksel Analiz
	Kadın (n=42) $\bar{x} \pm SS$	Erkek (n=28) $\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	2.9 \pm 0.3	3.0 \pm 0.4	z= - 0.515 p= 0.607
Algılanan Ciddiyet	3.8 \pm 0.5	4.0 \pm 0.6	z= - 1.716 p= 0.086
Algılanan Yararlar	3.5 \pm 0.4	3.6 \pm 0.5	z= - 0.668 p= 0.504
Algılanan Engeller	3.0 \pm 0.5	3.2 \pm 0.6	z= - 1.109 p= 0.267
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.6 \pm 0.4	3.7 \pm 0.5	z= - 0.489 p= 0.625
Ölçek Toplam Puan	3.4 \pm 0.4	3.5 \pm 0.4	z= - 1.260 p= 0.208

Tablo 4.2.3’de diyabetli hastaların cinsiyete göre sağlık inanç puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tabloya bakıldığında kadınların ölçek toplam puan ortalamaları (3.4 \pm 0.4) ve erkeklerin ölçek toplam puan ortalamalarının (3.5 \pm 0.4) düşük olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir.

Ölçek alt boyutlarında erkeklerin algılanan duyarlılık (3.0 \pm 0.4), algılanan ciddiyet (4.0 \pm 0.6), algılanan yararlar (3.6 \pm 0.5), algılanan engeller (3.2 \pm 0.6) ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler (3.7 \pm 0.5) puan ortalamalarının kadınlardan yüksek olmasına rağmen aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.2.4. Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Öğrenim Durumu			
	Okur Yazar Değil / Okur Yazar (n=18)	İlköğretim (n=37)	Lise ve Üzeri (n=15)	İstatistiksel Analiz
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	2.7 ± 0.3	2.9 ± 0.4	3.2 ± 0.4	$X^2 = 11.687$ $p = 0.003^*$
Algılanan Ciddiyet	3.7 ± 0.4	3.9 ± 0.6	4.3 ± 0.3	$X^2 = 11.178$ $p = 0.004^*$
Algılanan Yararlar	3.5 ± 0.3	3.5 ± 0.5	3.8 ± 0.3	$X^2 = 4.824$ $p = 0.090$
Algılanan Engeller	2.9 ± 0.4	3.1 ± 0.5	3.3 ± 0.6	$F = 2.877$ $p = 0.630$
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.6 ± 0.3	3.7 ± 0.5	3.8 ± 0.4	$F = 1.359$ $p = 0.264$
Ölçek Puan	3.3 ± 0.3	3.4 ± 0.4	3.6 ± 0.3	$X^2 = 9.889$ $p = 0.007^{**}$

* $p < 0.05$ (Okur Yazar Değil/ Okur Yazar - Lise ve Üzeri)

** $p < 0.05$ (İlköğretim - Lise ve Üzeri)

Tablo 4.2.4’de hastaların öğrenim durumlarına göre sağlık inanç puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tabloya göre okur yazar ve okur yazar olmayanların ölçek toplam puan ortalaması (3.3 ± 0.3), ilköğretim mezunları ile (3.4 ± 0.4) lise ve üzeri mezunların (3.6 ± 0.3) ölçek toplam puan ortalamalarından düşük olup; gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Alt boyutlar incelendiğinde öğrenim durumu azaldıkça algılanan duyarlılık ($p = 0.003$) ve algılanan ciddiyet ($p = 0.004$) boyutlarında ölçek puan ortalamalarının anlamlı oranda azaldığı görülmektedir. Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gruplar ikili karşılaştırıldığında algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet alanları arasındaki farkın okur yazar ve okur yazar olmayan ile lise ve üzeri mezunlarından, toplam ölçek puan farkının ise, ilköğretim mezunları ile lise ve üzeri mezunlarından kaynaklandığı bulunmuştur (3 grup için 3 tane ikili karşılaştırma yapıldığından α değeri 0.017 ($0.05/3$) olarak alınmıştır).

Tablo 4.2.5. Hastaların Daha Önce Çalışma Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Daha Önce Çalışma Durumu		
	Çalışmayan (n=37)	Çalışan (n=33)	İstatistiksel Analiz
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	2.9 ± 0.3	3.0 ± 0.4	z= -0.939 p= 0.348
Algılanan Ciddiyet	3.8 ± 0.5	4.0 ± 0.6	z= -2.459 p= 0.014
Algılanan Yararlar	3.5 ± 0.4	3.7 ± 0.5	z= -1.323 p= 0.186
Algılanan Engeller	3.0 ± 0.5	3.1 ± 0.6	t= -1.642 p= 0.105
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.6 ± 0.4	3.8 ± 0.5	t= -1.513 p= 0.135
Ölçek Toplam Puan	3.3 ± 0.3	3.5 ± 0.4	z= -2.001 p= 0.045

Tablo 4.2.5’de hastaların daha önce çalışma durumlarına göre sağlık inanç puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tabloya göre daha önce çalışan bireylerin ölçek toplam puan ortalamaları (3.5±0.4) daha önce çalışmayan bireylerin puan ortalamalarından yüksek (3.3±0.3) bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Alt boyutlar incelendiğinde tüm alt boyut puan ortalamalarının daha önce çalışan bireylerde daha yüksek olduğu görülmekle birlikte sadece algılanan ciddiyet alt boyutunda daha önce çalışan bireylerin ölçek puan ortalamasının (4.0±0.6) daha önce çalışmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 4.2.6. Hastaların Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Ekonomik Durum		
	Çok İyi / İyi (n=14)	Orta / Kötü (n=56)	İstatistiksel Analiz
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	3.0 ± 0.3	2.9 ± 0.4	t= 1.103 p= 0.274
Algılanan Ciddiyet	4.0 ± 0.5	3.9 ± 0.5	z= -0.322 p= 0.747
Algılanan Yararlar	3.7 ± 0.5	3.6 ± 0.4	t= 1.205 p= 0.232
Algılanan Engeller	3.4 ± 0.6	3.0 ± 0.5	t= 2.449 p= 0.017
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.9 ± 0.5	3.6 ± 0.5	z= -1.568 p= 0.117
Ölçek Toplam Puan	3.6 ± 0.4	3.4 ± 0.4	z= -1.939 p= 0.052

Tablo 4.2.6’da hastaların ekonomik durumlarına göre sağlık inanç puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tabloya göre ekonomik durumu çok iyi/ iyi olan bireylerin ölçek toplam puan ortalamaları (3.6±0.4) ekonomik durumu orta/kötü olan bireylere göre yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Alt boyutlar incelendiğinde; ekonomik durumu iyi/çok iyi olan bireylerin tüm alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve algılanan engeller alt boyutunda ekonomik durumunu iyi/çok iyi olarak ifade eden bireylerin ölçek puan ortalamasının (3.4±0.6) ekonomik durumu orta/kötü olan bireylerden (3.0±0.5) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.2.7. Hastaların Başka Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Başka Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu		
	Evet (n=28)	Hayır (n=42)	İstatistiksel Analiz
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	2.9 ± 0.4	3.1 ± 0.5	z= -0.893 p= 0.397
Algılanan Ciddiyet	3.9 ± 0.5	4.2 ± 0.4	z= -0.978 p= 0.370
Algılanan Yararlar	3.6 ± 0.4	3.9 ± 0.5	z= -1.333 p= 0.201
Algılanan Engeller	3.1 ± 0.5	3.4 ± 0.8	z= -0.712 p= 0.501
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.6 ± 0.4	4.2 ± 0.9	z= -1.019 p= 0.331
Ölçek Toplam Puan	3.4 ± 0.4	3.8 ± 0.6	z= -1.139 p= 0.272

Tablo 4.2.7’de hastaların başka bir kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre sağlık inanç puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Alt boyutlar incelendiğinde tüm alt boyut puan ortalamalarının başka bir kronik hastalığa sahip olmayan bireylerde daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.8. Hastaların Diyabet Tanısını Alma Şekline Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Diyabet Tanısını Alma Şekli		
	Rutin tetkikler/ Başka bir hastalık için muayene sırasında tesadüfen (n=50)	Belirtilerinden şüphelenerek (n=20)	İstatistiksel Analiz
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	2.9 ± 0.4	2.9 ± 0.4	z= -0.352 p= 0.725
Algılanan Ciddiyet	3.9 ± 0.5	4.0 ± 0.5	z= -0.340 p= 0.734
Algılanan Yararlar	3.6 ± 0.4	3.5 ± 0.4	z= -1.087 p= 0.277
Algılanan Engeller	3.1 ± 0.5	3.0 ± 0.6	z= -1.497 p= 0.134
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.7 ± 0.5	3.6 ± 0.4	z= -1.401 p= 0.161
Ölçek Toplam Puan	3.5 ± 0.4	3.3 ± 0.4	z= -1.450 p= 0.147

Tablo 4.2.8’de hastaların diyabet tanısı alma şekline göre sağlık inanç puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tabloya göre rutin tetkikler/başka bir hastalık için muayene sırasında tesadüfen tanı alanların (3.5±0.4) ölçek toplam puan ortalaması (3.3±0.4) belirtilerinden şüphelenerek tanı alan hastaların puan ortalamasından yüksek; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Belirtilerinden şüphelenerek tanı alan hastaların algılanan duyarlılık alt boyut puan ortalaması tesadüfen tanı alanların puan ortalaması ile aynı; algılanan ciddiyet alt boyut puan ortalaması yüksek; diğer alt boyut puan ortalamaları ise düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 4.2.9. Hastaların Diyabet Tanı Sürelerine Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Diyabet Tanı Süreleri			
	1-5 Yıl (n=20)	6-10 Yıl (n=16)	11 ve üzeri (n=34)	İstatistiksel Analiz
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	2.9±0.4	2.9±0.3	2.9±0.4	$X^2 = 0.137$ p= 0.934
Algılanan Ciddiyet	3.9±0.5	4.1±0.4	3.8±0.6	$X^2 = 2.190$ p= 0.334
Algılanan Yararlar	3.5±0.4	3.6±0.4	3.6±0.5	F= 0.704 p= 0.498
Algılanan Engeller	3.0±0.4	3.1±0.5	3.2±0.6	$X^2 = 1.671$ p= 0.434
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.5±0.5	3.8±0.4	3.7±0.5	$X^2 = 6.006$ p= 0.050
Ölçek Toplam Puan	3.3±0.3	3.5±0.3	3.5±0.4	$X^2 = 2.827$ p= 0.243

Tablo 4.2.9’da hastaların diyabet tanı sürelerine göre sağlık inanç puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Alt boyutlar incelendiğinde tüm alt boyut puan ortalamaları ile diyabet tanı süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.10. Hastaların Tıbbi Tedaviye Uyumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Tıbbi Tedaviye Uyum			
	İyi (n=6)	Orta (n=54)	Kötü (n=10)	İstatistiksel Analiz
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	3.0 ± 0.3	2.9 ± 0.4	3.0 ± 0.4	$X^2= 2.057$ p= 0.358
Algılanan Ciddiyet	3.9 ± 0.6	3.9 ± 0.5	3.8 ± 0.8	$X^2= 0.165$ p= 0.921
Algılanan Yararlar	3.6 ± 0.4	3.6 ± 0.4	3.3 ± 0.3	$X^2= 4.523$ p= 0.104
Algılanan Engeller	3.1 ± 0.4	3.1 ± 0.6	2.8 ± 0.4	$X^2= 2.233$ p= 0.327
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.8 ± 0.2	3.7 ± 0.5	3.4 ± 0.3	$X^2= 7.822$ p= 0.020*
Ölçek Toplam Puan	3.5 ± 0.3	3.5 ± 0.4	3.2 ± 0.3	$X^2= 3.384$ p= 0.184

*p<0.005 (İyi ve Kötü/ Orta ve Kötü)

Tablo 4.2.10'da hastaların tıbbi tedavi uyumlarına göre sağlık inanç puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tabloya göre gruplar arası toplam sağlık inanç puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Ölçek alt boyutlarına bakıldığında hastaların tıbbi tedavi uyumları azaldıkça sağlık inançlarının azaldığı ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alanında alınan sağlık inanç puan ortalamasında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0.05). Bonferroni düzeltmesi ile gruplar ikili karşılaştırıldığında; sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler boyutunda gruplar arası farkın tıbbi tedavi uyumu iyi olan grup ile tıbbi tedavi uyumu kötü ve tıbbi tedavi uyumu orta olan grup ile tıbbi tedavi uyumu kötü olan gruplardan kaynaklandığı bulunmuştur (3 grup için 3 tane ikili karşılaştırma yapılmış, α değeri 0.017 (0.05/3) olarak alınmıştır).

Tablo 4.2.11. Hastaların Tıbbi Beslenme Tedavi Uyumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Tıbbi Beslenme Tedavisine Uyum			
	İyi (n=8)	Orta (n=37)	Kötü (n=25)	İstatistiksel Analiz
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	3.2 ± 0.3	2.8 ± 0.4	3.0 ± 0.4	$X^2= 11.379$ $p= 0.003^*$
Algılanan Ciddiyet	3.8 ± 0.6	3.8 ± 0.5	4.0 ± 0.6	$X^2= 1.360$ $p= 0.507$
Algılanan Yararlar	3.8 ± 0.3	3.6 ± 0.5	3.4 ± 0.3	$X^2= 6.695$ $p= 0.035^{**}$
Algılanan Engeller	3.3 ± 0.3	3.1 ± 0.6	2.9 ± 0.4	$X^2= 8.609$ $p= 0.014^{**}$
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.9 ± 0.2	3.8 ± 0.6	3.5 ± 0.3	$X^2= 7.220$ $p= 0.027^{**}$
Ölçek Toplam Puan	3.6 ± 0.3	3.5 ± 0.4	3.3 ± 0.3	$X^2= 5.156$ $p= 0.076$

*p<0.005 (İyi ve Orta)

**p<0.05 (İyi ve Kötü)

Tablo 4.2.11’de hastaların tıbbi beslenme tedavi uyumlarına göre sağlık inanç puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tabloya göre gruplar arası toplam sağlık inanç puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Ölçek alt boyutları incelendiğinde hastaların tıbbi beslenme tedavilerine uyumları azaldıkça algılanan duyarlılık, algılanan yararlar, algılanan engeller ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alanlarında sağlık inançlarının azaldığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gruplar ikili karşılaştırıldığında algılanan duyarlılık alt boyut inancında gruplar arası farkın tıbbi beslenme tedaviye uyumları iyi olan grup ile tıbbi beslenme tedaviye uyumları orta olanlardan kaynaklandığı; algılanan yararlar, algılanan engeller ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alanlarında gruplar arası farkın tıbbi beslenme tedaviye uyumları iyi olan grup ile tıbbi beslenme tedaviye uyumları kötü olanların puan ortalamasından kaynaklandığı bulunmuştur (3 grup için 3 tane ikili karşılaştırma yapılmış, α değeri 0.017 (0.05/3) olarak alınmıştır).

Tablo 4.2.12. Hastaların Kan Şekeri Ölçümü Yaptırma Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Kan Şekeri Ölçümü Yaptırma Durumu		
	Evet (n=49)	Hayır (n=21)	İstatistiksel Analiz
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	3.0 ± 0.4	2.9 ± 0.4	z= -0.806 p= 0.420
Algılanan Ciddiyet	4.0 ± 0.5	3.7 ± 0.6	z= -1.594 p= 0.111
Algılanan Yararlar	3.6 ± 0.4	3.6 ± 0.5	z= -0.487 p= 0.626
Algılanan Engeller	3.2 ± 0.6	2.9 ± 0.4	z= -2.378 p= 0.017
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.7 ± 0.5	3.5 ± 0.4	z= -2.194 p= 0.028
Ölçek Toplam Puan	3.5 ± 0.4	3.3 ± 0.3	z= -2.090 p= 0.037

Tablo 4.2.12’de hastaların kan şekeri ölçümü yaptırma durumlarına göre sağlık inanç puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tabloya göre kan şekeri ölçümü yaptıran bireylerin toplam sağlık inanç puan ortalamaları (3.5±0.4) ölçüm yaptırmayan kişilerden (3.3±0.3) yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Tabloda kan şekeri ölçümü yaptıran bireylerin ölçek alt boyutu algılanan engeller puan ortalamasını (3.2±0.6) ölçüm yaptırmayan gruba (2.9±0.4) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0.05). Ayrıca yine tabloda kan şekeri ölçümü yaptıran bireylerin sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutu puan ortalamalarının (3.7±0.5) ölçüm yaptırmayan bireylerden (3.5±0.4) daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmektedir (p<0.05).

Tablo 4.2.13. Hastaların Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Egzersiz Yapma Durumu		
	Evet (n=31)	Hayır (n=39)	İstatistiksel Analiz
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	3.0 ± 0.4	2.9 ± 0.3	z= -1.621 p= 0.105
Algılanan Ciddiyet	4.1 ± 0.4	3.8 ± 0.6	z= -2.267 p= 0.023
Algılanan Yararlar	3.8 ± 0.4	3.4 ± 0.4	z= -3.379 p= 0.001
Algılanan Engeller	3.2 ± 0.6	3.0 ± 0.5	z= -2.241 p= 0.025
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.8 ± 0.5	3.6 ± 0.4	z= -2.370 p= 0.018
Ölçek Toplam Puan	3.6 ± 0.4	3.3 ± 0.3	z= -3.023 p= 0.003

Tablo 4.2.13’de hastaların egzersiz yapma durumlarına göre sağlık inanç puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tabloya göre egzersiz yapan bireylerin toplam sağlık inanç puan ortalamaları (3.60±0.4) egzersiz yapmayan kişilerden (3.3±0.3) daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Ölçek alt boyutlarında egzersiz yapan kişilerin algılanan ciddiyet (4.1±0.4), algılanan yararlar (3.8±0.4), algılanan engeller (3.2±0.6) ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler (3.8±0.5) puan ortalamalarının egzersiz yapmayan kişilerden yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 4.2.14. Hastaların Diyabet İle İlgili Eğitim Alma Durumlarına ve Daha Fazla Eğitime Gereksinim Duyma Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Alma Durumu			Daha Fazla Eğitime Gereksinim Duyma Durumu		
	Eğitim Alan (n=36)	Eğitim Almayan (n=34)	İstatistiksel Analiz	Gereksinim Duyan (n=18)	Gereksinim Duymayan (n=52)	İstatistiksel Analiz
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	3.0±0.4	2.9±0.4	z= -0.865 p= 0.387	2.9±0.3	2.9±0.4	z= -0.213 p= 0.831
Algılanan Ciddiyet	3.9±0.5	3.9±0.6	z= -0.246 p= 0.806	4.0±0.4	3.9±0.6	z= -0.211 p= 0.833
Algılanan Yararlar	3.5±0.4	3.6±0.5	z= -0.482 p= 0.630	3.8±0.5	3.5±0.4	z= -1.995 p= 0.046
Algılanan Engeller	3.1±0.5	3.1±0.5	z: -0.100 p= 0.920	3.2±0.7	3.0±0.4	z= -0.459 p= 0.646
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.7±0.4	3.7±0.6	z= -0.231 p= 0.817	4.0±0.6	3.6±0.4	z= -2.727 p= 0.006
Ölçek Toplam Puan	3.4±0.3	3.4±0.4	z= -0.247 p= 0.805	3.6±0.5	3.4±0.3	z= -1.701 p= 0.089

Tablo 4.2.14’de hastaların diyabet ile ilgili eğitim alma durumlarına ve daha fazla eğitime gereksinim duyma durumlarına göre sağlık inanç puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Alt boyutlar incelendiğinde tüm alt boyut puan ortalamaları ile diyabet ile ilgili eğitim alma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tabloda belirtildiği gibi diyabet ile ilgili daha fazla eğitim gereksinimi duyan kişilerin algılanan yararlar alt boyut puan ortalaması (3.8 ± 0.5) gereksinim duymayan kişilerden (3.5 ± 0.4) daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ayrıca, diyabet ile ilgili daha fazla eğitimi gereksinim duyan kişilerin sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puan ortalaması (4.0 ± 0.6) gereksinim duymayan kişilerden (3.6 ± 0.4) daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 4.2.15. Hastaların Metabolik Kontrol Değerlerine Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Metabolik Değişkenler (n=70)									
	AKŞ	HbA1c	TKŞ	HDL	Kolesterol	Trigliserid	BKİ	Sistolik KB	Diyastolik KB	p
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	
Algılanan Duyarlılık	-0.096	-0.135	-0.066	0.247	-0.136	-0.119	-0.049	-0.113	-0.074	0.739
Algılanan Ciddiyet	0.098	-0.022	0.079	0.166	0.118	-0.045	0.066	0.104	0.115	0.940
Algılanan Yararlar	-0.12	-0.075	-0.124	-0.044	-0.070	-0.072	-0.227	-0.025	-0.060	0.890
Algılanan Engeller	-0.01	0.029	-0.009	-0.140	-0.096	-0.021	-0.123	-0.180	-0.085	0.739
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	-0.01	0.006	0.018	-0.120	-0.062	0.112	-0.078	-0.063	-0.103	0.523
Ölçek Toplam Puan	-0.041	-0.009	-0.018	-0.041	-0.081	-0.009	-0.137	-0.075	-0.050	0.944

Tablo 4.2.15’de hastaların metabolik kontrol değerlerine göre sağlık inanç puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Alt boyutlar incelendiğinde tüm alt boyut puan ortalamaları ile hastaların metabolik kontrol değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların medeni durumlarına göre sağlık inanç puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$), (Ek Tablo 1).

Tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların yaşadıkları yere göre sağlık inanç puan ortalamaları değerlendirildiğinde ölçek toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) ve köy/kasaba/ilçede yaşayan bireylerin (3.5 ± 0.5) ilde yaşayan bireylere (3.4 ± 0.4) göre toplam puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Ek Tablo 2).

Tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre sağlık inanç puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$), (Ek Tablo 3).

Tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların diyabet tedavilerine göre sağlık inanç puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$), (Ek Tablo 4).

Tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların ailesinde diyabet olma durumlarına göre sağlık inanç puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$), (Ek Tablo 5).

Tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların akut ve kronik komplikasyonlarına göre sağlık inanç puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$), (Ek Tablo 6, Ek Tablo 7).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular, yaşlı diyabetli hastaların sosyo-demografik, diyabet yönetim özellikleri ile sağlık inançları ve sağlık inançlarını etkileyen faktörler olmak üzere iki başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Diyabet Yönetim Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda diyabetli hastaların %60'ının kadın, yarısından fazlasının (%57.1) 71-85 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1). Literatürde diyabet ile ilgili yapılan çalışmalarda kadın cinsiyette ve ileri yaşta diyabet prevalansının arttığı bildirilmektedir (10,21,64,117).

Diyabetin yönetimi ve kontrolünde hastanın eğitimi ve kültürel düzeyi büyük önem taşımaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim durumları ve sosyo-ekonomik durumları incelendiğinde yarıya yakınının ilkokul mezunu, yarıdan fazlasının ev hanımı ve çoğunluğunun gelir durumunun orta düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 4.1.1). Bulgular araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunun kadın, yaş ortalamasının 72 ve emekli olması özellikleri ile ilişkilendirilebilir.

Araştırma grubundaki hastaların tamamının sağlık güvencesi vardır. Ayrıca diyabetli bireylerin %31.4'ü ailesi-eşi ile ve tamamına yakını (%88.6) ilde yaşamaktadır (Tablo 4.1.1). Hastaların sağlık güvencesinin olması, ilde ve aile-eş ile yaşama oranlarının yüksek olmasının, diyabet yönetimini ve düzenli kontrollerin sürdürülmesini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin yarısının (%48.6) diyabet süresinin 11 yıl ve üzeri olduğu, ortalama diyabet süresinin 13 yıl olduğu ve yarıdan fazlasının tesadüfen diyabet tanısı aldığı bulunmuştur (Tablo 4.1.2). Literatürde bilinen diyabet tanısının %55 civarında olduğu, yaşlı bireylerin yaklaşık %10'nun henüz tanı almadığı belirtilmektedir. Ayrıca, toplumdaki tüm hastaların yaklaşık %40'nı 65 yaş ve üzeri bireylerin oluşturduğu, yaşam süresinin uzaması ile diyabetin görülme sıklığının ve diyabetle yaşama süresinin arttığı ifade edilmektedir (61).

Yaşlılık döneminde sık görülen Tip 2 diyabet tedavi temelini diyet, egzersiz, oral antidiyabetik tedavi ve ileri dönemde eklenen insülin tedavisi oluşturmaktadır

(16,109). Örneklem kapsamımıza alınan yaşlı bireylerin diyabet tedavisinde de benzer şekilde diyet ve oral antidiyabetik (%54.3) tedavi yer almaktadır (Tablo 4.1.2).

Diyabet yönetiminde diyetle uyum, egzersiz ve düzenli kan şekeri takibi yapmak önemlidir. Çalışmamızda yaşlı bireylerin çoğunluğunun (%77.1) tedaviye uyumlarının, yarısının (%52.9) diyetle uyumlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.2). Kartal (2006)'ın planlı eğitim programının diyabet hastalarının sağlık inancına ve diyabet yönetimine etkisini incelediği çalışmasında, hastaların %44'ünün tedavi uyumunun iyi, %42'sinin tedavi uyumunun orta düzeyde olduğu; %56'sının diyetle uyumunun orta düzeyde ve tamamına yakınının (%90.9) beslenmesine dikkat ettiği belirtilmiştir (62). Kartal'ın çalışması ile çalışmamız sonuçları karşılaştırıldığında diyetle uyumlarının benzer, tedavi uyumlarının ise çalışmamıza oranla iyi olduğu görülmektedir. Sonuçlar arasındaki farklılığının örneklem grubumuzun yaş ortalamasının Kartal'ın çalışmasından yüksek, diyabet süresinin fazla ve Kartal'ın çalışmasında eğitim müdahalesi yapılmış olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca yaşlı bireylerin diyetle uyumunu ek kronik hastalıkların olması, uygun diyet hazırlama ile ilgili zorlukların olmasının da olumsuz olarak etkileyeceği düşünülmektedir.

Diyabetli bireyler düzenli egzersiz uygulamakta da zorlanmaktadır (9,10). Çalışmamıza katılan bireylerin %55.7'sinin egzersiz yapmadıkları; egzersiz yapanların tamamına yakınının (%96.8) egzersiz olarak yürüyüş yaptıkları bulunmuştur (Tablo 4.1.2). Çalışmamızda benzer olarak Can (2006)'ın diyabetli yaşlıların bakım gereksinimleri ve karşılaştıkları güçlüklerin belirlenmesi konulu çalışmasında hastaların %67.2'sinin egzersiz yapmadıkları; egzersiz yapanların tamamına yakınının (%90.7) egzersiz olarak yürüyüş yaptıkları sonucu belirtilmiştir (21). Diyabetin yönetiminde düzenli kan şekeri takibi diyet ve egzersiz kadar önemlidir. Çalışmamızda diyabetli yaşlıların %70'inin kan şekeri ölçümü yaptığı/yaptırdığı (Tablo 4.1.2); %95.9'unun kan şekeri ölçümünü evde yaptığı, %24.5'inin şeker ölçümlerini haftada bir kez yaptıkları sonucu bulunmuştur. Kartal (2006)'ın çalışmasına göre hastaların büyük çoğunluğu kan şekeri ölçümü yaptırdığını ifade etmiş, ancak şeker ölçüm sıklığı incelendiğinde, yarıdan fazlasının ölçümünü düzensiz yaptırdığı belirtilmiştir (62). Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerin

büyük kısmının kan şekeri takibini yapması bireylerin insülin kullanmasından ve kan şekeri ölçüm cihazlarının ücretsiz verilmesinden kaynaklanabilir.

Diyabet hastalığı kronik bir hastalık olması hem akut hem de uzun dönemde birçok komplikasyona neden olmaktadır. Çalışmamızda yaşlı bireylerin son bir ayda akut komplikasyon yaşama oranları %34.3 iken; hipoglisemi yaşayanların oranı %14.3, hiperglisemi yaşayanların oranı ise %22.9 olarak bulunmuştur (Tablo 4.1.2). Çalışmamızda akut komplikasyonların görülme oranının düşüklüğü yaşlı bireylerin yarısından fazlasının diyetle orta derecede uyum göstermesi ve besin tüketimlerinin ağırlıklı olarak sebze-meyve olması ile ilişkilendirilebilir. Çelik (2002)'in tip 2 diyabetli hastalarla yaptığı araştırma sonucunda da benzer şekilde akut komplikasyonların görülme oranının düşüklüğü diyetle orta derecede uyumla ilişkilendirilmiştir (29). Çalışmamızda, yaşlı bireylerin %40'ında diyabete bağlı en az bir kronik komplikasyon varlığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.2). Yaşlı bireylerin %22.9'unda retinopati, %5.7'sinde nefropati, %18.6'sında nöropati ve %2.9'unda ayak yarası olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.2). Herpertz ve diğ. (2009)'nin araştırmasında kronik komplikasyon varlığı %45.6 oranında saptanırken; Nakahara ve diğ. (2006)'nin çalışmasında görülme sıklığı %48.7 olarak bulunmuştur (53,74). Çalışmamızda kronik komplikasyon görülme sıklığı literatüre paralel ve düşük bulunmuştur. Kronik komplikasyon görülme oranının düşük bulunması grubun HbA1c ortalama değerinin 7.05 olması, dolayısıyla diyabet metabolik kontrolünün iyi olması ile ilişkilendirilmiştir.

Çalışmaya katılan hastalar arasında diyabetin yanı sıra hipertansiyon (%87.1), hiperlipidemi (%58.6), koroner arter hastalığı (%28.6), osteoporoz (%28.6), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%8.6) gibi diğer hastalıklarında bulunduğu saptanmıştır. Çalışmamızda hastaların tamamına yakınının (%94.3) diyabet dışında en az bir kronik hastalığının bulunması yaş ortalaması ile ilişkilendirilmekte ve bu durumun hastaların tedavilerinin etkinliğini artırma, sağlıkla ilgili algı ve tutumlarını geliştirmelerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Diyabetli hastaların tedavi ve bakımında sıklıkla takip edilen parametreler, açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri, HbA1c, total kolesterol, HDL, trigliserid ve mikroalbuminüridir. Ayrıca kan basıncı ve beden kitle indeksi değerleri de takip edilmektedir. Çalışma grubumuzda hastaların açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri ve

HbA1c parametrelerinin aritmetik ortalamalarının normal değerlerden biraz yüksek, beden kitle indeksinin yüksek değerde ve diğer parametrelerin normal değerlerde olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.3). Sonuçlar araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin diyabet kontrollerinin hedeflenen değerlere yakın olduğunu düşündürmekte, bu sonuçlar diyet ve tedavi uyumunun orta düzeyde olması ile ilişkilendirilmektedir.

5.2. Hastaların Sağlık İnançları ile Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşam biçimi ve alışkanlıklarında değişiklik gerektiren kronik hastalıklardan biri olan diyabette sağlığı geliştirmek ve olumlu sağlık davranışı kazandırmak için bireylerin öncelikle sağlık inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi gerekmektedir (32,38,97). Diyabetli yaşlı bireylerin sağlık ve hastalığa ilişkin tutumlarının incelendiği çalışmamızda hastaların sağlık inanç puan ortalamalarının düşük, sağlık inançlarının olumsuz olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.1). Tan (2004), diyabetli hastaların diyabete ilişkin sağlık inançlarını incelediği araştırmasında, engeller alt boyutuna ilişkin madde puan ortalamalarının 2.55 ± 0.86 ile 3.82 ± 0.65 arasında olduğunu saptamıştır. Yine sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutuna ilişkin sağlık inanç puan ortalamalarının 3.07 ± 0.88 ile 4.07 ± 0.33 arasında olduğunu belirlemiş ve hastaların sağlık inançlarının olumsuz olduğunu saptamıştır (97). Akıncı ve Gökdoğan (2001)'in Bolu'da yaşayan diyabetlilerin sağlık ve hastalıklarını algılamaları ile uygulamalarını araştırdıkları çalışmalarında, bireylerin hastalığını ciddi olarak algılama ve önerilenleri yararlı bulma puan ortalamaları yüksek olmasına karşın, önerilenleri uygulama puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durum hastaların tedaviyi uygulamalarını engelleyen nedenlerin olabileceği ve hastaların bütüncül olarak değerlendirilmesinin gerektiği şeklinde yorumlanmıştır (3).

Çalışmamıza katılan 65-70 yaş arasındaki hastaların toplam sağlık inançlarının puan ortalamaları (3.5 ± 0.4), 71-85 yaş arasındaki hastalara (3.4 ± 0.4) göre yüksek olup; 65-70 yaş arasındaki hastaların ciddiyet algısının diğer yaş grubuna göre anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.2). Akıncı ve Gökdoğan (2001)'in Bolu'da yaşayan diyabetlilerin sağlık ve hastalıklarını algılamaları ile uygulamalarını araştırdıkları çalışmalarında, istatistiksel olarak

anlamli bir iliŒki bulunmasa da yaŒ arttikça algılanan ciddiyyetin de arttiğı, 60 yaŒ ve üzerindeki hastaların algılanan ciddiyyet düzeyinin diğer yaŒ gruplarındaki hastalardan yüksek olduğu belirtilmiŒtir (3). Tan (2004), diyabetli hastaların komplikasyon önleme davranıŒları ile sağlık inançları arasındaki iliŒkiyi incelediği araŒtırmasında, hastaların yaŒ grupları ile hastalığa iliŒkin sağlık inançları arasında istatistiksel olarak anlamli bir iliŒki olmadığını saptamıŒtır (97). Kır (2003) alıŒmasında diyabetli hastaların yaŒlarının arttikça önerilenleri yararlı bulma ortalamalarının düŒtüđünü bulmuŒtur (64). Dolayısıyla genç yaŒlarda sağlığın daha iyi algılandđı ve yaŒlanmayla birlikte hastalığın ciddiyyetinin daha yüksek düzeyde algılandđı saptanmıŒtır.

alıŒmamızda; diyabetli kadın hastaların toplam sağlık inanç ve tutum puan ortalamaları (3.4 ± 0.4) erkek hastalara (3.5 ± 0.4) göre daha düŒük ve bu farkın istatistiksel olarak anlamli olmadığı bulunmuŒtur ($p > 0.05$) (Tablo 4.2.3). Diyabete iliŒkin tutumlarda ve uygulamalarda cinsiyetin önemi incelenen alıŒmalarda farklı sonuçlar bulunmuŒtur (3,25,110). Akıncı ve Gökdoğan (2001)'ın alıŒmalarında cinsiyetin sağlık ve hastalığı algılamada fark yaratmadığı belirlenirken, Coates ve Boore'nin alıŒmasında kadınların diyabeti erkeklere göre daha az riskli algıladđı görülmüŒtür (3,25). alıŒmamız sonuçlarında da benzer Œekilde kadınların sağlık inancı ve hastalıkla ilgili algılanan duyarlılık, ciddiyyet, yararlar, engeller ve sağlıkla ilgili önerilen aktivite puanları erkeklere oranla düŒük bulunmuŒtur. Bu sonucun, kadınların eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyinin düŒük olması, sağlık hizmetlerinin yararının farkında olmamaları, karar verme özgürlüklerinin kısıtlı olması ya da korku yaŒamaları gibi faktörlerle iliŒkili olabileceği düŒünülmektedir.

alıŒmamızda hastaların öğrenim durumları azaldıkça sağlık inançlarının, hastalıkla ilgili duyarlılık ve ciddiyyet algılarının anlamli oranda azaldığı saptanmıŒtır ($p < 0.05$), (Tablo 4.2.4). Literatürde öğrenim düzeyi yüksek olan kişilerin tedaviye uyumunun daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmektedir (38,82,109). Dolayısıyla, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık ve hastalığa iliŒkin inanç ve tutumlarının da olumlu yönde geliŒebileceđi düŒünülmektedir.

alıŒmamızda daha önce alıŒanların sağlık inancı ve hastalıkla ilgili algılanan duyarlılık, ciddiyyet, yararlar, engeller ve sağlıkla ilgili önerilen aktivite puanları daha önce alıŒmayanlara oranla yüksek bulunmuŒ, sağlık inancı ve

hastalıkla ilgili ciddiyet algısının iki grup arasında istatistiksel olarak farklı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$), (Tablo 4.2.5). Çalışmamızda bu sonucun daha önce çalışanların öğrenim düzeyinin çalışmayanlara göre yüksek olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların ekonomik durumları azaldıkça sağlık inancı ve hastalıkla ilgili algılanan duyarlılık, ciddiyet, yararlar, engeller ve sağlıkla ilgili önerilen aktivite puanlarının azaldığı; ekonomik durumu orta/kötü olanların hastalıkla ilgili engel algısının ekonomik durumu iyi/çok iyi olanlara göre olumsuz olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$), (Tablo 4.2.6). Ülkemizde yapılan bir çalışmada 23-80 yaş grubundaki diyabetli bireylerin sosyoekonomik düzeyinin mevcut sağlığı algılama, diyabeti ciddi olarak algılama, önerilenleri yararlı bulma üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (3). Bu sonucun diyabet yönetiminin ve araştırmamız kapsamına alınan kişilerin eşlik eden kronik hastalıklarının getirdiği yük ve sınırlılığa bağlı olabileceği düşünülmektedir. Bu sonuç ayrıca, diyabet dışında kronik hastalığı olmayan yaşlı bireylerin sağlık inanç puanlarının kronik hastalığı olanlara göre daha olumlu olması ile de ilişkilendirilebilir (Tablo 4.2.7).

Belirtilerinden şüphelenerek tanı alan hastaların duyarlılık algısı tesadüfen tanı alanlar ile aynı bulunurken bu grubun ciddiyet algısı daha yüksektir. Ayrıca belirtilerinden şüphelenerek tanı alan hastaların yarar algısı, engel algısı, sağlıkla ilgili önerilen aktivite ile sağlık inancı tesadüfen tanı alanlardan düşüktür (Tablo 4.2.8). Tesadüfen tanı alan grubun yarar algısı, engel algısı, sağlıkla ilgili önerilen aktivite ile sağlık inancının belirtilerinden şüphelenerek tanı alan diyabet hastalarına göre olumlu olması belirtilerinden şüphelenerek tanı alan grubun ciddiyet algısının yüksek olması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda hastaların diyabet tanı süreleri ile sağlık inançları arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$), (Tablo 4.2.9). Ayrıca, hastaların ailesinde diyabet olma durumları ile sağlık inancının etkilenmediği saptanmıştır ($p > 0.05$), (Ek Tablo 5). Literatürde diyabet ile ilgili yapılan çalışmalarda da diyabet süresi ile hastalığa ilişkin sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmektedir (32,62).

Hastaların aldıkları diyabet tedavisinin sağlık inançlarını etkileyen bir faktör olmadığı bulunmuştur (Ek Tablo 3). Daniel ve Messer (2002) benzer bir araştırmada, hastaların tedavi tipi ile hastalığa ilişkin sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişki

olmadığını saptamışlardır (32). Kartal (2006)'ın çalışmasında da hastaların tedavi tipi ile sağlık inanç puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$), bu değişkenlerin sağlık inancını etkilemediği belirlenmiştir (62).

Hastaların tedavi ve diyet uyumları azaldıkça sağlık inancı ve hastalıkla ilgili algılanan duyarlılık, ciddiyet, yararlar, engeller ve sağlıkla ilgili önerilen aktivite puanlarının azaldığı bulunmuştur. Ayrıca tedavi uyumu iyi olan hastaların sağlıkla ilgili önerilen aktivite inançlarının; diyet uyumu iyi olanların hastalıkla ilgili duyarlılık, yarar, engel algısının ve sağlıkla ilgili önerilen aktivite inancının daha olumlu olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Tablo 4.2.10), (Tablo 4.2.11). Kartal (2006)'ın çalışmasına göre hastaların diyete uyum düzeyleri, şeker ölçümü ve egzersiz yapma ile sağlık inanç puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş ($p<0.05$) ve bu değişkenlerin hastalığa ilişkin sağlık inancını olumlu etkilediği saptanmıştır (62). Çalışmamızda benzer şekilde kan şekeri ölçümü yaptıran hastaların hastalıkla ilgili engel algısı ve sağlıkla ilgili önerilen aktivite inancı olumlu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.2.12). Ayrıca yine çalışmamızda egzersiz yapan hastaların hastalıkla ilgili ciddiyet, yarar, engel algısı ve sağlıkla ilgili önerilen aktivite inancı egzersiz yapmayanlara göre daha olumlu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.2.13).

Çalışmamızda diyabet ile ilgili eğitim almanın sağlık inancının etkilemediği ($p>0.05$), ancak diyabet ile ilgili daha fazla eğitime gereksinim duyanların hastalıkla ilgili yarar algısı ve sağlıkla ilgili önerilen aktivite inancının olumlu olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Tablo 4.2.14). Daniel (2002)'in araştırmasında, diyabet ile ilgili eğitim almanın hastaların sağlık inançlarında pozitif yönde bir değişime neden olduğu ve bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada eğitim alan hastaların diyabete ilişkin engeller algısının azaldığı, duyarlılık, ciddiyet ve yarar algısının ise arttığı belirlenmiştir (32). Sonuçlar, hastalığa ile ilgili eğitime gereksinim duyan yaşlı bireylerin eğitim ile edindikleri bilgileri davranışa dönüştürmeye daha istekli olduğu ve eğitimin olumlu etki yaratacağını düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastaların metabolik kontrol değerleri ile sağlık inançları arasındaki bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2.15). Ancak sağlık inanç modeli ile ilgili yapılan çalışmalarda, diyabetli bireylerin sağlık inanç ve tutumları ile

tedavinin gerekliliği için tanımlanan davranış uyumu arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalar olumlu tutum ve inanca sahip olan hastaların metabolik kontrollerinin daha iyi olduğunu göstermektedir (32,80). Özcan (1999)'ın araştırmasında metabolik kontrol düzeyi kötü olan hastaların diyabetle ilgili olumsuz tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. AKŞ ve HbA1c değeri yüksek olan hastaların daha fazla olumsuz tutuma sahip olduğu belirlenmiştir (79). Daniel ve Messer algılanan ciddiyet ve engellerin glisemi kontrolüne etkisi ile ilgili izlem araştırmasında, algılanan ciddiyeti yüksek, engeller boyutu düşük olan hastaların HbA1c düzeyini kontrol altına alabildiklerini saptamışlardır. Aynı çalışmada hastaların glisemi kontrolü ile inanç düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve tedavi için önerilen girişimlerde hastaların daha kolay uyum sağladıkları vurgulanmıştır (32). Araştırmamızın sonucu belirtilen araştırma bulgularından farklı olup, farklılığın çalışma grubumuzun metabolik kontrol değerlerinin çok kötü olmaması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

6.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Diyabet Yönetim Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Hastaların yarıdan fazlasının 71-85 yaş grubunda ve kadın, çoğunluğunun evli, yarıya yakınının ilkokul mezunu olduğu ve daha önce çalıştığı, %77.1'inin gelir durumunun orta düzey olduğu, üçte birinin ailesi-eşi ile birlikte ve tamamına yakınının il merkezinde yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.1.1).
- Hastaların yarısının diyabet süresinin 11 yıl ve üzeri olduğu, yarısından fazlasının tesadüfen diyabet tanısı aldığı, %54.3'ünün diyet ve oral antidiyabetik ile tedavi edildiği belirlenmiştir. Ayrıca hastaların çoğunluğunun tedaviye, yarısından fazlasının diyetle uyumu orta düzeyde, yarıya yakınının egzersiz yaptığı, %70'inin kan şekeri ölçümü yaptırdığı, tamamına yakınının diyabetin yanı sıra en az bir kronik hastalığa sahip olduğu, %32.9'unun sigara ve %1.4'ünün alkol kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.1.2). Hastaların tamamına yakınının kan şekeri ölçümünü evde yaptığı, %24.5'inin şeker ölçümlerini haftada bir kez yaptıkları ve yarısına yakınının sebze-meyve ağırlıklı beslendiği belirlenmiştir. Egzersiz yapan hastaların tamamına yakınının egzersiz olarak yürüyüş yaptığı; ayrıca hastaların sahip olduğu kronik hastalıklar arasında en fazla görülen hastalıklar %87.1 oranıyla hipertansiyon, %58.6 oranıyla hiperlipidemi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.2).
- Hastaların yarıya yakınının akut ve kronik komplikasyon yaşadığı, akut komplikasyonların %22.9'unun hiperglisemi, %14.3'ünün hipoglisemi olduğu, kronik komplikasyonların %22.9'unun retinopati, %18.6'sının nöropati, %5.7'sinin nefropati ve %2.9'unun ayak yarası olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.2).
- Hastaların metabolik kontrol değerlerinden açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri, HbA1c ve beden kitle indeksi değerleri ortalamanın biraz üstünde olduğu, diğer metabolik kontrol değerleri normal değer aralıkları arasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.3).

6.1.2. Hastaların Sağlık İnançları ile Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Sonuçlar

- Hastaların hastalık ve sağlığa ilişkin inançlarının olumsuz olduğu, toplam sağlık inanç puan ortalamalarının ve alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1).
- 65-70 yaş arasındaki hastaların sağlık inanç puan ortalamalarının 71-85 yaş arasındaki hastalara göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.2)
- Kadın hastaların toplam sağlık inanç puan ortalamalarının (3.4 ± 0.4) erkek hastalara (3.5 ± 0.4) göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.3).
- Hastaların okur yazar ve okur yazar olmayanların sağlık inançlarının puan ortalamalarının, ilköğretim, lise ve üzeri mezunlarına göre düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaların öğrenim durumları azaldıkça sağlık inançlarının, hastalıkla ilgili duyarlılık ve ciddiyet algılarının anlamlı oranda azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.2.4).
- Daha önce çalışanların sağlık inancı ve hastalıkla ilgili algılanan duyarlılık, ciddiyet, yararlar, engeller ve sağlıkla ilgili önerilen aktivite puanları daha önce çalışmayanlara oranla yüksek bulunmuş, sağlık inancı ve hastalıkla ilgili ciddiyet algısının iki grup arasında istatistiksel olarak farklı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$), (Tablo 4.2.5).
- Hastaların ekonomik durumları azaldıkça sağlık inancı ve hastalıkla ilgili algılanan duyarlılık, ciddiyet, yararlar, engeller ve sağlıkla ilgili önerilen aktivite puanlarının azaldığı, ekonomik durumu orta/kötü olanların hastalıkla ilgili engel algısının ekonomik durumu iyi/çok iyi olanlara göre olumsuz olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.6).
- Hastaların başka bir kronik hastalığa sahip olma durumları ile toplam sağlık inanç puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.7).
- Hastaların diyabet tanısı alma şekline göre sağlık inanç puan ortalamalarının dağılımında; belirtilerinden şüphelenerek tanı alan hastaların yarar algısı, engel algısı, sağlıkla ilgili önerilen aktivite ile sağlık inancı tesadüfen tanı alanlardan düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.8).

- Hastaların diyabet tanı sürelerine toplam sağlık inanç puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.9).
- Hastaların diyabet tedavilerine uyumu azaldıkça sağlık inançlarının azaldığı, özellikle sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler boyutunda sağlık inançlarının farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.10).
- Hastaların diyetlerine uyumları azaldıkça algılanan duyarlılık, algılanan yararlar, algılanan engeller ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alanlarında sağlık inançlarının azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.11).
- Kan şekeri ölçümü yaptıran hastaların hastalıkla ilgili engel algısı ve sağlıkla ilgili önerilen aktivite inancının olumlu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.12).
- Egzersiz yapan hastaların hastalıkla ilgili ciddiye, yarar, engel algısı ve sağlıkla ilgili önerilen aktivite inancı egzersiz yapmayanlara göre daha olumlu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.13).
- Diyabet ile ilgili eğitim alan hastalar ile almayan hastaların toplam sağlık inanç puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Diyabet ile ilgili daha fazla eğitim gereksinimi duyan kişilerin algılanan yararlar alt boyut puan ortalaması (3.8 ± 0.5) gereksinim duymayan kişilerden (3.5 ± 0.4) daha yüksek olduğu; diyabet ile ilgili daha fazla eğitim gereksinimi duyan kişilerin sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puan ortalaması (4.0 ± 0.6) gereksinim duymayan kişilerden (3.6 ± 0.4) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.14).
- Hastaların metabolik kontrol değerleri ile toplam sağlık inanç puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2.15).
- Hastaların yaşadıkları yere göre sağlık inanç puan ortalamaları değerlendirildiğinde ölçek toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ve köy/kasaba/ilçede yaşayan bireylerin ilde yaşayan bireylere göre toplam puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Ek Tablo 1). Ayrıca hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre sağlık inanç puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Ek Tablo 2).

- Hastaların birlikte yaşadığı kişilere, diyabet tedavi şekline, ailesinde diyabet olma durumlarına göre sağlık inanç puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Ek Tablo 3, Ek Tablo 4, Ek Tablo 5).
- Hastaların akut ve kronik komplikasyonlarına göre sağlık inanç puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Ek Tablo 6, Ek Tablo 7).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Yaşlılık döneminde kadın cinsiyet, ileri yaşta olma, düşük eğitim düzeyi, düşük ekonomik durum, diyet ve tedaviye kötü uyum, diyabet ile ilgili eğitime ihtiyaç duyma gibi özelliklerin sağlık inancını olumsuz etkilemesi nedeniyle bu grubun öncelikle ele alınması
- Diyabet dışında ek kronik hastalıkları bulunan yaşlı bireylerin genç bireylere göre farklı özellik oluşturması nedeni ile sağlık inançlarının değerlendirilmesi ile birlikte metabolik kontrol değerlerinin de takibinin yapılması
- Yaşlı bireylerin diyabetli olarak yaşamaya yönelik davranış değişikliği oluşturmak amacıyla öncelikle bireylerin inanç ve tutumlarının belirlenmesi
- Diyabet gibi kronik hastalığı olan yaşlı hastalarda, hastalığa ilişkin olumlu sağlık inançların geliştirilmesi ve bununla birlikte diyabette bireysel yönetimin sağlanabilmesi için hastaların hastalık ve sağlığa ilişkin inançlarının dikkate alınarak eğitim programlarının düzenlenmesi ve danışmanlık hizmetinin verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. A Global Perspective Why Population Aging Matters (2007). National Institute on Aging, National Institute of Health, U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Department of State.
2. Akdemir, N. ve Birol, L. (2005). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Sistem Ofset, 2. Baskı, Ankara.
3. Akıncı, F. ve Gökdoğan, F. (2001). Bolu’da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (1), 10-17.
4. Aktaş, A. (2008). *Tip II Diyabetik Hastalarda Kapsamlı Diyabet Tedavisi Eğitimi ve Uygulamalarının Glisemik Kontrolün Sağlanmasına Etkileri*. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul.
5. Akyolcu, N. (1999). Hasta ve Ailesinin Hastalığa Adaptasyonu. *Hemşirelik Bülteni*, 9 (43-44), 23-31.
6. American Diabetes Association (2006). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 29, Supplement 1, 4-42.
7. American Diabetes Association (2011). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 34(1).
8. Arseven, Ö.B. (2004). Diyabette İlk Basamak: Eğitim. Alış, A. (Ed.). Ege’de Diabetes Mellitus, 3(12).
9. Baban, M. (2010). *Obez ve Diyabetik Yetişkinlerin Beslenme Bilgi Düzeyleri, Beslenme Alışkanlıkları, Diyet ve Diyabetik Ürünleri Algılama Düzeylerinin Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
10. Badur, F. (2009). *Diyabetli Yaşlılarda İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
11. Başkal, N. (2002). Diabetes Mellitus’ta Hipoglisemi. *Diyabet Forumu*, 7(6), Ağustos, Eylül, 42-45.
12. Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ocak 2005, Ankara.

13. Becker, M.H. and Janz, N.K. (1985). The Health Belief Model Applied to Understanding Diabetes Regimen Compliance. *The Diabetes Educator*, 11 (1), 41-47.
14. Beğer, T., Erdinçler D.S. ve Çurgunlu A. (2009). Yaşlıda Diabetes Mellitus. *Akademik Geriatri*, 1, 20-30.
15. Benbow, S., Walsh, A., Gill, G. (2001). Brittle Diabetes in the Elderly. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94.
16. Biberoğlu, S. (2006). Yaşlıda Diyabet. *Aylık Tıp Dergisi Galenos*, 9(112), 22-33.
17. Bilir, N. (2002). Toplumun Yaşlanması (Güvenli Yaşlanma). Gökçe Kutsal, Y. (Ed.). Geriatri. Hacettepe Üniversitesi Geriatri Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi.
18. Bilir, N. (2005). Yaşlanan Toplum, Sağlıklı Yaşlanma. Geriatri Derneği Yayını. Genişletilmiş 2. Baskı, Ankara.
19. Birren, J.E. (1982). The Psychology of Aging. Prentice Hall, Inc. New Jersey.
20. Brant, C.F. (2004). Tip 2 Diyabetin Tıbbi Tedavisi. Beşinci Baskı, ADA. Portcity Press.
21. Can, S. (2006). *Diyabetli Yaşlıların Bakım Gereksinimleri ve Karşılaştıkları Güçlüklerin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
22. Champion, V.L. (1985). Use of The Health Belief Model in Determining Frequency of Breast Self Examination. *Research in Nursing Health*, 8, 373-379.
23. Chau, D. and Edelman, V. (2004). Clinical Management of Diabetes in the Elderly. *Clinical Diabetes*, 19, 4.
24. Chronic Diseases and Health Promotion. (Erişim tarihi: 29.02.2012). <http://www.who.int/chp/en/>
25. Coates, V.E. and Boore, J.R. (1996). Knowledge and Diabetes Self-Management. *Patient Education of Counseling*, 29(1), 99-108.
26. Coffey, L., Gallagher, P., Horgan, O., Desmond, D. and Maclachlan, M. (2009). Psychosocial Adjustment to Diabetes-Related Lower Limb Amputation. *Diabetic Medicine*, 26, 1063-1067.

27. Coşansu, G. (2002). Diyabette Genel Sağlık Önerileri. Erdoğan, S. (Ed.) Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. İstanbul: Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş., 188-189.
28. Coşansu, G. (2009). *Tip 2 Diyabetlilerde Öz-Bakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilimsel-Sosyal Faktörler*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
29. Çelik, S.G. (2002). *Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakıma ve Tedaviye Yönelik Tutumlarının ve İyilik Hallerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
30. Çimen, M., Akbolat, M., Çiftçi, F., Işık, O. ve Şahin B. (2012). Astım Hastalarının Sağlık İnanç Modeline Dayalı Algı ve Tutumları ile Tedavi Başarısına Yönelik Düşüncelerinin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(1), 87-96.
31. Çivi, S. ve Tanrıkulu, S. (2000). Yaşlılarda Bağımlılık ve Fiziksel Yetersizlik Düzeyleri ile Kronik Hastalıkların Prevalansını Saptamaya Yönelik Epidemiyolojik Bir Çalışma. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(3), 85-90.
32. 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), 130-128.
33. Data from the 2011 National Diabetes Fact Sheet. Total Prevalence of Diabetes. (Erişim tarihi: 28 Eylül 2012). <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics>
34. Deakins, D.A. (1994). Teaching Elderly Patients About Diabetes. *American Journal of Nursing*, 94 (4), 38-42.
35. DeCoste, K.C. and Scott, L.K. (2004). Diabetes Update: Promoting Effective Disease Management. *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 52(8), 344-353.
36. Demir, Ü. ve Dereli, N. (1992). İnsülin Kullanılan Diabetes Mellituslu Yaşlıların Hastalık ve Bakıma İlişkin Bilgilerinin Saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(3), 25-37.
37. Diabetes, Aging in the Know. (2005). (Erişim tarihi: 18.09.2012). http://www.healthinaging.org/agingintheknow/chapters_ch_trial.asp?ch=29

38. Dietrich, U.C. (1996). Factors Influencing the Attitudes Held by Women with Type II Diabetes: A Qualitative Study. *Patient Education and Counseling*, 29(1),13-23.
39. Diker, J. (2000). Körfez 6 No'lu Sağlık Ocağı ile Yüzbaşılar Sağlık Ocağı Bölgelerinde 65 Yaş ve Üzerindeki Kişilerde Kronik Hastalıklar ve İlaç Kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(3), 91-97.
40. Dinçağ, N. (2001). *Diabetes Mellituslu Hastanın Eğitimi*. Yenigün, M., Altuntaş, Y. (Ed.), Her Yönüyle Diabetes Mellitus, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 997-1002.
41. DüNDAR, P.E., ÖZMEN, D., ÖZTÜRK, B., HASPOLAT, G., AKYILDIZ, F., ÇOBAN, S. ve ÇAKIROĞLU, G. (2006). The Knowledge and Attitudes of Breast Self-Examination and Mammography in a Group of Women in a Rural Area in Western Turkey. *BMC Cancer*, 6, 43- 56.
42. Ellidokuz, H.E., Uçku, R. ve Aydın, Ü. (2005). Kurumda Evde Yasayan Yaşlılarda Sağlık Durumu Değerlendirmesi. *Sağlık ve Toplum*, 15(2), 40-44.
43. Erol, H. (2010). SPSS Paket Programı ile İstatistiksel Veri Analizi, Nobel Kitabevi, Adana.
44. Finfgeld, D.L., Wongvatunya, S., Conn, V.S., Grando, V.T. and Russell, C.L. (2003). Health Belief Model and Reversal Theory: a Comparative Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 288-297.
45. Gerberding, J.L. (2006). Healthy Aging: Preventing Disease and Improving Quality of Life Among Older Americans at A Glance. Centers for Disease Control and Prevention.
46. Gökçe Kutsal, Y. (2003). Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*, 24(3-4), 1-6.
47. Gökçe Kutsal, Y. (2003). Yaşlanan Kadının Sağlık Sorunları, Sağlıklı Yaşlanma. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi, Sayfa:34.
48. Gökçe Kutsal, Y. (2005). Yaşlanan Dünya ve Yaşlanan İnsan, Sağlıklı Yaşlanma. Genişletilmiş 2. Baskı Ankara: Geriatri Derneği, Sayfa:13-15.
49. Gönen, S.M., Kısakol, G., Dikbaş, O., Güngör, K., Koruk, İ., Hidayetoğlu, T. ve diğerleri. (2004). Konya Metropolündeki Alışveriş Merkezlerinde Diabet ve İlgili

- Risk Faktörlerinin Toplum Tabanlı Taranması. *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi*, 13(3), 93-97.
50. Gözüm, S. ve Aksayan, S. (1998). Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-etkililik Algısının Önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1), 35-42.
51. Güler, Ç. (1997). Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık. Geriatri 1. Gökçe, K.Y., Çakmakçı, M., Ünal, S. (Ed.) Medicographics Ajans ve Matbaası, Ankara, Cilt 1, 50-60.
52. Hannah, J.B, Alberts, J. (2005). Motivators and Barriers to Attending a Diabetes Education Class and Its Impact on Beliefs, Behaviors, and Control Over Diabetes, *Geriatric Nursing*, Vol: 26 (1), 50-58.
53. Herpertz, S., Kramer-Paust, R., Paust, R., Schleppinghoff, B.S., Best, F., Bierwirth, R. ve diğerleri. (2002). Association Between Psychosocial Stress and Psychosocial Support in Diabetic Patients. *International Congress Series*, 1241, 51-58.
54. Hiss, R.G., Anderson, R.M., Hess, G.E., Stepien, C.J. and Davis, W.K. (1994). Community Diabetes Care: A 10 year Perspective. *Diabetes Care*, 17,1124-1134.
55. Hjelm, K., Nyberg, P. and Apelquist, J. (2002). Gender Influences Beliefs About Health and Illness in Diabetic Subjects With Severe Foot Lesions. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (6), 663-672.
56. International Diabetes Federation. (2009). Diabetes Atlas, 4th Edition, Brussels.
57. Jane, P. (2001). Developing a New Model for Cross-Cultural Research: Synthesizing the Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action. *Advanced in Nursing Science*, 23 (4), 1-15.
58. Janz, N.K. and Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: a Decade Later, *Health Education*, 11 (1), 1-47.
59. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Disease, Report of WHO Study Group. Geneva. 28 January-1 February. (2002).
60. Kan, E., Kılıç, E., Çeliker, Ü., Çolak, R. ve Küçüksu, M. (2007). Endokrinoloji Polikliniğine Başvuran Hastalarda Diyabetik Retinopati Bilinci. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 14(4), 245-249.

61. Karagöz, S. (1997). *Diyabet ve Hemşirelik*, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.
62. Kartal, A. (2006). *Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnançına ve Diyabet Yönetimine Etkisinin İncelenmesi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
63. Kartal, A. ve Özsoy, S. (2007). Validity And Reliability Study for the Turkish Version of Health Belief Model Scale in Diabetic Patients. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1447-1458.
64. Kır, E. (2003). *Diyabetli Hastaların Sağlık İnançlarının Bakımlarına Olan Etkisinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
65. Kinsella, K. and Wan, H. (2009). U.S. Census Bureau: International Population Reports. An Aging World: 2008. Washington: U.S. Government Printing Office, DC, 1-209. (Erişim: 25 Şubat 2012). <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf>.
66. Kitiş, Y. (2004). Diyabetlilerin Evde İzlenmesinin Diyabet Kontrolüne Etkisi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7(3), 1-9.
67. Kumcağız, H., Özenoğlu, A., Aydın, Avcı, İ. ve Uğurlu, S. (2009). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Bunaltı Düzeyleri ve Stresle Başetme. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31, 122-129.
68. Lee, S., Chiu, A., Tsang, A., Chow, C.C. and Chan, W.B. (2006). Treatment-Related Stresses and Anxiety-Depressive Symptoms Among Chinese Outpatients with Type 2 Diabetes Mellitus in Hong Kong. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 74, 282-288.
69. McDonald, P.E., Tilley, B.C. and Havstad, S.L. (1999). Nursing Perception: Issues that Arise in Caring for Patients with Diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (2), 425-430.
70. Meneilly, S. (2003). Diabetes in the Elderly. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, sf; 106-109.
71. Michail, B.L. (1994). The Health Belief Model: A Review and Critical Evaluation of the Model. Research and Practice Inc Hinn PL (Ed). Developing Substance Mid-range. *Theory in Nursing Advanced in Nursing Science Series*. An Apsen Publication Maryland, 72-92.

72. Miura, H., Satake, S., Fujisawa, M., Kamitani, H. and Endo, H. (2006). Comprehensive Geriatric Assesment for Management of the Elderly with Diabetes Mellitus. *Japanese Journal of Clinical Medicine*, 64(1),106-11.
73. Muscari, M. (1998). Coping with Chronic Illness. *American Journal of Nursing*, 98,20.
74. Nakahara, R., Yoshiuchi, K., Kumano, H., Hara, Y., Suematsu, H. and Kuboki, T. (2006). Prospective Study on Influence of Psychosocial Factors on Glycemic Controlin Japanese Patients with Type 2 Diabetes. *Psychosomatics*, 47, 240-246.
75. Onat, A. (2009). TEKHARF Çalışması. Figür Grafik Matbaacılık, İstanbul.
76. Ovayolu, N., Parlar, S. ve Karakaş, S. (2003). Diyabet ve Hipertansiyonu Olan Hastalarda Erken Tedavi ve Hemşirelik Eğitiminin Önemi. *Hemşirelik Forumu*, 6, (4), 19-23.
77. Önal, A.E. (2006). Gerontoloji Demografik Özellikler Epidemiyolojik Ölçütler. İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 4-6.
78. Öz, F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş. Ankara, 26-29.
79. Özcan, Ş. (1999). *Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
80. Penick, J.M. (2001). Life Style Personality Dynamics, Health Beliefs and Adherence With Diabetic Regimens, A Dissertation Degree of Doctor in Philosophy, The Department of Counselling and Phychological Services, The College of Education Georgia State University.
81. Peters, J., Hutchinson, A., Mackinnon, M., McIntosh, A. and Cooke, J. (2001). What Role do Nurses Play in Type 2 Diabetes Care in The Community: a Delphi Study. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (2), 179-188.
82. Peyrot, M., McMurry, J.F. and Kruger, D.F. (1999). A Biopsychosocial Model of Glycemic Control in Diabetes: Stress, Coping and Regimen Adherence. *Journal of Health Social Behavior*, 40(2), 141-158.
83. Pınar, R. (1998). Diyabet ve Yönetimi. Merve Matbaacılık, İstanbul.
84. Potter, P.A. and Perry, A.G. (1999). *Basic Nursing: A Critical Thinking Approach*. Fourty Edition, St. Louis, Mosby Year Book, Toronto.

85. Ratanasuwan, T., Indharapakdi, S., Promrerker, R., Komolviphat, T. and Thanamai, Y. (2005). Health Belief Model About Diabetes Mellitus in Thailand: The Culture Concensus Analysis. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 88 (5), 623-631.
86. Redding, C.A., Rossi, J.S., Rossi, R.S., Velicer, W.F. and Prochaska, J.O. (2000). Health Behavior Models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3, 180-193.
87. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Kronik Hastalıklar Raporu, 16 Şubat 2006.
88. Satman, İ. ve TURDEP Çalışma Grubu. (2011). TURDEP-II Sonuçları, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi.
89. Schwab, T., Meyer, M. and Merrell, R. (1994). Measuring Attitudes and Health Beliefs among Mexican-Americans with Diabetes. *The Diabetes Educator*, 20 (3), 221-227.
90. Sinclair, A.J. (2004). Aging& DM. In: De Fronzo, R.A., Ferrannini, E., Keen, H., Zimmet, P. (Ed.). *International Textbook of DM*. 3 rd ed. England: J Wiley & Sons Ltd, 1579-97.
91. Skinner, C., Crado, C.K., Sue, R.G.N., Dip, N., Arundel, F., Graham, W. (2003). Self-Management Education for Individuals Newly Diagnosed With Type 2 Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 16: 75-80.
92. Skinner, T.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.
93. Sözen, T. (2005). Tip 2 DM, Glisemik Hedefler ve Tedavide Dikkat Edilecek Hususlar. IV. Ulusal Geriatri Kongresi, Antalya-İstanbul, 73-77.
94. Stanhope, M. and Lancaster, J. (2000). *Community Public Health Nursing*. Fifty Edition, Mosby, St. Louis, Toronto, 271.
95. Stolk, R., et al. (1997). Diabetes Mellitus, Impaired Glucose Tolerance, and Hyperinsulinemia in an Elderly Population, the Rotterdam Study. *American Journal of Epidemiology*, 145(1).

96. Talaz, A. (2007). *Diyabetik Ayak Gelişen ve Gelişmeyen Hastalarda Kan Şekeri Kontrolünün ve Psikososyal Uyumun Değerlendirilmesi*. Yüksek lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
97. Tan, M.Y. (2004). The Relationship of Health Beliefs and Complication Prevention Behaviors of Chinese Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 66 (1), 71-77.
98. Telatar, T.G. ve Özcebe, H. (2004). Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7 (3), 162-165.
99. The 2012 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2010-2060). *European Economy*, 2, 2012.
100. Toprak, İ. Soysal, T. ve Bal, E. (2002). Yaşlı Sağlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
101. Topuz, O. (2001). *Diyabetes Mellitus ve Egzersiz*. Yenigün, M., Altuntaş, Y. (Ed.). Her Yönüyle Diabetes Mellitus, İstanbul, 921-932.
102. Tümerdem, Y. (2006). Gerçek yaş (Real age). *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (3), 195-196.
103. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus Projeksiyonları ve Tahminleri. (Erişim:19 Ağustos 2012).http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11.
104. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri İle Mücadele Politikaları. Erkoç, Y., Yardım, N. (Ed.). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2011.
105. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlılarda Ulusal Eylem Planı: DPT, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, 2007. (DPT: 2741) 113.
106. Ulusal Kronik Hastalık Yönetimi (Kontrol) ve Entegrasyon Projesi. (2000), Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
107. Us, S. (2007). *Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Anksiyete Depresyon Oranı, Seviyesi, Etki Eden Hastalık Özellikleri ve Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Farklılıkları*. T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.

108. Ünlüsoy, F. (2009). *Tip 2 Diyabetlilerde Kan Şekeri İzleminin Yaşam Kalitesi ve Diyabet Kontrolü Üzerine Etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
109. Weinman, J. (1987). Beliefs and Behaviour in Health and Illness. *Nursing*, 18, 658-660.
110. Wen, L.K., Parchman, M.L. and Shepherd, M.D. (2004) . Family Support and Diet Barriers Among Older Hispanic Adults with Type 2 Diabetes. *Family Medicine*, 36(6), 423-430.
111. WHO (2001). *Man Ageing and Health, Achieving Health Across the Life Span*. Geneva.
112. Wiener, J. and Tilly, J. (2002). Population Ageing in the United States of America: implications for public programmes. *International Journal of Epidemiology*, 31, 776-781.
113. World Health Organization (2002). *Active Ageing: A Policy Frame Work*. (Erişim: 20 Ekim 2012)
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf.
114. World Health Organization (WHO), *Stop the Global Epidemic of Chronic Disease*. (Erişim tarihi: 26.08.2012).
http://www.wpro.who.int/media_centre/press_releases/pr_20051005.html.
115. World Health Organization (WHO). *Diabetes Mellitus*. (Erişim tarihi: 28 Eylül 2012). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en/>
116. Yenigün, M. (2001). *Her Yönüyle Diabetes Mellitus*. Nobel Tıp Kitabevi, 2. Baskı, İstanbul, 51-61, 63-7, 69-81, 215-17, 237-43.
117. Yeşilbalkan, Ö. (2001). *Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri ve Öz Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1986 yılında Karaman’da doğmuştur. İlköğretim ve lise öğrenimini Konya’da tamamlamıştır. 2009 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nden ikincilikle mezun olan araştırmacı, Ağustos 2009- Ocak 2010 tarihleri arasında Konya Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Servisinde ve Ağustos- Eylül 2010 tarihleri arasında da Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi şevket Demirel Kalp Merkezi Kardiyoloji Servisinde servis hemşiresi olarak alışmıştır. Eylül 2010’ da Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nda “Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı” kapsamında araştırma görevlisi olarak alışmaya başlayan araştırmacı Eylül 2011 yılından itibaren Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda araştırma görevlisi olarak alışmaktadır.

EKLER

EK 1. TANITICI BİLGİLER FORMU

Anket No:

Tarih:

A. Sosyo-Demografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz a. Kadın b. Erkek
2. Yaşınız? _____
3. Medeni durumunuz: a. Evli b. Bekar c. Dul/ Boşanmış
4. Eğitim durumunuz
 - a. Okur yazar değil c. Okur yazar e. Ortaokul
 - b. İlkokul d. Lise f. Üniversite
5. Çalışma durumunuz nedir? a. Çalışıyor b. Çalışmıyor
6. Daha önceki çalışma durumunuz nedir?
 - a. Çalışan
 - b. Çalışmayan
7. Sosyal güvenceniz var mı? a. Var b. Yok
8. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
 - a. Çok iyi c. Orta e. Çok Kötü
 - b. İyi d. Kötü
9. Yaşadığınız yer?
 - a. Köy b. Kasaba c. İlçe d. İl
10. Kiminle yaşıyorsunuz?
 - a. Yalnız b. Aile c. Akrabalar d. Diğer

(Açıklayınız....)

B. Hastalık İle İlişkili Bilgiler

1. Ailenizde diyabet hastası var mı ? a.Yok b. Var (Açıklayınız/Yakınlık derecesi)
2. Kaç yıldır/aydır diyabet hastasıınız?ay/yıl
3. Diyabet tanısını nasıl aldınız? Açıklayınız.....
4. Diyabet tedavi şekliniz hangisidir?
 - a. Yalnızca Diyet c. Diyet ve İnsülin
 - b. Diyet ve oral antidiyabetik d. Diyet, Oral antidiyabetik ve İnsülin

5. Oral anti-diyabetik tedavinizi kaç yıldır kullanıyorsunuz?
6. İnsülini kaç yıldır kullanıyorsunuz?.....
7. İnsülini kendiniz mi yapıyorsunuz? a. Evet b. Hayır
(Açıklayınız)
8. Kan şekeri ölçümü yapıyor/yaptırıyor musunuz?
a. Hayır
b. Evet (Ölçüm Yeri ve Sıklığını Belirtiniz.....)
9. Egzersiz yapıyor musunuz?
a. Hayır
b. Evet (Tipi ve Sıklığını Belirtiniz.....)
10. Diyetinize uyumunuz sizce nasıl?
a. İyi b. Orta c. Kötü
11. Sıklıkla ne tür yiyecekler tüketiyorsunuz?
a. Sebze-meyve ağırlıklı d. Hayvansal gıda ağırlıklı
b. Hamur işleri, makarna vb. ağırlıklı e. Sebze-meyve ve hayvansal gıda ağırlıklı
c. Diğer (Belirtiniz.....)
12. Diyabete ilişkin herhangi bir **eğitim** programına katıldınız mı?
a. Hayır
b. Evet
i. Bir kez ii. Birden fazla
(Yer, Süre, İçerik ve Eğiticiyi Açıklayınız.....)
13. Diyabet ile ilgili daha fazla bilgi/eğitim gereksinimiz var mı?
a. Hayır
b. Evet (İçeriğini Belirtiniz.....)
14. Diyabetinizin kontrolü için ne sıklıkta doktora başvuruyorsunuz?.....
15. Diyabete bağlı akut komplikasyon yaşıyor musunuz?
a. Hayır
b. Evet ise;
a. Hipoglisemi (Kan Şekeri Düşüklüğü) Sıklığı/Hafta
b. Hiperglisemi (Kan Şekeri Yüksekliği) Sıklığı/Hafta

16. Diyabete bağlı kronik komplikasyon gelişti mi?

- a. Hayır
- b. Evet ise;
 - i. Retinopati (Görmenin Etkilenmesi) Kaç yıl.....
 - ii. Nefropati (Böbreklerin Etkilenmesi) Kaç yıl.....
 - iii. Nöropati (Duyu Kaybı) Kaç yıl.....
 - iv. Ayak yarası

17. Tedaviye uyumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a. İyi
- b. Orta
- c. Kötü

18. Diyabet dışında herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- a. Hayır
- b. Evet (Tanı ve süreyi belirtiniz.....)

19. Diyabet nedeniyle hiç hastaneye yattınız mı?

- a. Hayır
- b. Evet (Açıklayınız.....)

20. Sigara kullanıyor musunuz?

- a. Hayır
- b. Evet (Süre ve Miktarı Belirtiniz.....)

21. Alkol kullanıyor musunuz?

- a. Hayır
- b. Evet (Süre ve Miktarı Belirtiniz.....)

22. İzlem Sonuçları (Veriler Dosyadan Alınacaktır)

Parametre	Değer	Parametre	Değer	Parametre	Değer
Açlık Kan Şekeri		HbA1C		Total Kolesterol	
Parametre	Değer	Parametre	Değer	Parametre	Değer
Tokluk Kan Şekeri		HDL		Trigliserid	
Parametre	Değer	Parametre	Değer	Parametre	Değer
Kan Basıncı		BKI (kg/cm ²)		Mikroalbüminüri	

EK 2. DİYABET HASTALARINDA SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

1. Kesinlikle Katılmıyorum 3. Kararsızım 5. Kesinlikle Katılıyorum
2. Katılmıyorum 4. Katılıyorum

Algılanan Duyarlılık	1	2	3	4	5
Tip I (genç tipi) diyabetli kişilerde diyabet komplikasyonu gelişme şansı yüksektir					
Tip 2 (erişkin tip)diyabetli kişilerde genellikle diyabet komplikasyonları gelişmeyeceğini düşünüyorum					
Kendimi iyi hissettiğim sürece bende diyabet komplikasyonlarının gelişmesi mümkün değildir					
Yaralarım çabuk iyileştiği için bende diyabet komplikasyonu gelişmez					
Algılanan Ciddiyet	1	2	3	4	5
Diyabetin ciddiye alınması gereken bir hastalık olduğunu düşünüyorum					
Tip I diyabet ciddi bir hastalıktır					
Tip 2 diyabet Tip I diyabet kadar ciddi bir hastalıktır					
Algılanan Yararlar	1	2	3	4	5
Kan şekerini normale yakın düzeyde tutmak diyabet komplikasyonlarını önler					
Düzenli olarak egzersiz yapmanın kan şekerinin kontrolüne yardımcı olacağına inanıyorum					
Aşırı kilolu diyabetlilerde kilo vermek (zayıflamak) komplikasyonların gelişmesini önlemeye ya da geciktirmeye yardım eder					
Sigarayı bırakma diyabet komplikasyonları önlemeye ya da geciktirmeye yardım eder					
Düzenli olarak şekerli yiyeceklerden uzak durmak (kaçınmak) diyabetin kontrol altında tutulmasına yardım eder					
Az yağlı diyetle beslenmenin diyabet komplikasyonların geciktireceğini inanıyorum					
Kan basıncının kontrol altında tutulması diyabetin komplikasyonlarını önlemede ya da geciktirmede yardım eder					
Algılanan Engeller	1	2	3	4	5
Diyabetin komplikasyonu mutlaka oluşacağı için kan şekerini kontrol altında tutmaya çalışmanın bir yararı olmadığına inanıyorum					
Tip 2 diyabetli bireylerin düzenli olarak kan şekeri testi yapmasına gerek					

yoktur					
Düzenli olarak doktora gittiğim için evde kan şekeri testi yapmama gerek yoktur.					
Kızartılmış ve yağlı yiyecekler tüketmek diyabetli bireyler için zararlı değildir					
İlaçlarımı her gün düzenli aldığım sürece diyetimi kontrol etmem gerekmez					
Sigara içme ile diyabet komplikasyonları arasında bir ilişki yoktur					
Bedenin hafifçe şişman görünmesi sağlığın iyi olduğunun bir işaretidir					
Ayaklarım sağlıklı görüldüğü sürece her gün ayaklarımı kontrol etmek zorunda değilim					
Diyabet tedavi edilebilir bu yüzden de ciddi bir hastalık değildir					
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	1	2	3	4	5
Kan şekerini kontrol altında tutmak önemlidir					
Kan şekerini haftada birkaç kez evde kontrol etmem önemlidir					
Kilomu kontrol altında tutmam önemlidir					
Sigarayı bırakmak önemlidir					
Az yağlı diyet almak önemlidir					
Düzenli olarak şekerli gıdalar yemekten kaçınmak önemlidir					
İlaçların reçetede yazıldığı gibi alınması önemlidir					
Her gün ayaklarımı kontrol etmem önemlidir					
Düzenli olarak kan basıncının kontrol edilmesi önemlidir					
Düzenli olarak egzersiz yapmam önemlidir					

EK 3. EK TABLOLAR

Ek Tablo 1. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Medeni Durum		
	Evli (n=14)	Dul/ Boşanmış (n=56)	İstatistiksel Analiz
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	3.0 ± 0.4	2.9 ± 0.3	z= -0.665 p= 0.506
Algılanan Ciddiyet	4.0 ± 0.5	3.9 ± 0.5	z= -0.405 p= 0.685
Algılanan Yararlar	3.6 ± 0.5	3.4 ± 0.2	z= -1.603 p= 0.109
Algılanan Engeller	3.2 ± 0.6	2.9 ± 0.3	z= -0.949 p= 0.342
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.8 ± 0.5	3.5 ± 0.2	z= -1.474 p= 0.141
Ölçek Toplam Puan	3.5 ± 0.4	3.3 ± 0.2	z= -1.633 p= 0.103

Ek Tablo 2. Hastaların Yaşadıkları Yere Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Yaşanılan Yer		
	Köy/Kasaba/İlçe (n=14)	İl (n=56)	İstatistiksel Analiz
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	2.8 ± 0.3	3.0 ± 0.4	z= -0.831 p= 0.406
Algılanan Ciddiyet	3.8 ± 0.5	4.0 ± 0.5	z= -0.559 p= 0.576
Algılanan Yararlar	3.7 ± 0.7	3.6 ± 0.4	z= -0.084 p= 0.933
Algılanan Engeller	3.2 ± 0.6	3.1 ± 0.5	z= -0.538 p= 0.590
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.8 ± 0.7	3.7 ± 0.4	z= -0.019 p= 0.985
Ölçek Toplam Puan	3.5 ± 0.5	3.4 ± 0.4	z= -0.009 p= 0.993

Ek Tablo 3. Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Birlikte Yaşadığı Kişiler				İstatistiksel Analiz
	Yalnız (n=10)	Aile (n=22)	Eşi (n=22)	Akraba/ Oğlu/ Kızı/ Bakıcı (n=16)	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	2.9±0.4	2.8 ± 0.3	3.1±0.4	2.9 ± 0.3	$X^2= 4.541$ p= 0.209
Algılanan Ciddiyet	3.9±0.4	3.8 ± 0.5	4.0±0.6	3.9 ± 0.5	$X^2= 3.287$ p= 0.349
Algılanan Yararlar	3.6±0.3	3.6 ± 0.6	3.7±0.4	3.4 ± 0.3	$X^2= 4.826$ p= 0.185
Algılanan Engeller	3.1±0.3	3.1 ± 0.7	3.1±0.5	2.9 ± 0.3	F= 0.888 p= 0.452
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.6±0.3	3.7 ± 0.6	3.8±0.5	3.6 ± 0.3	F= 0.746 p= 0.528
Ölçek Toplam Puan	3.4±0.2	3.4 ± 0.5	3.5±0.4	3.3 ± 0.2	F= 1.022 p= 0.389

Ek Tablo 4. Hastaların Diyabet Tedavilerine Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Diyabet Tedavisi				İstatistiksel Analiz
	Yalnızca Diyet (n=4)	Diyet & OAD (n=38)	Diyet & İnsülin (n=15)	Diyet, OAD & İnsülin (n=13)	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	3.0 ± 0.2	2.9 ± 0.4	3.1 ± 0.4	2.9 ± 0.4	X ² = 3.039 p= 0.386
Algılanan Ciddiyet	3.9 ± 0.2	3.9 ± 0.5	4.1 ± 0.4	3.8 ± 0.7	X ² = 1.459 p= 0.692
Algılanan Yararlar	3.8 ± 0.6	3.6 ± 0.4	3.7 ± 0.4	3.4 ± 0.3	X ² = 5.545 p= 0.136
Algılanan Engeller	3.5 ± 0.7	3.0 ± 0.5	3.3 ± 0.6	3.0 ± 0.4	X ² = 7.080 p= 0.069
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.9 ± 0.8	3.7 ± 0.5	3.8 ± 0.5	3.5 ± 0.3	X ² = 3.119 p= 0.374
Ölçek Toplam Puan	3.7 ± 0.5	3.4 ± 0.4	3.6 ± 0.4	3.3 ± 0.3	X²= 5.930 p= 0.115

Ek Tablo 5. Hastaların Ailesinde Diyabet Olma Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

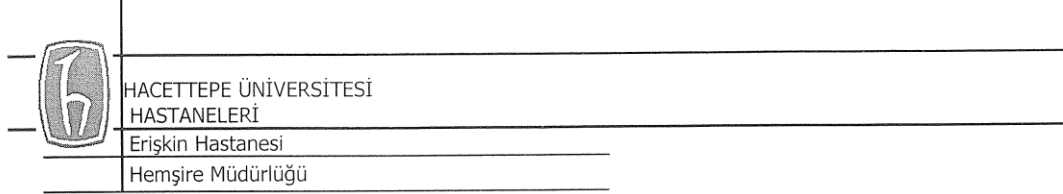
SİM Ölçeği Alt Boyutları	Ailede Diyabet Olma Durumu		
	Evet (n=37)	Hayır (n=33)	İstatistiksel Analiz
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	2.9 ± 0.4	2.9 ± 0.4	z= -0.096 p= 0.923
Algılanan Ciddiyet	3.9 ± 0.6	4.0 ± 0.4	z= -0.018 p= 0.985
Algılanan Yararlar	3.6 ± 0.5	3.6 ± 0.4	z= -0.703 p= 0.482
Algılanan Engeller	3.1 ± 0.6	3.1 ± 0.5	z= -0.059 p= 0.953
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.7 ± 0.5	3.7 ± 0.4	z= -0.646 p=z 0.518
Ölçek Toplam Puan	3.4 ± 0.4	3.4 ± 0.4	z= -0.653 p= 0.514

Ek Tablo 6. Hastaların Akut Komplikasyon Yaşama Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Akut Komplikasyon Yaşama Durumu		
	Evet (n=24)	Hayır (n=46)	İstatistiksel Analiz
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	2.9 ± 0.4	3.0 ± 0.4	z= -1.190 p= 0.234
Algılanan Ciddiyet	3.9 ± 0.6	3.9 ± 0.5	z= -0.310 p= 0.756
Algılanan Yararlar	3.5 ± 0.4	3.6 ± 0.4	z= -1.643 p= 0.100
Algılanan Engeller	3.1 ± 0.6	3.1 ± 0.5	z= -0.286 p= 0.775
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.6 ± 0.5	3.7 ± 0.5	z= -1.203 p= 0.229
Ölçek Toplam Puan	3.4 ± 0.4	3.4 ± 0.4	z= -1.096 p= 0.273

Ek Tablo 7. Hastaların Kronik Komplikasyon Yaşama Durumlarına Göre Sağlık İnanç Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=70)

SİM Ölçeği Alt Boyutları	Kronik Komplikasyon Yaşama Durumu		
	Evet (n=28)	Hayır (n=42)	İstatistiksel Analiz
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Algılanan Duyarlılık	2.9 ± 0.4	2.9 ± 0.4	z= -0.258 p= 0.797
Algılanan Ciddiyet	3.8 ± 0.5	4.0 ± 0.5	z= -1.390 p= 0.164
Algılanan Yararlar	3.6 ± 0.5	3.6 ± 0.4	z= -0.128 p= 0.898
Algılanan Engeller	3.1 ± 0.5	3.1 ± 0.5	z= -0.048 p= 0.962
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.6 ± 0.5	3.7 ± 0.5	z= -1.576 p= 0.115
Ölçek Toplam Puan	3.4 ± 0.4	3.4 ± 0.4	z= -0.834 p= 0.404

EK 4. İZİN YAZILARI**EK 4.1. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI KURUM İZİN YAZISI**

B.30.2.HAC.0.70.10.09/884

11.05.2012

Erişkin Hastanesi Başhekimliği'ne,

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Hatice Arısoy'un "Yaşlı Diyabetli Hastaların Hastalık ve Sağlığa İlişkin Tutumları" konulu tezinin ön uygulamasını 18 Haziran-30 Kasım 2012 tarihleri arasında Hastanemizin Geriatri Polikliniğinde mesai saatleri içerisinde uygulama yapması müdürlüğümüzce uygundur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Gönül YIDIRIM
Hemşire Müdürü



EK 4.2. AYDINLATILMIŞ YAZILI ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Araştırmacının Açıklaması:

“Yaşlı Diyabetli Hastaların Hastalık ve Sağlığa İlişkin Tutumları” adlı bu araştırma ile diyabetli hastaların sağlık inanç modeline dayalı tutumlarının belirlenerek hastalığın iyi yönetiminin sağlanmasında etkili faktörlerin tanınmasında hemşirelere yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Çalışma için sizden, araştırmacı tarafından yüz yüze doldurulacak Tanıtıcı Bilgiler Formuna ve hastalar tarafından doldurulacak olan Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine eksiksiz cevap vermeniz beklenmektedir. Sorulara vereceğiniz yanıtların içtenlikle olması cevapların geçerliliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle formları boş bırakmadan doldurmanızı ve gerçeği yansıtan yanıtlar vermenizi rica ederim.

Araştırmanın Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri polikliniğine başvuran hastalar ile yapılması planlanmıştır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu formu okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız.

Bu veriler bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılmasının dışında başka bir yerde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. İmzalı bu formun bir kopyası size verilecektir.

Katkılarınız için teşekkürler ederim.

Katılımcının Beyanı:

Sayın Araştırmacı Hatice ARISOY tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı bildirilerek, yapılacak araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Yapılan ön bilgilendirme sonrası böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam adı geçen araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırmacının büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmayı zor durumda bırakmamak için çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Hatice Arısoy'a aşağıdaki telefon ve adresten ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyetle ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı:
Adı- Soyadı:

Adres:

Telefon:
İmza:

Görüşme Tanığı:

Adı- Soyadı:
Arş.Gör. Hatice ARISOY

Adres:
Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

06100 Samanpazarı/ANKARA
Telefon: Cep: 0533 720 07 30

İmza:

EK 4.3. ÖLÇEK İZİN YAZISI



hatice arisoy <haticearisoy@gmail.com>

(konu yok)

2 ileti

hatice arisoy <haticearisoy@gmail.com>

11 Mayıs 2012 16:07

Kime: akartal@pau.edu.tr

Sayın Asiye KARTAL,

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde Araştırma Görevlisiyim. Yüksek lisans tezimdaki konum "Yaşlı Diyabetli Hastaların Hastalık ve Sağlığa İlişkin Tutumları"dır. Tezimde geçerlik güvenirliğini yapmış olduğunuz "Validity and reliability study of Turkish version of Health Belief Model Scale in the diabetic patients" çalışmasında yayınladığınız Sağlık İnanç Modeli ölçeğini kullanmayı planlanlıyorum. Ölçeği kullanabilmem konusunda izninizi istiyorum.

Saygılarımla,

Arş. Gör. Hatice ARISOY

Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Sıhhiye/ ANKARA
06100
Tel: 0 546 8817574

akartal@pau.edu.tr <akartal@pau.edu.tr>

11 Mayıs 2012 16:57

Kime: haticearisoy@gmail.com

Merhaba

Ölçeği kullanabilirsiniz. Yayına da ulaşmışsınız. Size tezinizde başarılar diliyorum.

EK 4.4. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580
E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

1 Temmuz 2012

Sayı: B.30.2.HAC.0.05.07.00 979

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 03 TEMMUZ 2012 SALI
Toplantı No : 2012/07
Proje No : LUT 12/32 (Değerlendirme Tarihi 05.06.2012)
Karar No : LUT 12/32 - 05

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim görevlilerinden Dr. İmatullah AKYAR sorumlu araştırmacısı olduğu, araştırma görevlisi Hatice ARISOY'un tezi olan LUT 12/32 kayıt numaralı ve *"Yaşlı Diyabetli Hastaların Hastalık ve Sağlığa İlişkin Tutumları"* başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu

(Başkan) | 9 Prof. Dr. Songül Vaizoğlu

(Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken

(Üye) | 10. Prof. Dr. Melahat Görduysus
(Üye) |
| 3. Prof. Dr. Hakan S. Orer
KATILMADI
(Üye) | 11. Doç. Dr. R. Köksal Özgül

(Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu

(Üye) | 12. Doç. Dr. Cansın Saçkesen

(Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer

(Üye) | 13 Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan

(Üye) |
| 6. Prof. Dr. Meral Aksoy
(Üye) | 14. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan

(Üye) |
| 7. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay

(Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl
KATILMADI
(Üye) |
| 8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal
(Üye) | 16. Av. Meltem Onurlu

(Üye) |