

Tip 2 Diyabetli Olan Kadınların Diyabet Öz-Etkililik Düzeyleri ile Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Sevilay Şimşek

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik
Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Ocak 2024
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdürü

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Sevinç Taştan
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Hatice Bebiş

2. Yrd. Doç. Dr. Dilay Necipoğlu

3. Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin

ÖZ

Bu araştırma, tip 2 diyabetli olan kadınların diyabet öz-etkililik düzeyleri ile yaşam doyumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Korelasyonel araştırma tasarımına uygun olarak planlanan araştırmanın verileri, Ekim 2022 ve Aralık 2022 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Bilinmeyen evren üzerinde çalışılmış, örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırmanın çalışma grubunu Gazimağusa Devlet Hastanesi Polikliniklerine başvuran ≥ 40 - < 65 yaş arası 300 kadın oluşturmuştur. Veriler Tip 2 Diyabet Öz-etkililik Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistikler ile Mann Whitney U, Kruskal Wallis H ve Spearman rho Korelasyon testleri kullanılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada diyabetli kadınların yaş ortalamasının $52,42 \pm 6,72$ olduğu, % 41,3'ünün lise mezunu, % 83,0'ünün evli, % 90,9'unun çocuk sahibi, % 87,4'ünün gelirinin giderine eş, % 57'sinin ailesinde diyabeti olduğu belirlendi. Kadınların diyabet yılı ortalaması $2,33 \pm 1,24$ yıl, HbA1c ortalaması ise $7,70 \pm 0,936$ 'dır. %72,2 si oral antidiyabetik ilaç kullanmakta, % 78,7'sinde diyabete bağlı organ hasarı bulunmazken, %41,9'unun kalp hastalığı olduğu, % 85,7'sinin diyabet dışında 1-2 ilaç kullandığı, % 83,5'inin altı ayda bir doktor kontrolüne gittiği, % 54,8'sinin diyabet konusunda hemşireden eğitim almadığı görülmüştür. Çalışmada kadınların diyabet öz-etkililik düzeylerinin ($66,58 \pm 8,48$) ve yaşam doyumlarının ($15,40 \pm 3,24$) ortalama düzeyde olduğu tespit edilmiştir. *Yaşam Doyumu* ile *Diyabet Öz-etkililik* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p > .05$) saptanmıştır. Ancak *Yaşam Doyumu* ile *Diyet-Ayak Kontrolü* ($r_{\text{rho}} = -.263, p = .000$) ve *Fiziksel Egzersiz* ($r_{\text{rho}} = -.234, p < .$) arasında negatif doğrusal düşük düzeyde, *Tıbbi (medikal) Tedavi* ($r = .721,$

p=.000) arasında ise pozitif doğrusal yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diyabetin Tıbbi Tedavisinin yönetiminde öz-etkililik arttıkça kadınların yaşam doyumlarının arttığı, *Diyet-Ayak Kontrolü* ve *Fiziksel Egzersiz* arttıkça yaşam doyumunu azaldığı söylenebilir. Birlikte eş/çocukla birlikte yaşama, hem yaşam doyumunu hem de öz-etkililiği etkilerken, günlük ihtiyaçları karşılayabilme, ailede diyabet varlığı, diyabet yılı, kullanılan antidiyabetik ilaç tipi ve diyabete bağlı hasarlı organ varlığı öz-etkililik üzerinde etkisi olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak araştırmaya katılan diyabetli kadınların, hem diyabet öz-etkililiği, hem de yaşam doyumlarının ortalama düzeyde olduğu belirlenmiştir. İki ölçeğin toplam puanları arasında bir korelasyon bulunamazken, yaşam doyumunu ile tıbbi tedavi alt boyutu arasında pozitif yönlü güçlü, diyet-ayak kontrolü ve fiziksel egzersiz alt boyutları arasında ise negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Toplumda diyabet farkındalığı artırılarak, erken teşhis ve etkin yönetilmesinde en güçlü sağlık profesyoneli hemşirelerdir. Hemşirelerin diyabet hakkında eğitim, sosyal destek ağlarının kurulması, hastaların güçlendirilmesindeki rollerinin artırılması için düzenlemeler yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: diyabet, kadın, hemşire, öz-etkililik, yaşam doyumunu

ABSTRACT

This study aimed to investigate the relationship between diabetes self-efficacy levels and life satisfaction among women with type 2 diabetes. Data were collected through face-to-face interviews between October and December 2022, using a correlational research design. The study was conducted on an unknown population without any sample selection. The research study was conducted on a group of 300 women aged between 40 and 65 years who had applied to Famagusta State Hospital Polyclinics. Data was collected using the Type 2 Diabetes Self-Efficacy Scale and the Satisfaction with Life Scale. The statistical analysis of the data was carried out using descriptive statistics, Mann Whitney U, Kruskal Wallis H, and Spearman rho correlation tests. The study considered statistical significance at $p < 0.05$.

The study found that the average age of women with diabetes was 52.42 ± 6.72 . Of the participants, 41.3% had completed high school, 83.0% were married, and 90.9% had children. Additionally, 87.4% had income equal to expenses, and 57% had a family history of diabetes. The mean duration of diabetes was 2.33 ± 1.24 years, and the mean HbA1c was 7.70 ± 0.936 . In the study, 72.2% of the women used oral antidiabetic drugs, 78.7% had no organ damage due to diabetes, 41.9% had heart disease, 85.7% used 1-2 drugs other than diabetes, 83.5% visited the doctor every six months, and 54.8% did not receive any diabetes education from the nurse. The study found that women had an average level of diabetes self-efficacy (66.58 ± 8.48) and life satisfaction (15.40 ± 3.24). There was no correlation ($p > .05$) between life satisfaction and diabetes self-efficacy scores. However, a statistically significant negative linear relationship was found between Life Satisfaction and Diet-Food Control ($r_{\text{rho}}: -0.263$, $p < .001$) and Physical Exercise ($r_{\text{rho}}: -0.234$, $p < .05$), and a positive linear relationship

was found between Medical Treatment ($r_{\text{rho}}: 0.721, p < .001$). It can be argued that an increase in self-efficacy in managing medical treatment for diabetes is associated with an increase in women's life satisfaction. Conversely, an increase in Diet-Foot Control and Physical Exercise is associated with a decrease in life satisfaction. The cohabitation with a spouse or child had an impact on both life satisfaction and self-efficacy. Additionally, self-efficacy was found to be affected by the ability to meet daily needs, the presence of diabetes in the family, the duration of diabetes, the type of antidiabetic medication used, and the presence of diabetes-related organ damage.

It was determined that the diabetic women who participated in the study had an average level of both diabetes self-efficacy and life satisfaction. Although no correlation was found between the total scores of the two scales, it was discovered that there was a strong positive relationship between life satisfaction and the medical treatment sub-dimension, and a weak negative relationship between the diet-foot control and physical exercise sub-dimensions. Nurses play a crucial role in the early diagnosis and effective management of diabetes by raising awareness of diabetes in the community. Regulations should be implemented to expand the involvement of nurses in educating patients about diabetes, establishing social support networks, and empowering patients.

Keywords: diabetes, life satisfaction, nurses, self-efficacy, women

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde tüm bilgilerini benimle paylaşmaktan kaçınmayan, her türlü konuda desteğini benden esirgemeyen Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü danışman hocam, sayın Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin'e, ayrıca yüksek lisans öğrenimim esnasında bütün bilgi ve deneyimleriyle bana destek veren hemşirelik bölümü öğretim üyelerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans öğrenimim boyunca manevi desteklerini benden esirgemeyen yoğun çalışmalarım boyunca sabır gösteren, kahrımı çeken, desteklerini esirgemeyen, sevgileriyle moral motivasyon sağlayan eşim Fatih Şimşek'e, büyük kızım Yağmur Emine Şimşek'e ve küçük kızım Damla Şimşek'e teşekkürlerimi sunarım.

Sevilay Şimşek

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vii
KISALTMALAR	xi
TABLO LİSTESİ	xii
ŞEKİL LİSTESİ	xiii
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 Diyabetin Tanımı	7
2.2 Diyabet Epidemiyolojisi	9
2.3 Diyabetin Tanı Kriterleri	10
2.4 Diyabetin Semptomları (Belirtileri)	12
2.5 Diyabet Komplikasyonları	13
2.6 Diyabette Öz-Etkililik	16
2.7 Diyabetli Bireylerde Yaşam Doyumu ve Yaşam Kalitesi	19
2.8 Öz-Etkililik ve Yaşam Doyumu	23
2.9 Diyabetli Bireylerde Öz-Etkililik ve Yaşam Doyumunda Hemşirelerin Rolü	24
3 GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1 Araştırmanın Tipi	27
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	28
3.4 Araştırmanın Değişkenleri	28
3.5 Veri Toplama Araçları.....	29
3.5.1 Diyabetli Birey Tanıtım Formu	29
3.5.2 Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği (DÖEÖ).....	29
3.5.3 Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)	30
3.5.4 HbA1C (Glikozillenmiş Hemoglobin)	30
3.5.5 Beden Kitle İndeksi (BKİ).....	31
3.6 Veri Toplama Süreci	31
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları	32
3.9 Araştırmanın Etik Boyutu	33
3.10 Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	34
4 BULGULAR.....	35
5 TARTIŞMA	50
6 SONUÇLAR	61
6.1 Sonuçlar.....	61
6.2 Öneriler.....	62
KAYNAKLAR	64
EKLER.....	83
Ek 1: Etik Kurul İzni	84
Ek 2 : Kurum İzni.....	85
Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	86
Ek 4: Birey Tanıtım Formu	90
Ek 5 : Tip 2 Diyabetlilerde Öz-Etkililik Ölçeği	93

Ek 6: Yaşam Doyumu Ölçeği.....	95
EK 7: Ölçek Kullanım İzi.....	96

KISALTMALAR

DCCT	Diyabet Kontrolü ve Komplikasyon Çalışması
DKA	Diyabetik Ketoasidoz
GDM	Gestasyonel Diyabet
HHNK	Hiperglisemik Hiperozmolar Nonketotik Koma
IDF	International Diabetes Foundation
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
TDV	Türkiye Diyabet Vakfı
TEMD	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
OGTT	Oral Glikoz Tolerans Testi
ÖE	Öz Etkililik

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Diyabet Tanı Kriterleri (TEMD, 2021).....	11
Tablo 2. Diyabet Semptomları	12
Tablo 3. Akut ve Kronik Komplikasyonlar.....	13
Tablo 4. Tip 2 Diyabet Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri (n:230)	35
Tablo 5. Tip 2 Diyabet Hastalarının Diyabet İle İlgili Tanımlayıcı Özellikleri (n:230)	37
Tablo 6. Yaşam Doyumu Ölçeği Sorularına Ait Betimsel İstatistik Sonuçları.....	38
Tablo 7. Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği İfadelerine Ait Betimsel İstatistik Sonuçları	39
Tablo 8. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Tanımlayıcı Değerler.....	40
Tablo 9. Diyabet Hastalarının Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Ölçek Puanlarına Ait Karşılaştırma Sonuçları (n:230)	41
Tablo 10. Diyabet Hastalarının Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Ölçek Puanlarına Ait Karşılaştırma Sonuçları (n:230)	44
Tablo 11. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Spearman rho Korelasyon Sonuçları	49

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	34
---	----

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar bir yıl veya daha uzun süreli tedavi ihtiyacı duyulan, bireyin yaşamını kısıtlayan hastalıklar olarak tanımlanır. Kronik hastalıklar (kalp hastalığı, kanser, diyabet vb) Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk sıralarda yer alan, ölüm ve sekel bırakan hastalık sebeplerindendir. Ayrıca, ülkede kronik hastalıkların tedavi ve bakımı sağlık bakım maliyetleri arasında en büyük payı oluşturmaktadır (Cronic Diseases Centre, 2021). Türkiye’de ise meydana gelen yaşam kayıplarının %87, 5’inin kronik hastalıklardan oluştuğu bildirilmektedir (TC Sağlık Bakanlığı, 2021).

Diyabet, pankreasta insulin üretiminin durduğu yada bedende oluşan insülinin yeterli miktarda kullanılamadığı gibi durumlarda meydana gelen ve tüm vücudu etkileyen kronik bir hastalıktır. Tip 2 diyabet yetişkin nüfusta daha çok görülür ve bütün diyabet hastalarının %90'ını kapsar. International Diabetes Federation (IDF) Diyabet Atlası dokuzuncu baskısına göre; 2019 yılında yaklaşık 463 milyon yetişkinin (20-79 yaş) diyabet hastası olduğunu; 2045'te ise bu rakamın 700 milyona kadar çıkabileceği öngörmektedir. Tip 2 diyabetin tüm dünyada hızla artış gösterdiği ve diyabetli yetişkinlerin %79'unun düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde yaşamlarını devam ettirdikleri bilinmektedir. 65 yaş üstünde her beş kişiden biri diyabetli iken, diyabetli iki kişiden birine (232 milyon) henüz teşhis konulmadığı ve diyabetin 4, 2 milyon ölüme sebebiyet verdiği atlasda görülmektedir (International Diabetes Federation, 2021).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'de 2008 senesinde Sağlık Bakanlığı adına yapılmış olan taramada yetişkin nüfusta (20-80 yaş aralığı) diyabet görülme oranının %11 ve glikoz tolerans bozukluğunun (gizli şeker) %18 olduğu ortaya çıkmıştır (Soytaç, 2019). IDF tarafından diyabet görülme sıklığı ile ilgili yayımlanan güncel veriler, Türkiye'de 20-79 yaş arasında yaklaşık 7 milyon diyabet hastasının bulunduğu ve bu sayının toplam yetişkin nüfusun yaklaşık %15'ine denk geldiğini göstermektedir (Dünya Diyabet Günü, 2020). Avrupa'da 20-79 yaş aralığında diyabet oranı sıralamasında Türkiye 7 milyondan fazla kişiyle Rusya ve Almanya'dan sonra 3. sırada görülmektedir. 'Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II' (TURDEP-II) sonuçlarına göre diyabet hastalığının görülme sıklığı kadınlarda erkeklerden daha yüksektir (kadınlarda %17.2, erkeklerde %16.0) (Gümüş vd. 2015). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubunun 2012 Raporu'na göre; TURDEP-1 Diyabet Prevalans Çalışmasının Kıbrıs ayağında 20 yaş ve üzeri yetişkinlerde diyabet prevalansı %15 bulunmuştur (TEMED, 2012).

IDF Diyabet Atlası 10. baskısından çıkan sonuçlara göre; diyabet görülme sıklığının global bir şekilde artışı devam etmekte ve diyabetin kişilerin, ailelerin ve toplumların sağlığı ve huzuru için önemli bir sorun olduğu ve olmaya devam edeceği vurgulanmaktadır (International diabetes federation, 2021).

Diyabeti olan bireylerde birçok sağlık problemi gelişmesi durumu söz konusudur. Kan şekeri düzeylerinin sürekli yüksek olması kalbi ve kan damarlarını, gözleri, böbrekleri, sinirleri ve dişleri etkileyen bir dizi sağlık problemine sebep olabilir. Bütün bunlara ilaveten diyabetli bireylerde enfeksiyon gelişme riski daha fazladır. Hemen hemen bütün yüksek gelirli ülkelerde diyabet kardiyovasküler

hastalık, körlük, böbrek yetmezliği ve alt ekstremitte amputasyonunun en önemli sebebidir (IDF, 2021).

Bütüncül yaklaşım ile günümüzde hemşirelerden hastaların öz-etkililik (ÖE) seviyelerini belirlemeleri ve bu kapsamda hemşirelik bakımını planlamaları beklenmektedir. İlk olarak Amerikalı psikolog Albert Bandura (1982) tarafından kullanılmaya başlanan öz-etkililik kavramı genel bir durumla değil, özel bir durumla bağlantılıdır. Öz-etkililik (ÖE) kavramı, Bandura'nın sosyal bilişsel kuramının ana bileşenini oluşturmaktadır. Bu kurama göre, birey birtakım işleri yapabilmek için kendi işlerini planlayabilmeli ve başarıya ulaşma hususunda kendine güvenmelidir. Güçlü bir algı olan ÖE, bireyin yapması gereken işlerden kaçmak yerine, zor olsa dahi bunların üstesinden gelebilecek güçte olmayı ve en sonunda başarıya ulaşmayı hedefleyen bir motivasyon kaynağıdır. Bandura (1982)'ya göre; ÖE kavramı değiştirilebilir ve geliştirilebilir. Öncelikle kişilerin tecrübeleri ile bu kavram gelişerek planlanan durumlar başarıyla sonuçlanabilir. Kişi kendi kapasitesinin ve yeteneklerinin farkında olmalıdır (Bandura, 1982). Bazen bu yetenekler kendiliğinden ortaya çıkarken bazen de dışarıdan destek ya da yönlendirmelerle farkındalık oluşturulabilmektedir (Ceyhan, 2018).

Yetişkinlikte orta yaş dönemi diye adı geçen 45-59 yaş grubu, bir geçiş dönemi olarak düşünülmektedir. Bu dönemde kişide fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal alanlarda birtakım değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yaşlılık döneminde başka birisine bağımlı olmadan yaşamak ve günlük işlerini yerine getirmek isteyen kişiler, 45-59 yaş aralığında; hayatlarını zenginleştiren, onlara yarar sağlayan ve diğer kişilerle iletişim kurmalarına imkan tanıyan beklentilere sahiptir. Bireysel güçlerin azalmaya başladığı bu dönem, aynı zamanda yaşama bir “yeniden değerlendirme” çerçevesinden bakma ihtiyacının hissedildiği zamandır. İşte ve meslekte en üst düzeye çıkılmış olursa dahi,

kişi artık hayatını aynı şekilde sürdürüp sürdüremeyeceğini düşünme eğilimindedir. Bu noktada birçok kişi, bundan sonraki yıllarda kendileri için neyin önemli olduğunu bilerek, kendi hayatlarını öncelik sırasına uygun biçimde yeniden planlarlar (İletmiş ve Arpacı, 2017).

Yaşam doyumu kavramı ilk kez 1961 senesinde Neugarten tarafından ortaya çıkarılmıştır. Yaşam kişinin hayatında geçirdiğı zamanın tamamıdır. Doyum ise, kişilerin beklentilerinin, gereksinimlerinin, istek ve arzularının karşılanması veya organizmada açlık, susuzluk cinsellik vb. gibi temel biyolojik ihtiyaçların ya da merak, sevgi, yakınlık, başarı vb. gibi ruhsal ihtiyaçların giderilmesi sonucu denge durumunun yeniden kurulması olarak tanımlanmaktadır. Yaşam doyumu bir kişinin kendi belirlediğı kriterlere uygun bir biçimde bütün yaşamını pozitif değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır (Çavuş, 2021).

Kişilerin yaşam doyumu birçok şeyden etkilenebilmektedir. Bunlardan bazıları, günlük yaşamdan alınan mutluluk, yaşama yüklenen anlam, amaçlara ulaşma konusunda uyum, pozitif bireysel kimlik, fiziksel olarak bireyin kendisini iyi hissetmesi, ekonomik, güvenlik ve sosyal ilişkilerdir (Dağı ve Baysal, 2016).

Orta yaş olarak adlandırılan 45-59 yaş, kişinin toplum üzerindeki etkisinin en üst düzeyde olduğu dönemdir. Aynı şekilde toplumun da onlardan beklentisi en üst düzeydedir. Aile içi ilişkiler de bu zamanda öne çıkmaktadır. Orta yaş dönemindeki kişilerin aile ilişkilerinde de önemli değişiklikler görülmektedir. Genç yetişkinlik döneminde kişilerin tadına baktıkları annelik ve babalık duygusu yanında, orta yaş dönemi birçok sorumluluğı getirirken, boşalan yuva olgusu ile de yüzleştii bir dönemdir. İletmiş ve Arpacı'nın (2017) yaptıkları çalışmada, 45-59 yaş grubundaki bireylerin yaşlılık dönemleri ile ilgili olarak, en üst beklentilerinin hayata ilişkin

beklentiler olduğu, bunu sağlıkla ilgili beklentilerinin takip ettiği bulunmuştur (İletmiş ve Arpacı, 2017).

TURDEP II çalışmasının sonuçları değerlendirildiğinde obezite prevalansı kadınlarda %30, düzeyinde tespit edilmiştir. Yaş dağılımına göre incelendiğinde prevalansın 30'lu yaşlarda arttığı, 45-65 yaşları arasında pik yaptığı görülmüştür. Diyabetle doğrudan ilişkili olan obezite için kadın cinsiyeti bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Türkiye Sağlık Bakanlığının Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi; temelinde genetik yatkınlığı olan kişilerde yaşam tarzının tetiklemesiyle Tip 2 diyabetin genellikle 40 yaşından sonra ortaya çıkması nedeniyle bu yaştan itibaren taramaların yapılmasını önermektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2021).

Kronik bir hastalık olan diyabet tedavisinin etkili olması için, diyabetli kişinin öz bakım sorumluluğunu kendi üstüne alarak, hastalığını yönetebilecek seviyede bilgi ve beceriye hakim olması gerekir. Diyabet yönetiminde, kişinin günlük hayatında bazı davranış değişikliklerini yapması gerekir. Bir takım değişikliklerin yapılıp istenilen hedeflere erişmenin anahtarı olarak da “öz-etkililik” kavramı görülmektedir. Diyabetli kişilerin diyabet bakım ve tedavisi ile etkin bir şekilde başa çıkabilmeleri için yeterli düzeyde öz-etkililiğe sahip olmaları gerekmektedir (Kili vd. 2016). Hastalığı ile ilgili daha fazla sorumluluk alan kişilerin kan şeker seviyelerinde, ciddi hipoglisemi ataklarında azalma varlığı, yaşam kalitesinde görünür düzeyde bir düzelme varlığı ve tedaviden hoşnut oldukları görülmektedir (Kili vd. 2016). Diyabetli bireylerle yapılan bir çalışmada hastalığa daha uyumlu ve pozitif tutuma sahip olanların yaşam doyumları da daha yüksek bulunmuştur (Kayabaşı ve Korkut, 2021).

Diyabet tedavisi ve bakımı yönüyle bir ekip hizmeti gerektirir, bu ekip içerisinde diyabet hemşiresi önemli role sahiptir. Hemşireler genellikle kişinin etkileşim kurduğu ilk ve bazen de tek sağlık profesyonelidir (Sivrikaya ve Ergün,

2017). Bu araştırma diyabet risk grubunda tanımlanan 40 yaş ve üzeri Tip 2 diyabeti olan kadınların diyabet öz-etkililik düzeyleri ile yaşam doyumları arasındaki ve etkili faktörleri belirlemeyi hedeflemiştir. Yapacağımız bu çalışmanın benzer bir örneğine literatürde ulaşamadığımızdan, sonuçlarının alanda çalışan hemşirelere ve yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Tip 2 diyabeti olan kadınların diyabet öz-etkililik düzeyleri ile yaşam doyumları arasındaki ilişkinin belirlenmesini amaçlamaktadır.

1.3 Araştırma Soruları

1. Diyabeti olan kadınların diyabet öz-etkililik düzeyleri nedir?
2. Diyabeti olan kadınların yaşam doyumu düzeyleri nedir?
3. Diyabeti olan kadınların tanımlayıcı özellikleri diyabet öz-etkililik ve yaşam doyumu ölçek puanlarını etkiler mi?
4. Diyabeti olan kadınların diyabet öz-etkililik düzeyleri ile yaşam doyumu düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Diyabetin Tanımı

Diyabet, insülin etkisindeki bozukluklar sebebiyle, sürekli izlenmesi ve bakım gereken kronik bir hastalık olmakla birlikte organizmanın yağ, karbonhidrat ve proteinlerden yeteri kadar yararlanamadığı veya insülin eksikliği ile ilgili bir durumdur. Alanyazında yer alan çalışmalar diyabeti, bireylerin sağlığını uzun süreli tehdit eden, sosyal hayatlarını olumsuz etkileyen, depresyonun gelişmesine ve bireyin yaşam kalitesinin bozulmasına neden olan ve bireyin hayatını önemli derecede etkileyen metabolizma hastalığı olarak tanımlamıştır (Göcek, 2012; Kılıç, 2016; Samancıoğlu, 2015; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2017). Besinlerin vücuda girmesinden sonra parçalanmasıyla şeker'e (glikoza) dönüşerek kana geçmesiyle kandaki şeker düzeyi yükselir ve bu durumun uzun süre devam etmesi organ fonksiyonlarına zarar vererek birtakım doku hasarlarının ortaya çıkmasına neden olur (Göcek, 2012; Kılıç, 2016; Samancıoğlu, 2015; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2017). Bu yüzden, diyabetin kontrol altında tutulması hem organlar üzerinde yaratacağı olumsuz etkileri önlemesi hem de bireyin yaşam kalitesini iyileştirmesi bakımından önemlidir. Diyabetin görülme sıklığı, yol açtığı sağlık problemleri ve getirdiği ekonomik yükler nedeniyle önemi giderek artan kronik bir hastalıktır (Aydoğan vd. 2020). Diyabet tip 1- tip 2- gebelik diyabeti ve diğer nedenlere bağlı olarak dört farklı şekilde görülebilmektedir.

Son zamanlarda ciddi bir boyutta yaygınlaşan diyabet önemli bir sağlık sorunu olmuştur. Bu yüzden, tüm dünyada önlenmesi ve tedavi edilmesi için bir takım adımlar atılmaya çalışılmaktadır.

Akpınar ve Ceran (2019)'ın bildirdiğine göre, son zamanlarda gittikçe artış gösteren kronik hastalıklar çok önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (Akpınar ve Ceran, 2019). Diyabet, bu kronik hastalıklar arasında en yaygın olarak teşhis edilen ve obezite ile ilişkilendirilen hastalıklardan birisidir (TEMD, 2017). Maalesef bu hastalığa bağlı gelişen komplikasyonlar bireylerde organ ve fonksiyon kaybına yol açarak, bireyin yaşam süresini kısaltırken, yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Ayrıca diyabetin yol açtığı komplikasyonlar, iş kaybına ve dolaylı olarak ekonomiye getirdiği yüklerle sonuçlanmaktadır (Öcal ve Önsüz, 2018). Şireci ve Karabulutlu (2017)'nin bildirdiğine göre, diyabet nedeniyle, dünya genelinde, her yıl ortalama 3.8 milyon kişi hayatını kaybetmektedir (Şireci ve Karabulutlu, 2017). Dolayısıyla, bu veriler hastalığın öneminin vurgulanmasını ve hatırlanmasının hayat kurtarma açısından önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, Ünal (2017)'in bildirdiğine göre, diyabet, ilk 10 kronik hastalık içerisinde hem de ölüme sebebiyet veren ilk 10 hastalık sıralamasında 3. sırada yer almaktadır. Ancak, IDF (2017)'nin yayınladığı rapora göre, dünya genelinde ölüm nedenleri incelendiğinde diyabetin 8. sırada olduğu görülmektedir ve önlem alınmadığı, farkındalık yaratılmadığı sürece bu oranların her geçen gün daha da artacağı ileri sürülmektedir (IDF, 2017).

Ülkemizde yapılan çalışmaya göre diyabete sahip hastalar önceki yıllara göre %90 oranında artış göstermiştir (Şaylan, 2021). Literatürde yer alan yerli ve yabancı çalışmalar kronik hastalıkların risk faktörleri belirlenip önlem alındığı sürece bu hastalığın önlenilebileceğini vurgulamaktadır (Cardosa vd. 2018; Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017). Tüm

dünya'daki bireylerin yaşamlarını etkileyen son derece ciddi bir sağlık sorunu olan diyabet ile etkili bir şekilde baş edilemediğinde hem ülkenin ekonomisi zarar görmekte, hem de bireylerin yaşamları olumsuz etkilenmektedir (Bullard vd. 2018).

Tuğrul (2014)'un bildirdiğine göre, diyabetlilerin yaklaşık %85'inde Tip 2 diyabet tipi görülmektedir. Kişilerin yaşadıkları hayat tarzlarının hızla değişmesi ile obezitenin artması, nüfusun artış göstermesi ile giderek yaygınlaşan tip 2 diyabet, eğer uygun bir şekilde tedavi edilmezse mortalite ve morbidite kaçınılmazdır (Terkeş, 2018). Tip 2 diyabet görülen bireylerin büyük çoğunluğunun ailesinde de diyabet öyküsü veya obezite mevcuttur (Özcan ve Yıldırım (2015). Tip 2 diyabet, 'Erişkin diyabet' veya insuline bağımlı olmayan diyabet olarak bilinmektedir ve en sık görülen diyabet şeklidir. Bireylerdeki kontrolsüz kilo artışı ve yetersiz fiziksel aktivite diyabetin ortaya çıkmasında başlıca nedendir. Genellikle 40 yaş sonrası ortaya çıkan bu risk yaşam koşullarının değişmesi ile daha erken yaşlara inerek çocuklarda da görülmeye başlamıştır ancak dengeli ve yeterli beslenme tıbbi kontrol, kilo kontrolü ve fiziksel aktivite ile diyabet etkili bir şekilde yönetilebilir geciktirilebilir ve komplikasyonlar önlenir (Bıyık 2019).

2.2 Diyabet Epidemiyolojisi

Diyabet insidansı coğrafi bölgelere, ülkelere, yaşlara ve ırklara göre değişkenlik görülsede dünya genelinde hızlı bir şekilde artış göstermektedir (Lazear, 2014). 2010 yılı'na kadar dünya'da 20-79 yaş arası yetişkinde yaklaşık 285 milyon diyabet görülürken yapılan projeksiyonlara göre 2030 yılı'na kadar bu rakamın 439 milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Diyabetli kişilerin 2030 yılı'na kadar gelişmiş ülkelerde %20 artması beklenirken, gelişmekte olan ülkelere %69 oranında artacağı ileri sürülmektedir. Diyabetli kişi sayısının orta gelirli ülkelere hızlı bir

şekilde yükselmesinin en önemli sebebinin fiziksel aktivite yetersizliği ve obezite olduğu ileri sürülmektedir. (Öcal ve Önsöz, 2018).

2021 yılı verilerine göre dünyada 529 milyon diyabet hastası vardır ve bu sayının 2050 yılına kadar 1,3 milyara ulaşacağı öngörülmektedir. Önümüzdeki 30 yıl içinde hiçbir ülkenin diyabet oranında düşüş görülmesi beklenmiyor. Verileri kaygı verici olarak yorumlayan uzmanlar, diyabetin küresel olarak birçok hastalığı geride bıraktığını ve insanlar ile sağlık sistemleri için ciddi bir tehdit oluşturduğunu ileri sürmektedirler (<https://www.bbc.com/turkce/articles/cn426mnv05do>).

Diyabetli kişilerin giderek artması 21. Yüzyılın en büyük küresel salgınlardan biri olarak görülmeye başlanmıştır. IDF (2015) Diyabet Atlası'na göre, 5 milyon kişi bu sebeple hayatını yitirmiştir. Bu rakamların sürekli artması 2040 yılına kadar her 10 yetişkinden birinin diyabetli olacağını ortaya çıkarmaktadır. IDF (2015) Diyabet Atlası verilerine göre, dünya çapındaki diyabetli sayısının 215,2 milyonunun erkek ve 199,5 milyonunun kadın olduğu, 269,7 milyonunun kentsel alanda yaşadığı, 1.9 milyar bireyin 15 yaş altında olduğu ve genellikle bu yaş grubundaki çocuklarda tip 1 diyabet insidansının artış gösterdiği vurgulanmaktadır. Ayrıca, Avrupa ülkeleri incelendiğinde en yüksek diyabetli sayısının Rusya'da (6,2-17,0 milyon) bulunduğu, ardından Almanya (5,9-7,5 milyon) ve Türkiye'nin, (5,7-7,5 milyon) geldiği görülmektedir (IDF, 2015).

2.3 Diyabetin Tanı Kriterleri

IDF (2015)'nin bildirdiğine göre, bireylerde diyabet riskini oluşturacak bazı durumlar şöyledir:

- İnsülin direncinin olması
- Ailede diyabet öyküsünün var olması
- Gestasyonel diyabet

- Yüksek riskli etnik gruba mensup olmak

Diyabet tanısı koyabilmek için rastgele kan şekeri ölçümü, açlık kan şekeri ölçümü, oral glikoz tolerans testi (OGTT) ve HbA1c değeri gibi farklı yöntemler kullanılmaktadır. Alanyazında yer alan çalışmalar en fazla tercih edilen ve kullanılan yöntemin açlık kan şekeri olduğunu öne sürmektedir. Açlık kan şekerinin ölçülmesi için bireyin gecedan sabaha kadar 8 saat aç olması gerekmektedir. Kan şekeri ölçümü yapıldıktan sonra sonuç 126 mg/dl ve üzeri ise diyabet tanısı konulmaktadır. OGTT'nin uygulanması için bireye 50, 75 veya 100 gr glikoz içeren sıvı içerilir ve 2 saat sonra bireyin kan şeker seviyesi 200 mg/dl ve üzerinde çıkarsa veya rastgele kan şekeri ölçümü herhangi bir saatte bireyden kan alınması ve sonucun 200mg/dl'nin üzerinde olmasıyla diyabet tanısı konulur (TEMD, 2021); IDF, 2015) ve HbA1c yönteminde sonucun %6.5 ve üzeri olması diyabet tanısı konulması için yeterlidir. Bu yöntemin dezavantajları diğerlerine göre daha maliyetli olmasıdır (Şaylan, 2021).

Tablo 1. Diyabet Tanı Kriterleri (TEMD, 2021)

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

Amerikan Diyabet Derneği (2014)'nin bildirdiğine göre, bireylerin vücut kitle indeksi 25 kg/m² ve üzerinde olanlara yaşı ne olursa olsun diyabet taramalarının başlanması ve rutin bir şekilde devam etmesi önerilmektedir. Böyle bir durum da diyabet tanısı konulması için taramaların üç yıl boyunca devam etmesi gerekmektedir.

2.4 Diyabetin Semptomları (Belirtileri)

Ortaya çıkma zamanları farklılık gösterse de tip 1 ve tip 2 diyabet semptomları benzerdir. Tip 1 diyabet hızlı bir şekilde ortaya çıkarken, tip 2 diyabetin kendini göstermesi yıllar sürebilir. Bu nedenle, tip 2 diyabetli bireyde çoğu zaman hiçbir belirti yoktur. Bu yüzden, sonuçları daha ağır olabilir. TEMD'ne göre diyabet semptomları şu şekildedir: (TEMD Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu Hasta Eğitim Kitapçıkları Serisi, 2019).

Tablo 2. Diyabet Semptomları

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

(TEMD Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu Hasta Eğitim Kitapçıkları Serisi, 2019).

2.5 Diyabet Komplikasyonları

Diyabetin komplikasyonları akut ve kronik komplikasyonlar olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

Tablo 3. Akut ve Kronik Komplikasyonlar

Akut Komplikasyonlar	Kronik Komplikasyonlar
Hipoglisemi	Makrovasküler Komplikasyonlar
Diyabetik ketoasidoz (DKA)	Mikrovasküler Komplikasyonlar (Retinopati, Nefropati, Nöropati)
Hiperglisemik hiperosmolar non-ketotik koma (HHNKK)	
Laktik asidoz	

Türkiye Diyabet Vakfı (2013)'nin bildirdiğine göre, diyabette en sık rastlanan akut komplikasyonlardan birisi hipoglisemi kan glukoz düzeyinin 50 mg'nın altına inmesidir. Çoğu zaman uzun egzersiz, az karbonhidrat alımı ve yüksek dozda sulfonilüre veya insulin kullanımı neticesinde ortaya çıkmaktadır (TDV, 2013). Olgun vd. (2014)'nin bildirdiğine göre, hipoglisemi hafif derece seyrediyorsa huzursuzluk, titreme, sinirlilik, baş dönmesi, çarpıntı, görme problemi, terleme, karın bölgesinde ağrı, konsantre olamama gibi sorunlar belirti göstermektedir. Ancak, hipoglisemi ağır derecede ilerliyorsa tüm problemlere ek olarak bilinç kayıpları da yaşanabilmektedir (Olgun vd. 2014). Bu nedenle, diyabete bağlı komplikasyonların önlenmesi için metabolik ve glisemik kontrolün sağlanması çok önemlidir. Genellikle, tip 1 ve 2 diyabeti olan hastalarda metabolik kontrolün yetersiz olması durumunda nöropati, nefropati, retinopati gibi mikrovasküler komplikasyonlar veya periferik damar hastalığı, kardiyovasküler hastalık, serebrovasküler hastalık gibi makrovasküler komplikasyonlar görülebilmektedir (Açıkgöz vd. 2019).

Diyabete bağlı gelişen komplikasyonlar hasta ve hasta yakınlarını hem sosyal hem de ekonomik açıdan olumsuz etkileyebilmektedir. Bu hastalığın çoğu zaman geç

fark edilmesiyle, tanı koyulduğu zaman bile gelişmiş komplikasyonlar nedeniyle hastalar zarar görmüş olabilirler (Türk, 2018). Diyabet Kontrolü ve Komplikasyonları Çalışması (DCCT) diyabete bağlı komplikasyonları minimum indirmek için glikoz kontrolünün düzgün bir şekilde yapılması gerektiğini vurgulamıştır (Nathan, 2014). Tip 2 diyabete bağlı olarak dört farklı akut komplikasyon türü görülebilmektedir ve tüm komplikasyonların temelinde genetik faktörlerin ve glukoz kontrolünün etken olduğu görülebilmektedir.

- **Akut Komplikasyonlar**

Hipoglisemi: Hipoglisemi pankreastan kontrolsüz bir şekilde insülin salgılanmasıyla veya yanlış ilaç kullanımı, ilaç beslenme ve fizik aktivite uyumsuzluğu gibi nedenlerle ortaya çıkar. Ağır ve dirençli hipoglisemi beyin hasarı oluşturabilecek etkiye sahip olan bir diyabet komplikasyonudur. Bu yüzden, erken tanı ve tedavisi oldukça önemlidir (Erbaş vd. 2020). Hipoglisemi üç farklı şekilde hafif, orta ve ağır olarak seyredebilir. Eğer hipoglisemi hafif ise evde yemek saatinden önce gelişmişse kişinin yemeğini yemesinde bir engel yoktur. Eğer yemek saatinden sonra gelişmişse limonata veya meyve suyu gibi içecekler tüketilerek kan glukoz seviyesi yükseltilmeye çalışılabilir. Orta şiddette geçiyorsa bir bardak kola, birkaç kesme şeker tüketilerek ara öğün ile desteklenip kan glukoz düzeyi düzenlenmeye çalışılabilir. Ağır hipoglisemi yaşıyorsa bilinç kaybı olabildiğinden parenteral yol ile glukagon veya glikoz uygulamaları gerekebilmektedir (Kılıç, 2016).

Diyabetik Ketoasidoz (DKA): Diyabetik Ketoasidoz (DKA) genellikle tip 1 diyabette insulin yokluğuna bağlı olarak görülmektedir. Yaşamı tehdit edici metabolik asidoz durumu olarak da bilinmektedir. Tip 2 diyabetlilerde görülme sıklığı çok az olsa da, görülme nedenleri; travma, diyetle uymama, stres, ağır egzersiz, gecikmiş insulin uygulaması veya enfeksiyon olabilir. Tip 2 diyabette sık idrara çıkma, ağız ve

ciltte kuruluk, halsizlik, kaşıntı, susuzluk, karın ağrısı, bulantı-kusma gibi durumlar belirti gösterir. Bunların yanı sıra, dehidratasyon, hipotansiyon, hiperventilasyon, taşikardi, aseton kokusu gibi bulguları vardır (Özcan ve Yıldırım, 2015).

Hiperglisemik Hiperozmolar Nonketotik Koma (HHNK): Diyabetin ileri derecede hiperosmolarite, dehidratasyon, hiperglisemi ve mental değişikliklerle ortaya çıkan ve tip 2 diyabetliler ve yaşlılarda sık rastlanan bir durumdur. Bunun altında yatan en önemli nedeni yetersiz sıvı alımıdır (Enç ve Öz-Alkan, 2014).

- **Kronik Komplikasyonlar**

İyi takip ve kontrol edilemeyen diyabet, gecikilen süre içerisinde çeşitli sistemlerin ve organların çalışmasına etki edebilir. Kontrolsüz diyabette kanda yüksek düzeylere çıkan glukozun dolaşımında uzun süre kalması nedeniyle küçük ve büyük damarlar olumsuz etkilenebilir. Ortaya çıkan bu komplikasyonlar mortalite ve morbiditenin artmasına, hastanın yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilmektedir (Olgun vd. 2014).

Makrovasküler Komplikasyonlar: Damar sertliği olarak bilinen damarlarda oluşan büyük değişiklikler ve bu değişikliklerin yol açtığı hipertansiyon, miyokard infarktüsü, iskemik kalp rahatsızlıkları ve serebrovasküler hastalıklar ortaya çıkmaktadır (Olgun vd. 2014).

Mikrovasküler Komplikasyonlar: Yüksek kan glikozu gözde kapiller damarların ve göz sinirlerinin hasarı nedeniyle görme kaybı veya görme bozuklukları ‘Diyabetik Retinopati’ ye işaret eder. Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde ortaya çıkan erken yaştaki körlüğün önde gelen nedenlerinden en önemlisi diyabetik retinopatidir. Böbreğin kanlanması ile işlevini yitirmesine neden olan ‘Diyabetik Nefropati’ son zamanlarda ABD’de böbrek yetmezliğine neden olan ve

en sık rastalanan son dönem böbrek hastalığına yol açan böbrek harabiyetidir (Türk Diyabet Vakfı, 2013).

Diyabetin uzun yıllar kontrolsüz şekilde devam etmesi sonucu sinirlerde hasar oluşması '**Diyabetik Nöropati**' olarak bilinmektedir. Genellikle sinirlerde sorbitol birikmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Kalp, mide, gözler ve bağırsaklar gibi birçok organı olumsuz şekilde etkilemektedir. Bu hastalık sonucu, özellikle alt ekstremitelerde uyuşukluk, kas kaybı ve ağrı gibi birçok belirti yaşanabilmektedir (Olgun vd. 2014).

Periferik damar tıkanıklıkları ve alt ekstremitelerdeki nöropati sonucu meydana gelen '**Diyabetik Ayak**' diyabet nedeniyle amputasyona kadar gidebilen doku hasarı oluşmasıdır. Ruhsal, bedensel ve sosyal açıdan bireyin yaşam kalitesini etkileyen ve ekonomik olarak maliyetli olan bir komplikasyondur. Diyabetli hastaların çoğunluğu diyabetik ayak sorunu nedeniyle hastaneye yatmaktadır (Olgun ve vd. 2014).

2.6 Diyabette Öz-Etkililik

Tüm dünyada önemli olarak kabul edilen kronik hastalıklar bireyi bedensel, ruhsal, fiziksel, sosyal olarak etkilemekle kalmayıp ekonomik olarak da tüketmektedir. Bu bağlamda, ortaya çıkan kayıplar ve değişim nedeniyle bireyler öz bakımlarını sürdürmekte zorlanmakta ve yaşam kaliteleri düşmektedir (Tekin-Yanık, 2011). İnsanın doğasında önemli bir role sahip olan öz-etkililik insan davranışını, arzularını, hedeflerini, beklentilerini, sosyal çevresinde karşılaştıkları zorlukları etkilemektedir. Bu yüzden, bireyin zorluklar karşısında gösterecekleri anlayış, sabır, efor, kaygı ve güven düzeyini belirleyen unsur olmakla birlikte bireyin aktivitelerine de etki etmektedir (Ermiş, 2022).

Yiğitbaş ve Yetkin (2003)'in bildirdiğine göre, öz-etkililik algısı sağlığı geliştirme açısından önemli olan davranış bileşenlerinden olup, olumlu sağlık davranışlarının sürdürülmesinde etkili bir rol oynamaktadır (Yiğitbaş ve Yetkin, 2003). Tüm bunların yanı sıra, diyabetin başarılı bir şekilde yönetilebilmesi için bireyin öz bakım sorumluluğunu üstlenecek bilgi ve becerilere sahip olması ve günlük yaşamında bir takım değişiklikler yapması gerekir. Bu bağlamda, 'öz- etkililik' bireyin yaşamında gerekli olan değişiklikleri yaparak istenen hedefe ulaşabilmesinin anahtarıdır. Diyabetli bireylerin karmaşık diyet listeleri ile baş edecek yeterli düzeyde bilgi ve beceriye sahip olmaları en önemli önemli öz-etkililik becerilerinden olsa da sadece biridir (Erol, 2009; Yanık ve Erol (2016). Wu vd. (2013) öz- etkililik kavramını öz bakım davranışlarının temel belirleyicisi olarak tanımlamıştır. Bu duyguya yüksek düzeyde sahip olan bireyler öz bakım aktivitelerini kolaylıkla uygular ve sürdürür, beklenen diyabet öz yönetimine ilişkin davranışları gerçekleştirir ve diyabetin yönetiminde gerekli olan davranışlara bağlı kalır (Wu vd. 2013). Ayrıca, öz-etkililiği gelişmiş bireyler depresyon ve anksiyete ile daha iyi baş edebilmektedirler (Wendling ve Beadle, 2015).

Hemşirelerin diyabetli bireylerin bakımlarını üstlenirken sorumluluklarının hafiflemesinde en önemli etken diyabetli bireyin yüksek öz-etkililik düzeyine sahip olmasıdır. Bu yüzden, hemşireler diyabet tanısı konulan bireylerin öz bakımlarını ne derece sağlayabildiklerini, tedavi ve bakımlarını yapıp yapamadıklarını, bilgi ve becerilerinin yeterli düzeyde olup olmadığını gözlemlemekle ve desteklemekle sorumludur (Velioğlu, 2012).

İlk kez "Bilişsel Davranış Değişimi" kuramı çerçevesinde kullanılan bu kavram 1977 yılında psikolog Albert Bandura tarafından ortaya atılmıştır. Bu kurama göre, birey bir sonuca ulaşacağına inandığında daha başarılı olacaktır. Bu yüzden, öz-

yeterliliği olan bireyler hastalıklarını daha başarılı yönetebilmektedirler. Ayrıca, bu bireylerin yaşam kaliteleri de yükselmektedir. Bu bağlamda, diyabete sahip olan bireylerin çevrelerindeki insanlar tarafından sürekli motive edilmesi, yapabilirsin, başarabilirsin diye desteklenmesi öz bakım aktivitelerini daha rahat gerçekleştirmelerine yardımcı olur (Erol, 2016).

Diyabetli bireyin kendi hastalıkları ile ilgili sorumluluk alması, ilaç egzersiz, beslenme gibi yaşamını sürdürmesi için gerekli ihtiyaçları karşılaması, tıbbi önerilere uyması hastaları zorlayan bir süreçtir. Bu yüzden, hasta bireyin hastalığı hakkında sahip olduğu bilgi ile hastalığın komplikasyonlarını minimize etmesi açısından öz-etkililik kavramının istenilen sonuçlara ulaşılmasında ve yaşam kalitesinin yüksek tutulmasında önemli bir yer tutmaktadır. Hastanın motivasyonunu artırmak için telefonlar ile takip edilip desteklenmesi, metabolik değerlerin ve öz-etkililik düzeylerinin yükseltilmesi açısından önem taşımaktadır (Arslan vd. 2021).

Akca (2021) öz-etkililik kavramını bir sonuca ulaşmak için bir davranışı yapabilme algısı olarak tanımlamıştır. Diyabet gibi karmaşık ve kronik bir hastalığı kontrol altında tutabilmek için bireyin yeni beceriler kazanması, kendi yapabileceklerinin farkında olması açısından önemlidir. Diyabetli bireylerin hayatları boyunca, sürekli eğitim programları ile hastalık yönetim becerilerinin ve öz-etkililik düzeylerinin iyileştirilebileceği ifade edilmektedir (Akca, 2021). Alanyazında yer alan çalışmalar öz-yeterlilik ve öz bakım arasında olumlu bir ilişki olduğunu göstermektedir (Akca, 2021; Kurtoğlu, 2021; Çallı, 2014).

Bernal vd. (2000) yapmış oldukları araştırmada evde hemşire tarafından ziyaret edilen ve diyabet hakkında eğitim programlarına katılan kişilerin insülin tedavisi ve beslenme ile ilgili daha çok bilgi sahibi oldukları ve öz-yeterlilik algılarının daha gelişmiş olduğu belirlenmiştir (Bernal vd. 2000). Farklı bir araştırmada diyabetle

alakalı öz bakım ilişkilerinin geliştirilmesi ve sürdürülmesinde öz-yeterlilik algı düzeyinin rolünün olduğunu ortaya çıkarmıştır (Johnston-Brooks, 2002). Gleeson-Kreig (2006) yapmış olduğu araştırmada bireylerde öz yeterlilik algısının yükselmesi diyabetli bireylere sorumluluk vermeyle ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Gün boyu yapılan fiziksel aktiviteleri kaydetmenin fiziksel aktivite ile öz-etkililik düzeylerinin ilişkisini artırmakta olduğu ortaya çıkmıştır (Gleeson-Kreig, 2006).

Alanyazında öz-etkililik ve yaşam doyumu arasında olumlu ilişki olduğu ileri sürülmektedir. Yaşamdan doyum alan bireylerin beklenti ve ihtiyaçlarının karşılandığı, arzuladığı sonuca ulaştığını ileri sürülmektedir (Güraksu, 2021).

2.7 Diyabetli Bireylerde Yaşam Doyumu ve Yaşam Kalitesi

Diyabetli bireylerin yaşam doyumu ve yaşam kalitesi birçok araştırmacı tarafından ele alınmıştır ve bireylerin bağımsızlık düzeyleri arttıkça yaşam doyumunun da arttığı, yaşam kalitesinin yükseldiği ortaya çıkmıştır (Kankaya ve Karadakovan, 2017). Kaliteli bir yaşam için belli bir kriterin olmaması, soyut ve göreceli bir kavram olması yaşam kalitesinin değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Genel olarak, yaşam kalitesi bireyin kendi yaşamından duyduğu mutluluk olarak tanımlanmaktadır (Bıyık, 2019; Aslan, 2018; Saatçioğlu vd. 2018). Son yıllarda kronik hastalıkların giderek artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması bu iki kavramın ‘yaşam doyumu’ ve ‘yaşam kalitesi’nin önemini ortaya koymuştur. Ne yazık ki, kronik hastalık dolayısıyla bireylerin yaşadıkları ruhsal, bedensel ve fiziksel sınırlılıklar birilerine bağımlılıklarını artırmakta, bakım gereksinimlerini ortaya çıkarmakta ve sosyal etkinliklere katılımı kısıtlamaktadır. Bu nedenle, hasta bireylerin yaşam kaliteleri düşmekte ve yaşamdan doyum almaları engellenmektedir (Aslan, 2018).

Bu konu ile ilgili literatürde yer alan çalışmalar diyabetin, toplum için en önemli kronik bir hastalık olduğunu vurgulamaktadır. Bunun yanı sıra, hastalıkla ortaya çıkan komplikasyonlar ve bunlara bağlı gelişen problemler, diyabetli hastaların yaşam kalitesini, iş hayatlarını, insanlarla olan ilişkilerini, beslenme şekillerini, hayat tarzlarını, sosyal ve fiziksel hallerini hem olumsuz yönde etkilediğini hem de yaşam kalitesini düşürdüğünü öne çıkarmaktadır (Aslan, 2018; Wandell, 2005; Yılmaz, 2014). Yine bu yönde yapılan araştırmalar diyabette tedavi süresinin uzamasıyla yaşam kalitesinin düştüğünü ve yaşam doyumunu olumsuz etkilediğini göstermektedir (Gülseren vd. 2001; Özdemir ve Hoccoğlu, 2009).

Saatcioğlu vd. (2008) yapmış oldukları araştırmada kadınların erkeklere göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını ve bunun depresyon ve kaygı ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Kadınların erkeklere göre daha fazla depresyon yaşamaları ve kaygı duymaları yaşam kalitelerinin düşmesine neden olduğu görülmektedir (Saatcioğlu vd. 2008). Kiadaliri vd. (2013) İran’da yürütmüş oldukları bir araştırmada bireylerin gelir, eğitim ve meslek durumlarına ilişkin ekonomik durumlarının yükselmesiyle yaşam kalitelerinin yüksek olması arasında pozitif bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir (Kiadaliri vd., 2013).

Yaşam kalitesi ile yaşam doyumunu arasındaki ilişkinin incelendiği bir başka araştırmada düzenli bakım ve diyabet eğitimi alan bireylerin yaşam kalitelerinin ve yaşam doyumlarının yüksek olduğu ve diyabet hemşiresinin hastanın evine yaptığı düzenli ziyaretler ile de bu durumun bağlantılı olduğu saptamıştır. Diyabetin küresel bir sağlık sorunu olduğunu, kontrol programlarının ve eğitim programlarının güçlendirilmesi gerektiğini, komplikasyonların önlenmesi için adımlar atılması gerektiğini, tüm bunların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi açısından önemli olduğunu ileri sürmüştür (Bayram, 2010). Hastaların tedaviye uyum sağlaması, hastalıkların

iyileşmesi, hastalıklarını kontrol edebilme durumunda olmaları yaşam kalitesinin yükselmesine ve yaşam doyumunun artmasına neden olduğu görülmektedir (Wandell, 2005).

Koç vd. (2015) Türkiye’de yapmış oldukları araştırmada diyabeti olan bireylerin yaşadıkları sorunların belirlenerek komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması için bir takım uygulamalar ve düzenlemeler yapılması gerektiğini vurgulamıştır (Koç vd. 2015). Bayrak ve Çadircı (2019) çalışmalarında hastaların diyabet sürelerinin, diyabete ek olan diğer hastalıklarının, diyabetin yarattığı komplikasyonların ve düşük hemoglobin (HA1c) düzeylerinin hastaların yaşam doyumu ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu öne sürmüştür (Bayrak ve Çadircı, 2019).

Toygar vd. (2020) çalışmalarında alkol ve sigara tüketimi ve ek bir kronik hastalığı olmayan kadınların yaşamdan daha çok doyum aldıkları ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Çıtılı vd. (2010) yürütmüş oldukları araştırmada uzun diyabet süresi, kadın cinsiyet, ileri yaş ve düşük eğitim düzeyi gibi faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ve yaşam doyumunu da azalttığını ileri sürmektedirler. Aynı zamanda, başka kronik hastalığa sahip olma, daha önceden psikiyatrik hastalık geçmişi olması, komplikasyonların önlenememesi ve metabolik kontrolün sağlanamaması bu hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Aslan, 2018).

İletmiş ve Arpacı (2017)’nın bildirdiğine göre, orta yaş genellikle bir geçiş dönemi olarak kabul edilir ve insanlar yaşamlarının ortasına yaklaştıkça, yaşam görüşleri değişebilmektedir. Orta yaş bireyler, gençler gibi sadece yaşamaya odaklanmak yerine, önlerinde kaç yıl olduğunu sorgulamaya başlarlar. Ayrıca, ebeveynlerinin yaşlanmasını veya ölümünü gözlemledikçe, kendi ölümlerinin

kaçınılmaz olduğunu anlamaya başlarlar. Bu aşamada, birçok insan geriye kalan yıllarında kendi önceliklerini belirleyerek, yaşamlarını bu doğrultuda yeniden yapılandırma fırsatını bulurlar. 45-59 yaş aralığındaki orta yaş dönemi, bireyin toplum içindeki en etkili olduğu dönem olarak kabul edilir. Bu dönemde toplum, bireylerden çok fazla beklentisi vardır. Ayrıca, aile içi ilişkiler de bu dönemde büyük bir öneme sahiptir. Bir aile üyesinin sorumluluklarını yerine getirmemesi, ilişkileri olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Araştırmada 45-59 yaş arasındaki katılımcıların yaşlılık dönemleriyle ilgili en yüksek beklentilerinin yaşamla ilgili olduğunu, bunu sağlıkla ilgili beklentilerin izlediğini ve en düşük beklentilerin ise fiziksel çevre ve konutla ilgili olduğunu ortaya koymuştur (İletmiş ve Arpacı, 2017). Karavasileiadou vd. (2022)'nin bildirdiğine göre, GDM (Gestasyonel Diyabet), gebelik sırasında yüksek kan şekeri seviyelerinin ortaya çıktığı bir diyabet türü olmakla birlikte yönetimi için öz-yönetim ve öz-etkililik, çoğu kadının karşılaştığı psikolojik engellere rağmen mümkündür (Karavasileiadou vd. 2022). Kadınların öz-etkililikleri erkeklere göre daha güçlü olsa da orta yaşın en zorlayıcı yönlerini aile ilişkilerinin değişmesi, iş/kişisel yaşam dengelemesi, kendini yeniden keşfetme, yeterli kaynakları güvence altına alma ve aynı anda birden fazla stresle başa çıkmaya çalışmakla diyabetten daha fazla etkilenmektedirler (Thomas vd. 2018).

Yener (2018)'in bildirdiğine göre, kadınların yaşamları boyunca üstlendikleri rollerin stresinin yaratabileceği etkiler genelde obezite, alkol ve uyuşturucu tüketimi ve diyabet gibi davranışsal boyutlar ile tartışılabilir (Yener, 2018). Bu çalışmanın 40-60 yaş arası kadınlar ile yapılma nedeni, bu yaş grubunun diyabet konusunda özellikle önemli bir risk grubunu temsil etmesidir. Bu yaş aralığı, birçok kadının menopoz dönemine girdiği ve hormonal değişikliklerin metabolizma üzerinde etkilerinin arttığı bir dönemi içermektedir. Bu nedenle, hem tip 2 diyabet hem de

obezite ve hipertansiyon gibi diğer kronik hastalıkların görülme riskin arttığı bir yaş dönemidir. Ayrıca, bu yaş grubundaki kadınlar genellikle aile yaşamı, iş hayatı ve kişisel sağlık arasında bir denge kurma zorunluluğuyla karşı karşıyadır, bu da diyabet yönetimi açısından önemlidir. Bu çalışma, diyabetin bu yaş grubu üzerindeki etkisini ve bu kadınların diyabetle başa çıkma yeteneklerini anlamak için önemli bir fırsat sunacağı düşünüldüğü için bu yaş grubu seçilmiştir.

2.8 Öz-Etkililik ve Yaşam Doyumu

Literatürde yer alan çalışmalarda öz-etkililik ve yaşam doyumu arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. İnsanların öz-etkililikleri, kendi yeteneklerine olan inançlarıdır; yani bir görevi başarma becerisi ve başarıları hakkındaki algılarıdır. Öz-etkililik, bireyin hayatta karşılaştığı zorluklarla başa çıkma ve hedeflerini gerçekleştirme yeteneğine olan güvenini ifade eder. Yaşam doyumu ise kişinin genel olarak yaşamından duyduğu memnuniyet ve mutluluktur. Bir kişinin yaşam doyumu, onun fiziksel, duygusal, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının ne kadar tatmin edildiğine, hedeflerine ne kadar ulaştığına ve genel olarak hayatının ne kadar tatmin edici olduğuna bağlıdır. Öz-etkililik ile yaşam doyumu arasındaki ilişki, kişinin kendine olan güveni ve yetenek algısının yaşamında ne kadar mutlu ve doyumlu olduğunu etkilemesiyle açıklanabilir. Yüksek öz-etkililiğe sahip bireyler, hayatlarında karşılaştıkları zorlukları daha iyi yönetebilir ve başarıya daha fazla ulaşma eğilimindedir. Bu da onların yaşam doyumunu artırır. Öte yandan, düşük öz-etkililiğe sahip kişiler kendilerine olan güvenlerini kaybedebilir ve başarılarına olan inançlarını yitirebilirler. Bu durumda, yaşam doyumu azalabilir ve kişi hayattan daha az tatmin olabilir. Bu ilişki karmaşık olabilir ve diğer faktörler, kişisel deneyimler, sosyal destek, kültürel faktörler gibi etmenler de yaşam doyumu üzerinde etkili olabilir. Ancak genel olarak literatürde yer alan çalışmalarda öz-etkililiği yüksek olan bireylerin, yaşam

doyumlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle, bireylerin öz-etkililiklerini güçlendirmeye çalışmaları, daha tatmin edici bir yaşam elde etmelerine katkıda bulunabilir (Peker; 2018; Köksal, Güler ve Çetin, 2019; Çoban, 2021).

2.9 Diyabetli Bireylerde Öz-Etkililik ve Yaşam Doyumunda Hemşirelerin Rolü

Hemşireler, diyabetli bireylerin bakımında önemli bir rol oynarlar ve bu süreçte öz-etkililik ve yaşam doyumunu artırmak için birçok sorumlulukları vardır. Diyabet, kronik bir hastalık olduğu için tedavi ve bakım süreci uzun dönemli ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Hemşireler, hasta ve aileleriyle yakın temas halinde olduklarından, diyabet yönetiminde etkili bir rol oynamak için birtakım sorumlulukları vardır (Aydoğar, 2018).

- **Eğitim ve Bilgilendirme:** Hemşireler, diyabetli bireylere ve ailelerine diyabet hakkında temel bilgileri ve hastalığın yönetimi için gerekli olan becerileri öğretirler. Diyabet hakkında doğru bilgilerin verilmesi, hasta ve ailelerinin hastalığı anlamalarına ve günlük hayatlarında daha iyi yönetmelerine yardımcı olurlar.
- **Bireyselleştirilmiş Bakım Planları:** Diyabetli bireylerin bakımında kişiye özgü bireyselleştirilmiş bakım planları oluşturmak önemlidir. Hemşireler, hasta ve ailesiyle işbirliği yaparak, tedavi planının hastanın yaşam tarzına ve ihtiyaçlarına uygun şekilde ayarlanmasını sağlarlar.
- **Tedavi Uyumu:** Diyabet yönetiminde tedavi uyumu kritik bir öneme sahiptir. Hemşireler, ilaçların ve insülin tedavisinin düzenli ve doğru şekilde kullanılmasını sağlamak için hastaları motive eder, hatırlatıcılar sağlar ve gerekli takibi yaparlar.

- **Beslenme Danışmanlığı:** Diyabetli bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirmeleri gerekmektedir. Hemşireler, diyabetik diyet konusunda danışmanlık yapar, beslenme planlaması için gereğinde diyetisyenle iş birliği yaparak kişinin kişinin beslenme alışkanlıklarını düzenlemeye yardımcı olurlar.
- **Egzersiz ve Fiziksel Aktivite:** Fiziksel aktivite, diyabet yönetimi için önemli bir faktördür. Hemşireler, hastaların fiziksel aktivite düzeylerini değerlendirir ve onlara uygun egzersiz planları ve aktiviteleri önerirler.
- **Duygusal Destek:** Diyabet, bireyler üzerinde duygusal olarak da etkileyici olabilir. Hemşireler, hastaların ve ailelerinin duygusal ihtiyaçlarına duyarlılık gösterir, stresle başa çıkmak için destek sağlar ve gerekirse psikososyal danışmanlık hizmetlerine yönlendirirler.
- **Komplikasyonların Erken Tespiti:** Diyabetli bireylerde komplikasyonların erken tespiti ve önlenmesi hayati öneme sahiptir. Hemşireler, düzenli kontroller ve izlem ile potansiyel komplikasyonları takip eder ve gerektiğinde tıbbi müdahaleleri organize ederler.
- **Kendine Bakımın Teşviki:** Hemşireler, diyabetli bireylere kendilerine bakım becerilerini geliştirmeleri için teşvik ederler. Hastaların kan şekeri ölçümü, insülin enjeksiyonu gibi temel becerileri öğrenmelerini ve günlük diyabet yönetimlerini bağımsız bir şekilde sürdürmelerini sağlarlar.
- **Toplum Kaynaklarına Yönlendirme:** Hemşireler, diyabetli bireylerin ve ailelerinin toplum kaynaklarından yararlanmalarını sağlarlar. Diyabet destek grupları, eğitim programları ve diğer kaynaklar hastaların destek almasını ve güçlenmesini sağlayabilir (Aydoğar, 2018).

Hemşireler, diyabetli bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve hastalığın yönetimi konusunda destek olmak için multidisipliner sağlık ekibinde önemli bir rol oynarlar. Bu nedenle, diyabetli bireylerin bakımında hemşirelerin sorumluluklarını yerine getirmek, hastaların sağlıklarını en iyi şekilde desteklemek ve yaşam doyumlarını artırmak için hayati öneme sahiptir (Erol ve Yanık, 2016).

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Gazimağusa Devlet Hastanesi (GMDH) Polikliniklerine başvuran, Tip 2 diyabeti olan kadınların diyabet öz-etkililik düzeyleri ile yaşam doyumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla korelasyonel tasarımda yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Gazimağusa Devlet Hastanesi (GMDH) Polikliniklerine başvuran, Tip 2 diyabeti olan kadınlarla yapılmıştır. Gazimağusa Devlet Hastanesi, KKTC'nin ikinci büyük devlet hastanesidir ve 160 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede bakım hizmetleri 134 hemşire ile üç vardiya halinde (07.00-14.00, 14.00-21.00, 21.00-07.00) ve tıbbi hizmetler 57 uzman doktorla sürdürülmektedir. Poliklinik hizmetleri, 09:00-12:00 saatleri arasında hafta içi hergün; iki dahiliye, bir diyabet (diyabet hemşiresi çalışıyor ve hastaların kan şekerleri ölçülerek diyabet eğitimi veriliyor) ve genel cerrahi, haftada iki gün; bir nöroloji, nöroşirurji ve iki ortopedi ve cildiye, haftada üç gün bir diş, üroloji, kulak-burun-boğaz, göz, kardiyoloji, göğüs ve fizik tedavi ile iki kadın doğum olmak üzere 16 farklı branşta sürdürülmektedir. Çalışma, gerekli etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra, Ekim - Aralık 2022 tarihler arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı Gazimağusa Devlet Hastanesi polikliniklerine Ekim Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran ≥ 40 - < 65 yaş arası kadın diyabetli bireylerin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Örneklem seçimine gidilmemiştir. Bu süreçte 300 kişiye ulaşılmış, 30 kadarının yaşı araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymadığından, 40 kadın araştırmaya katılmayı kabul etmediğinden, toplam 70 kadın araştırmadan dışlanmıştır. Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden 230 kadın diyabetli ile araştırma tamamlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Diyabet tanısı almış olması
- ≥ 40 - < 65 yaş arasında,
- Kadın olması
- Türkçe konuşması
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi

Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Yönergeleri anlamasında ve cevaplamasında herhangi bir engelinin bulunması
- Psikiyatrik bir tanısının olması veya psikiyatrik bir ilaç kullanıyor olması
- Son dönem böbrek yetmezliği, körlük, inme gibi ağır diyabet komplikasyonları olması

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Bu çalışmaya katılan bireylerin Yaşam Doyumu ve Diyabet Öz-etkililik ölçeklerinden aldıkları puanlar, çalışmanın bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımsız değişkenler: Araştırmaya katılan kadınlar için hazırlanan Diyabetli Birey Tanıtım Formu’nda bulunan yaş, eğitim, maddi durum, tıbbi ve tedavi vb. bilgileri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.5 Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veriler “Diyabetli Birey Tanımlama Formu”, “Tip 2 Diyabet Öz-etkililik Ölçeği” ve “Yaşam Doyumu Ölçeği” ile toplanmıştır.

3.5.1 Diyabetli Birey Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür (Kili vd. 2016; Terkeş, 2018; Bölek, 2018) doğrultusunda hazırlanan form; yaş, eğitim, medeni ve çalışma durumu, maddi durum algısı, çocuk, sosyal güvence, birlikte yaşanan kişi, alkol-sigara kullanımı, bakımından sorumlu olduğu kişi varlığı, diyabet ve diğer hastalık ve ilaçları, diyabete bağlı gelişen komplikasyon varlığı, diyabete ilişkin sağlık kontrolü sıklığı, diyabet eğitimi alma ve bireyin metabolik kontrolünü gösteren HbA1C düzeyini sorgulayan 23 soru ve araştırmacı tarafından boy/kilo ölçülerek hesaplanan BKİ maddesinden oluşmuştur (EK I).

3.5.2 Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği (DÖEÖ)

Tip 2 diyabet hastalarında diyabet yönetimine ilişkin “Öz-etkililik Ölçeği” Van Der Bijl vd. (1999) tarafından diyabet hastalarının kendi bakım aktivitelerini yerine getirme konusunda kendi gücünü algılayışını saptamak amacıyla geliştirilmiştir (Kara vd. 2019). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Kara vd. (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçek maddeleri 1’den 5’e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir (5=Evet, Eminim 4= Evet, 3=Ne evet ne hayır, 2=Hayır, 1=Hayır, emin değilim). Kara ve arkadaşları tarafından yapılan kültürlerarası uyarlama çalışmasında ölçeğin üç boyutu belirtilmiştir. Bu boyutlar; diyet+ayak kontrolü (1-9, 11, 13, 14), tıbbi (medikal) tedavi (10, 12, 18-20), fiziksel egzersiz (15-17)’dir. Tüm

ölçek için cronbach's alpha değeri 0,89 olduğu bulunmuştur. Güvenilirlik çalışmasında, iç tutarlılığı 0,89, maddeler arası korelasyonu 0,91 olan ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür. Ölçeğin değerlendirilmesinde elde edilen genel puan ortalaması arttıkça bireylerin öz-etkililik düzeylerinin arttığı kabul edilmektedir (Kara vd. 2019). Bu Çalışmada Cronbach α 0,836 değeri hesaplanmıştır. Ölçeğin kullanma izni e-mail ile yazarlarından alınmıştır (EK II).

3.5.3 Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)

Orjinal form Diener, Emmons, Larsen ve Griffin (1985) tarafından bireylerin yaşam doyumu algılarını ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Dağlı ve Baysal (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçek tek faktörlü ve 5 maddeden oluşmaktadır. 5 li likert tipi bir ölçektir. Ölçek yaşam doyumu algısını belirleyebilmek amacıyla, : 'Hic katılmıyorum (1), Çok az katılıyorum (2), Orta düzeyde katılıyorum (3), Büyük oranda katılıyorum (4) ve Tamamen katılıyorum (5)' şeklinde puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan ise 25'tir. Elde edilen puan yükseldikçe yaşamdan alınan doyumun yüksek olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin güvenilirlik Cronbach Alpha Katsayısı 0,88 olarak hesaplanmıştır (Dağlı ve Baysal, 2016). Bu Çalışmada da Cronbach α 0,814 değeri olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin kullanma izni e-mail ile yazarlarından alınmıştır (EK III).

3.5.4 HbA1C (Glikozillenmiş Hemoglobin)

Glikoz kan dolaşımına girdiğinde eritrositlerde bulunan bir çeşit protein olan hemoglobine bağlanarak taşınır. Bu test iki-üç aylık süre içinde glikoz yüklü eritrositlerin yüzdesini gösterir. Venöz kandan bakılan bu test diyabetin tanısı ve tedavisinin planlanmasında yol gösterici ana test olduğu gibi, bireyin diyabet öz-yönetimindeki başarısını ve komplikasyonların tanınması, önlenmesi ve

geciktirilmesinde kullanılması önerilmektedir (TEMD, 2018). Bu araştırmada HbA1c değeri araştırmaya katılan bireylerin kendilerinden veya izinleri dahilinde laboratuvar bilgi sisteminden alınmıştır.

3.5.5 Beden Kitle İndeksi (BKİ)

BKİ kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boyun karesine bölünmesiyle kolayca hesaplanabilir ve birimi kg/m^2 dir. BKİ'nin 25-29,9 kg/m^2 arası olması fazla kilolu, $\text{BKİ} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ olması obez, $\text{BKİ} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ olması morbid obez, $\text{BKİ} \geq 50 \text{ kg/m}^2$ olması ise süper obez olarak tanımlanır (TEMD, 2018). Obezite, bireyde diyabet olabileceğini gösteren bir risk faktörüdür. Obezite diyabetli bireylerde tıbbi beslenme diyetinin ve fiziksel aktivitenin uygulanamadığını gösterirken, metabolic kontrolün de sağlanmasını zorlaştıran önemli bir faktördür (Sayın vd. 2018). Araştırmaya katılan bireylerin boy ve kiloları diyabet polikliniğinde bulunan Desis B5 markalı sabit kilo ve boy ölçüm aleti ile ölçülmüştür. Aletin kalibrasyonu düzenli aralıklarla hastane yönetimi tarafından yaptırılmaktadır.

3.6 Veri Toplama Süreci

Araştırmanın verilerine; Gazimağusa Devlet Hastanesi polikliniklerine başvuran, araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygun bireylere, poliklinik bekleme salonunda ulaşılmıştır. Bu bireylere araştırmacı tarafından çalışmanın amacı ve veri toplama süresi açıklanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul edenler diyabet polikliniğine davet edilerek 'Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu' ile yazılı onamları alınmıştır. Diyabet polikliniği birbirine bağlantılı iki odadan oluşmaktadır. İlk odada diyabetlilerin kan şekeri, kan basıncı kilo ve boy ölçümleri yapılmaktadır. Bu odadan geçilen ikinci oda ise, rahat görüşme ortamının sağlanabileceği masa, sandalye ve koltuğun bulunduğu bireysel görüşmeye uygun yapıdadır. Araştırmanın verileri araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uygun katılımcılardan,

yüz yüze görüşme yöntemi ile diyabet polikliniği görüşme odasında, toplanmıştır. Katılımcıların kilo ve boy ölçümleri, diyabet polikliniğinde bulunan, sabit tartı ve boy ölçer kullanılarak yapılmıştır. Katılımcıların BKİ'leri araştırmacı tarafından hesaplanmıştır.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS (25.0) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın tanımlayıcı verileri frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma ile verilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarından elde edilen verilerin normal dağılım özelliği sergileyip sergilemediğini test etmek için kullanılan One-Sample Kolomogorov-Smirnov Testi genel dağılımına bakıldığında, kullanılan ölçüm araçlarının toplam puanlarının normal dağılım özelliği sergilemediği görülmüştür. Bu sonuca göre verilerin analizinde non-parametrik teknikler kullanılmıştır. Yani; sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında spearman-rho korelasyon katsayısı tekniği kullanılmıştır. Ayrıca ikili grupların karşılaştırılmasında “**Mann Whitney U Testi**” tekniği, üç ve üçten fazla grupların karşılaştırılmasında ise “**Kruskal-Wallis H Testi**” tekniği kullanılmıştır. “**Kruskal Wallis H Testi**” sonuçları anlamlı çıktığında ise hangi gruplar arasında anlamlı farklılıklar vardır sorusunun test etmek içinde “**Mann Whitney U Testi**” tekniği kullanılmıştır İki grup arasında anlamlı farklılık çıktığında Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Araştırmada istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın belli bir zaman diliminde yapılmış olması bir kısıtlılık oluşturmuştur. Verilerin anketle toplanması nedeniyle bireylerin sorulara verdikleri cevabın doğrudan kabul edilmesi ve çalışmanın tek merkezde yapılmış olması, ayrı bir

sınırlılık oluşturmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçlar KKTC devlet hastanesi polikliniklerine başvuran diyabetli kadınlara genellenebilir.

3.9 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma, etik kurallara uygun olarak yrtlmştur.

- 1- Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan Sağlık Etik Alt Kurulu onayı, 31.12.2021 tarih ve 2021/05 sayılı onayı (EK. IV).
- 2- Lefkoşa Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi 21.01.2021 tarih ve 08/22 sayılı Etik Kurul ve Gazimağusa Devlet Hastanesi kurum ve çalışma izni (EK. V).
- 3- Araştırmaya davet edilen bireylere araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra sözlü ve yazılı olarak ‘‘Gönüllü Bilgilendirilmiş Onay Formu’’ alınmıştır (EK. VI).
- 4- Tip 2 Diyabet z Etkililik lęęi ve Yaşam Doyumu lęęi yazarlarından ölçek kullanma izni e-mail ile alınmıştır (EK. VII).

3.10 Araştırmanın Zaman Çizelgesi

<u>Araştırma Zaman Çizelgesi</u>	Kasım-Aralık 2021	Ocak Mart 2022	Ekim-Aralık 2022	Şubat-Mayıs 2022	Haziran Temmuz 2022	Ağustos 2022 Aralık 2023
<u>İlgili literatürün taranması ve tez önerisinin hazırlanması</u>						
<u>Etik kurul izninin alınması</u>						
<u>Kurum izni alınması</u>						
<u>Verilerin Toplanması</u>						
<u>Verilerin bilgisayara girilmesi</u>						
<u>Verilerin analizi</u>						
<u>Tez raporunun yazılması</u>						

Şekil 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Bölüm 4

BULGULAR

Araştırmada kullanılan ölçeklere ait betimsel istatistik ve iç tutarlılık katsayısı sonuçları aşağıda tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 4 Tip 2 Diyabet Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri (n:230)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Grupları		
40 Yaş ve Altı	8	3,5
41-64 Yaş Arası	219	95,2
65 Yaş ve Üstü	3	1,3
Yaş: Ort±Sd=52,42±6,72 Medyan:52,00 Min:40,00- Max: 65,00		
Eğitim Durumu		
İlkokul	71	30,9
Ortaokul	46	20,0
Lise	95	41,3
Yüksekokul/Üniversite	18	7,8
Medeni Durumu		
Evli	191	83,0
Bekar	39	17,0
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	209	90,9
Hayır	21	9,1
Çalışma Durumu		
Çalışmıyorum	58	25,2
Emekliyim	67	29,1
Çalışıyorum	105	45,7
Maddi Durum Algısı		
Düşük	19	8,3
Orta	201	87,4
Yüksek	10	4,3
Sosyal Güvence		
Evet	215	93,5
Hayır	15	6,5
Birlikte Yaşanılan Kişi		
Yalnız Yaşıyorum	21	9,1
Eşim/Çocuklarımla	190	82,6
Çocuklarımla	19	8,3
Günlük İhtiyaçları Karşılama		
Karşılayabiliyorum	188	81,7
Kısmen Karşılıyorum	31	13,5
Hiç Karşılayamıyorum	11	4,8
Sigara Kullanma		

Kullanıyorum	15	6,5
Kullanmıyorum	215	93,5
Günlük Kullanılan Sigara Miktarı (n:20)		
10 Adet	6	40,0
15 Adet	3	20,0
20 Adet	6	40,0
Alkol Kullanma		
Hayır	223	97,0
Evet	7	3,0
Haftada Tüketilen Alkol Miktarı (n:7)		
Bir Bardak	2	28,6
İki Bardak	3	42,9
Üç Bardak	2	28,6
Bakımından Sorumlu Olunan Kişi Varlığı		
Evet	185	80,4
Hayır	45	19,6

Araştırmada kullanılan kişisel veri toplama aracından elde edilen sonuçlara bakıldığında diyabeti olan kadınların %95,2'si 41-64 yaş aralığında ayrıca yaş ortalaması ise $52,42 \pm 6,72$ 'dir. Kadınların %41,3'ü lise mezunu, %83,0'ü evli, 90,9'unun çocuk sahibi, %45,7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı, %87,4'ünün maddi durumunun orta düzeyde, %93,5'inin sosyal güvencesinin olduğu, %82,6'sının eşi ve çocukları ile yaşadığı bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan kadınların %81,7'si günlük ihtiyaçlarını karşılayabildiği, %93,5'inin sigara kullanmadığı, sigara kullananların %40,0'ı günde 10 veya 20 adet sigara kullandığı, %97,0'sinin alkol kullanmadığı, alkol kullananların %42,9'unun haftada iki bardak alkol tükettiği, %80,4'ünün bakımından sorumlu olduğu en az bir kişinin olduğu görülmüştür.

Tablo 5. Tip 2 Diyabet Hastalarının Diyabet İle İlgili Tanımlayıcı Özellikleri (n:230)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ailede Diyabeti Olan Yakının Olma Durumu		
Evet	131	57,0
Hayır	99	43,0
Diyabet Hastası Olma Yılı Durumu		
Bir Yıl	59	25,7
2-3 Yıl Arası	137	59,6
4 Yıl Ve Üzeri	34	14,8
Diyabet Olma: Ort±Sd=2,33±1,24 – Medyan:2,00 – Min:1,0- Max: 8,0		
Diyabet Tedavisinde Kullanılan İlaç Tipi		
İlaç Kullanmıyorum	---	---
Ağızdan Hap	166	72,2
İnsülin	30	13,0
Ağızdan Hap+İnsülin	34	14,8
Diyabete Bağlı Hasar Gören Organ Olup Olmama Durumu		
Evet	49	21,3
Hayır	181	78,7
Diyabete Bağlı Hasar Gören Organ Durumu (N:49)		
Göz	18	36,7
Ayak	3	6,1
Kalp	18	36,7
Böbrek	10	20,4
Diyabet Dışında Sürekli Kullanılan İlaç Durumu		
Evet	43	18,7
Hayır	187	81,3
Sürekli İlaç Kullanmak Zorunda Olunan Hastalık Durumu (N:43)		
Hipertansiyon	10	23,3
Kalp Hastalığı	18	41,9
Akciğer Hastalığı	5	11,6
Nörolojik Hastalık	1	2,3
Tiroid-Diğer Hormon Hastalığı	9	20,9
Doktor Tarafından Reçete Edilen Ve Sürekli Kullanılan İlaç Çeşidi Durumu		
Bir-İki	197	85,7
Üç-Dört	16	7,0
Beş Ve Üzerinde	17	7,4
Diyabet Kontrolü İçin Sağlık Kurumuna Gitme Durumu		
Ayda Bir	1	,4
Üç Ayda Bir	28	12,2
Altı Ayda Bir	192	83,5
Kendimi Kötü Hissettiğimde	9	3,9
Diyabet İle İlgili Hemşireden Eğitim Alma Durumu		
Evet	104	45,2
Hayır	126	54,8
HbA1c Grupları (n:156)		
6,50-7,00 Arası	86	55,1
8,00	37	23,7
9 Ve Üstü	33	21,2
HbA1c: Ort±Sd=7,70±,936 – Medyan:7,00 – Min:6,50- Max:11,00		
BKİ Grupları		
24 ve 24 den küçük	19	8,3
25-29,9 arası	95	41,3
30-30,9 arası	89	38,7
35 ve üstü	27	11,7
BKİ: Ort±Sd=30,32±4,13 – Medyan:30,02 – Min:22,04- Max:44,08		

Tablo 5’de araştırmaya katılan kadınların %57,0’sinin ailesinde diyabeti olan en az bir yakınının bulunduğu ve ortalama $2,33 \pm 1,24$ yıldır diyabetli oldukları belirlenmiştir. Kadınların %72,2’sinin diyabetin tedavisinde ağızdan hap kullandığı, %78,7’sinin diyabet nedeniyle hasar gören bir organının olmadığı, organ hasarı olanların ise %36,7’sinin göz veya kalp ile ilgili problemi olduğu bulunmuştur. Kadınların %81,3’ü diyabet dışında başka bir kronik hastalık nedeniyle ilaç almazken, sürekli ilaç kullananların en çok %41,9 kalp hastalığı ile ilgili ilaç kullandığı, %85,7’sinin ise reçeteli en az bir iki ilaç çeşidini sürekli kullandığı görülmüştür. Bu çalışmada kadınların %83,5’i diyabet kontrolü için altı ayda bir kere sağlık kurumuna giderken, %54,8’inin hemşireden diyabet ile ilgili eğitim almadığı bulunmuştur. Kadınların %55,1’inin HbA1c değeri 6,50-7,00 arasında iken, çalışmada HbA1c’si 8,00 ve üzerinde olanların oranı %44,9 olarak belirlenmiştir. Diyabetle yakın ilişkisi olan BKİ ortalaması kadınlarda $30,32 \pm 4,13$ olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin maddelerine ait “aritmetik ortalama, standart sapma, medyan ve min-max” değerlere ait sonuçlar tablolar halinde verilmiştir (Tablo 6 ve 7).

Tablo 6 Yaşam Doyumu Ölçeği Sorularına Ait Betimsel İstatistik Sonuçları

Yaşam Doyumu Ölçeği	Min.-Max	X	Ss	Med.
1.İdeallerime yakın bir yaşantım vardır.	1,00-5,00	3,04	,85	3,01
2.Yaşam koşullarım mükemmeldir.	1,00-5,00	3,03	,86	3,00
3.Yaşamımdan memnunum.	1,00 5,00	3,20	,94	3,15
4.Şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum.	1,00-5,00	3,07	,90	3,05
5.Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim	1,00 5,00	3,03	,85	3,00

X: Aritmetik Ortalama Ss: Standart Sapma

Araştırmada Yaşam Doyumu ölçeğinde bulunan maddelere verilen yanıtların puan ortalamalarının birbirine yakın ve ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür. En yüksek puan “Yaşamımdan memnunum” (3,20), en düşük ise “Yaşam koşullarım

mükemmeldir” ve “Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim” (3,03) ifadelerine ait olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği İfadelerine Ait Betimsel İstatistik Sonuçları

Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği	Min. Max. Puan	X	Ss	Medyan
Boyut 1: Diyet, Ayak Kontrolü				
1.Evde olmadıgımda beslenme programıma bağı kalabileceğimi düşünüyorum.	1,00 5,00	3,27	1,10	4,00
2.Evde olmadıgımda beslenme programımı ayarlayabileceğimi düşünüyorum	2,00 5,00	3,23	0,84	3,00
3.Tatilde olduğumda beslenme programıma uyabileceğimi düşünüyorum	2,00 5,00	3,11	0,86	3,00
4.Bir davete gittiğimde beslenme programıma bağı kalabileceğimi düşünüyorum	2,00 5,00	3,08	0,84	3,00
5.Kilomu kontrol altında tutabileceğimi düşünüyorum	2,00 5,00	3,14	0,83	3,00
6.Diyabet hastalığının gerektirdiği diyetle bağı kalarak farklı yiyecekleri seçebileceğimi düşünüyorum.	2,00 5,00	3,22	0,87	3,00
7.Beslenme programıma çoğı zaman uyabileceğimi düşünüyorum.	2,00 5,00	3,15	0,84	3,00
8.Hasta olduğumda beslenmemi ayarlayabileceğimi düşünüyorum	2,00 5,00	3,18	0,89	3,00
9. Ayaklarımı yaralanma açısından kontrol edebileceğimi düşünüyorum .	4,00 5,00	4,26	0,44	4,00
11.Diyabet hastalığının gerektirdiği doğru yiyecekleri seçebileceğimi düşünüyorum.	2,00 4,00	3,13	0,80	3,00
13.Stresli durumlarda beslenme programımı ayarlayabileceğimi düşünüyorum.	2,00 4,00	3,13	0,80	3,00
14.Hasta olduğumda ilaçlarımı ayarlayabileceğimi düşünüyorum	2,00 5,00	4,03	0,74	4,00
Boyut 2: Tıbbi (Medikal) Tedavi				
10.Diyabet kontrolü için yılda bir kez doktora gidebileceğimi düşünüyorum.	1,00 5,00	3,13	1,06	3,00
12.Doktor'un reçete ettiğı ilaçları alabileceğimi düşünüyorum	1,00 5,00	3,04	0,85	3,00
18.Kan şekeri çok yüksek olduğunda düzeltebileceğimi düşünüyorum.	1,00 5,00	3,23	0,93	3,00
19.Kan şekeri çok düşük olduğunda düzeltebileceğimi düşünüyorum.	1,00 5,00	3,21	0,94	3,00
20. Gerekirse kan şekeri kendim ölçebileceğimi düşünüyorum.	1,00 5,00	3,78	1,06	4,00
Boyut 3: Fiziksel Egzersiz				
15.Doktor tavsiye ederse fazladan fiziksel aktivite yapabileceğimi düşünüyorum.	2,00 4,00	3,42	,776	4,00
16.Fazla fiziksel aktivite yaptığmda beslenmemi ayarlayabileceğimi düşünüyorum	2,00 4,00	3,58	,688	4,00
17.Yürüme ve bisiklete binme gibi fiziksel aktiviteler yapabileceğimi düşünüyorum.	2,00 4,00	3,25	,834	4,00

X: Aritmetik Ortalam Ss: Standart Sapma

Araştırmaya katılan kadınların Diyabet Öz-Etkililik Ölçeğine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; en yüksek üç puanın sırasıyla “Ayaklarımı yaralanma açısından

kontrol edebileceğimi düşünüyorum” (4,26), *“Hasta olduğumda ilaçlarımı ayarlayabileceğimi düşünüyorum”*(4,03) ve *“Gerekirse kan şekerimi kendim ölçebileceğimi düşünüyorum”* İfadelerinden alındığı tespit edilmiştir. Ölçekten alınan en düşük puanların ise, *“Doktor'un reçete ettiği ilaçları alabileceğimi düşünüyorum”* (3,04), *“Bir davete gittiğimde beslenme programıma bağlı kalabileceğimi düşünüyorum”* (3,08) ve *“Tatilde olduğumda beslenme programıma uyabileceğimi düşünüyorum”* (3,11) ifadelerine ait olduğu görülmüştür. Kadınlar davet veya tatile gittiklerinde diyabete uygun beslenmelerini sürdürmede başarılı olamayacaklarını düşünmektedirler. Diyabet yönetiminde en çok zorlandıkları alanı işaret etmektedirler (Tablo 7).

Tablo 8. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Tanımlayıcı Değerler

Ölçekler	Min-Max	Ort	Ss	Med
Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği	44,00 82,00	66,58	8,48	66,50
Boyut 1: Diyet, Ayak Kontrolü	26,00-51,00	39,93	6,66	40,00
Boyut 2: Tıbbi (Medikal) Tedavi	6,00-24,00	16,38	2,88	17,00
Boyut 3: Fiziksel Egzersiz	6,00-12,00	10,26	1,68	10,00
Yaşam Doyumu Ölçeği	7,00-24,00	15,40	3,24	15,00

Ort: Aritmetik Ortalama **Med:** Medyan (ortanca) **SS:** Standart Sapma

Tablo 8’de görüldüğü gibi; diyabet öz-etkililik ölçeği genel ortalaması ($66,58 \pm 8,48$), diyet, ayak kontrolü alt boyutu ortalaması ($39,93 \pm 6,66$), tıbbi (medikal) tedavi alt boyutu ortalaması ($16,38 \pm 2,88$), fiziksel egzersiz alt boyutu ortalaması ($10,26 \pm 1,68$), yaşam doyumu ölçeği genel ortalaması ($15,40 \pm 3,24$) şeklinde bulunmuştur.

Tablo 9. Diyabet Hastalarının Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Ölçek Puanlarına Ait Karşılaştırma Sonuçları (n:230)

Değişkenler	n	YDÖ* Genel Puanı		DÖEÖ*Genel Puanı		DAK* Alt Boyutu		TT* Alt Boyutu		FE* Alt Boyutu	
		Mean± Sd	Sıra Ort.	Mean± Sd	Sıra Ort.	Mean±Sd	Sıra Ort.	Mean±Sd	Sıra Ort.	Mean±Sd	Sıra Ort.
Eğitim Durumu											
İlkokul ^a	71	15,1±3,39	112,47	66,5±8,09	114,71	39,9±6,44	114,41	16,3±3,19	117,06	10,2±1,64	111,04
Ortaokul ^b	46	16,0±2,83	127,91	68,2±8,63	127,88	40,9±6,92	126,68	16,7±2,58	118,30	10,7±1,62	132,15
Lise ^c	95	15,1±3,24	109,23	66,4±8,69	114,33	39,9±6,67	115,47	16,2±2,67	112,37	10,3±1,56	113,33
Yüksekokul/ Üniversite ^d	18	16,2±4,25	128,81	63,7±8,27	93,17	37,4±6,78	91,39	16,7±3,61	118,67	9,60±2,40	102,03
İstatistiksel Analiz	X ²	0,35	p=,341	3,66	p=,300	3,69	p=,296	376	p=,945	4,34	p=,226
Medeni Durum											
Evli	191	15,3±3,34	114,55	66,5±8,53	115,12	39,9±6,67	115,57	16,3±3,01	114,55	10,3±1,67	116,10
Bekar	39	15,6±3,55	120,17	67,0±8,33	117,35	40,2±6,73	115,18	16,6±2,23	120,13	10,2±1,76	112,55
İstatistiksel Analiz	U	3542,5	p=,629	3652,5	p=,849	3712,0	p=,974	3544,0	p=,632	3609,5	p=,753
Çalışma Durumu											
Çalışmıyorum ^a	58	15,2±3,08	112,91	66,3±9,33	113,55	39,8±6,93	114,51	16,2±2,97	111,66	10,3±1,62	116,36
Emekliyim ^b	67	15,7±3,26	121,60	66,4±8,23	112,69	39,7±6,84	112,07	16,6±2,56	117,53	10,1±1,77	107,98
Çalışıyorum ^c	105	15,2±3,53	113,04	66,9±8,22	118,37	40,2±6,46	118,23	16,4±3,05	116,32	10,4±1,66	119,82
İstatistiksel Analiz	X ²	,803	p=,669	,366	p=,833	,369	p=,832	,274	p=,872	1,40	p=,494
Maddi Durum Algısı											
Düşük ^a	19	15,8±3,00	126,21	65,8±10,5	111,42	39,0±7,86	107,16	16,5±2,99	119,13	10,4±1,80	121,63
Orta ^b	201	15,2±3,27	113,58	66,8±8,31	117,41	40,2±6,52	118,24	16,3±2,83	113,76	10,3±1,61	116,20
Yüksek ^c	10	16,8±4,93	133,70	63,0±7,41	84,90	35,9±6,45	76,25	17,9±3,63	143,65	9,20±2,57	89,80
İstatistiksel Analiz	X ²	1,42	p=,491	2,35	p=,308	4,13	p=,127	2,00	p=,366	1,80	p=,406
Sosyal Güvence											
Evet	215	15,4±3,36	116,21	66,7±8,43	116,68	40,0±6,67	116,50	16,4±2,85	116,54	10,3±1,70	115,68
Hayır	15	14,8±3,11	105,37	64,5±9,21	98,57	38,7±6,64	101,20	15,6±3,40	100,53	10,3±1,53	112,87
İstatistiksel Analiz	U	1460,5	p=,539	1358,5	p=,308	1398,0	p=,388	1388,0	p=,365	1573,0	p=,869
Birlikte Yaşanan Kişi											
Yalnız Yaşıyorum ^a	21	15,1±3,69	109,90	66,8±8,24	114,33	40,6±6,22	119,33	16,3±2,31	110,81	9,9±1,85	100,95
Eşim/Çocuklarımla ^b	190	15,3±3,34	114,93	66,5±8,55	115,27	39,9±6,69	115,54	16,3±3,01	114,90	10,3±1,67	116,21
Çocuklarımla ^c	19	16,0±3,00	127,42	67,1±8,46	119,08	39,6±7,21	110,87	16,9±2,18	126,68	10,5±1,58	124,47
İstatistiksel Analiz	X ²	7,74	p=,021	,064	p=,969	8,18	p=,017	,665	p=,717	1,47	p=,478

Fark Sonuçları		c>a		---		b>c		---		---	
Bakımından Sorumlu Olunan Kişi Varlığı											
Evet	185	15,4±3,36	115,81	66,4±8,58	114,44	39,7±6,71	113,70	16,4±2,95	116,84	10,2±1,72	114,21
Hayır	45	15,2±3,28	114,21	67,3±8,13	119,84	40,7±6,51	122,90	16,1±2,65	110,00	10,4±1,50	120,81
İstatistiksel Analiz	U	4104,5	p=,884	3967,0	p=,625	3829,5	p=,405	3915,0	p=,534	3923,5	p=,536

Not: Gruplar arası fark sonuçlarında “Bonferroni Düzeltmesi” uygulanmıştır X²: Kruskal Wallis H Testi – U: Mann Whitney U ***YDÖ:** Yaşam Doyum Ölçeği - **DÖEO:** Diyabet Öz Etki Ölçeği- **DAK:** Diyet-Ayak Kontrolü Alt Boyutu- **TT:** Tıbbi Tedavi Alt Boyutu- **FE:** Fiziksel Egzersiz Alt Boyutu

Tablo 9’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan diyabeti olan kadınların; eğitim, medeni durum, çalışma, maddi durum algısı, sosyal güvence ve bakımından sorumlu olunan kişi varlığı ile *Yaşam Doyumu ve Diyabet Öz-etkililik Ölçeği* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan diyabeti olan kadınların *Yaşam Doyumunu* ve *Diyet-Ayak Kontrolü öz-etkililiğini* sadece birlikte yaşadıkları kişi değişkeninin etkilediği ve grupların sıra ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p= .021$, $p= .017$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan analizlerin sonucunda çocukları ile yaşayan diyabeti olan kadınların yaşam doyumlarının yalnız yaşayan kadınlardan (U:167,0 – $p: .009$), eşi ve çocukları ile yaşayan kadınların ise *diyet-ayak kontrolü* puanlarının, çocukları ile yaşayanlardan (U:1611,0 – $p: .010$) daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. Diyabet Hastalarının Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Ölçek Puanlarına Ait Karşılaştırma Sonuçları (n:230)

Değişkenler	n	YDÖ*		DÖEÖ*		DAK* Alt Boyutu		TT* Alt Boyutu		FE* Alt Boyutu	
		Genel Puanı		Genel Puanı							
		Mean± Sd	Sıra Ort.	Mean± Sd	Sıra Ort.	Mean±Sd	Sıra Ort.	Mean±Sd	Sıra Ort.	Mean±Sd	Sıra Ort.
Günlük İhtiyaçları Karşılama											
Karşılayabiliyorum ^a	188	15,1±3,39	111,50	66,7±8,46	116,98	40,1±6,65	117,60	16,3±2,84	113,14	10,3±1,65	116,86
Kısmen Karşılıyorum ^b	31	16,1±3,27	127,08	65,8±8,77	107,42	39,3±6,75	108,02	16,3±3,40	112,42	10,3±1,83	117,05
Hiç Karşılayamıyorum ^c	11	16,8±1,60	151,18	66,5±8,70	112,91	38,6±7,09	100,68	18,3±1,27	164,50	9,5±1,75	87,86
İstatistiksel Analiz	X ²	4,83	p=,089	,568		1,12	p=,569	6,34	p=,042	2,14	p=,342
Fark Sonuçları		---		p=,753		---		c>a		---	
Ailede Diyabetli Yakını Bulunma											
Evet	131	15,4±3,41	119,11	66,6±8,51	116,34	39,9±6,85	114,47	16,5±2,92	118,65	10,3±1,67	116,50
Hayır	99	15,2±3,28	110,72	66,5±8,49	114,39	40,0±6,45	116,86	16,3±2,86	111,33	10,2±1,71	114,18
İstatistiksel Analiz	U	6011,0	p=,340	6374,5		6349,5	p=,787	6072,0	p=,015	6353,5	p=,786
				p=,826							
Diyabet Yılı											
Bir Yıl ^a	59	14,8±3,39	106,50	69,8±7,83	142,41	42,8±6,22	146,17	16,0±2,81	107,07	10,8±1,48	140,88
2-3 Yıl Arası ^b	137	15,6çoğ±3,38	119,96	66,7±8,23	115,51	39,8±6,44	113,60	16,7±2,90	124,30	10,1±1,78	111,21
4 Yıl Ve Üzeri ^c	34	15,2±3,05	113,13	60,4±7,34	68,75	35,1±5,52	69,93	15,5±2,80	94,68	9,6±1,42	88,74
İstatistiksel Analiz	X ²	1,76	p=,415	26,47		28,69	p=,000	6,75	p=,034	15,77	p=,000
Fark Sonuçları		---		p=,000	a>b – a>c – b>c	a>b – a>c – b>c		b>c		a>b – a>c	
Diyabet Tedavisinde Kullanılan İlaç Tipi											
Ağızdan Hap ^a	166	15,5±3,19	117,80	67,6±7,80	122,15	40,7±6,29	122,19	16,5±2,65	118,19	10,4±1,60	120,20
İnsülin ^b	30	14,8±4,00	105,70	65,5±10,0	111,18	39,2±7,60	110,67	16,2±3,50	114,75	10,1±1,77	110,12
Ağızdan Hap+İnsülin ^c	34	15,4±3,47	112,93	62,7±9,23	86,82	37,0±6,92	87,12	16,0±3,43	103,04	9,7±1,91	97,29
İstatistiksel Analiz	X ²	,910	p=,634	8,11		8,04	p=,018	1,48	p=,476	3,84	p=,146
Fark Sonuçları		---		p=,017	a>c	a>c		---		---	
Diyabete Bağlı Hasar Gören Organ											
Evet	49	15,1±3,59	106,67	65,5±9,01	107,13	39,3±6,77	108,55	16,1±3,21	104,58	10,1±1,65	109,70
Hayır	181	15,4±3,27	117,89	66,9±8,33	117,77	40,1±6,65	117,38	16,5±2,80	118,46	10,3±1,70	117,07

İstatistiksel Analiz	U	4002,0	p=,292	4024,5		4094,0	p=,409	3999,5	p=,041	4150,5	p=,476
Diyabet Dışında Sürekli İlaç Kullanma											
Evet	43	15,3±3,75	113,06	66,6±8,05	115,12	40,0±6,18	115,51	16,3±3,51	115,33	10,3±1,37	112,50
Hayır	187	15,4±3,25	116,06	66,6±8,60	115,59	39,9±6,79	115,50	16,4±2,74	115,54	10,3±1,75	116,19
İstatistiksel Analiz	U	3915,5	p=,788	4004,0		4020,0	p=,999	4013,0	p=,985	3891,5	p=,734
Diyabet Kontrolü İçin Sağlık Kurumuna Gitme											
Ayda Bir ^a	1	13,0±0,0	56,00	50,0±0,00	7,00	32,0±0,00	41,50	12,0±0,00	18,50	6,0±0,00	6,00
Üç Ayda Bir ^b	28	16,0±3,44	128,45	65,9±8,51	108,91	39,2±7,01	109,18	16,6±3,11	126,61	10,1±1,77	110,25
Altı Ayda Bir ^c	192	15,3±3,27	114,35	66,9±8,39	117,78	40,2±6,61	117,66	16,4±2,80	115,24	10,3±1,67	116,71
Kendimi Kötü Hissettiğimde ^d	9	15,2±4,60	106,39	64,2±9,55	99,33	38,2±6,92	97,33	15,6±4,00	97,17	10,4±1,24	118,11
İstatistiksel Analiz	X ²	2,11	p=,550	3,69		2,37	p=,499	3,63	p=,304	3,18	p=,364
Diyabet İle İlgili Hemşireden Eğitim Alma											
Evet	104	15,8±3,58	123,35	67,1±8,92	119,13	40,1±7,34	118,44	16,7±3,02	123,23	10,3±1,72	117,91
Hayır	126	15,0±3,09	109,02	66,2±8,12	112,50	39,8±6,08	113,08	16,1±2,76	109,12	10,2±1,65	113,51
İstatistiksel Analiz	U	5736,0	p=,102	6174,0		6246,5	p=,542	5748,0	p=,107	6301,5	p=,605
HbA1c Değerleri											
6,50-7,00 Arası ^a	86	15,4±3,18	80,56	67,0±8,01	85,27	40,2±6,31	84,58	16,5±2,57	82,29	10,2±1,75	83,80
8,00 ^b	37	14,5±3,22	70,12	64,4±9,91	73,46	38,5±7,76	75,24	15,8±3,13	72,39	10,0±1,81	76,41
9 ve Üstü ^c	33	15,9±3,80	82,53	63,3±8,82	66,52	37,4±6,37	66,32	16,2±3,59	75,47	9,6±1,1,76	67,03
İstatistiksel Analiz	X ²	X ² =1,73	p=,420	X ² =4,72		X ² =4,16	p=,125	X ² =1,44	p=,485	X ² =3,59	p=,166
BKİ Grupları											
24 ve 24 den küçük ^a	19	15,5±3,09	110,11	66,4±6,84	110,55	39,9±6,03	112,95	16,1±2,15	104,42	10,3±1,38	115,47
25-29,9 arası ^b	95	15,4±3,42	114,35	66,3±8,37	113,49	39,5±6,65	111,06	16,6±2,73	121,47	10,1±1,81	110,49
30-30,9 arası ^c	89	15,2±3,41	114,17	67,6±8,86	124,94	41,0±6,79	127,01	16,1±3,14	112,29	10,4±1,76	125,74
35 ve üstü ^d	27	15,9±3,06	127,72	63,9±8,41	94,93	37,8±6,41	94,98	16,4±3,06	112,87	9,7±1,77	99,39
İstatistiksel Analiz	X ²	X ² = 1,11	p=,774	X ² =4,57		X ² =5,69	p=,127	X ² = 1,56	p=,668	X ² = 4,54	p=,208

Not: Gruplar arası fark sonuçlarında “Bonferroni Düzeltmesi” uygulanmıştır- **X²:** Kruskal Wallis H Testi – **U:** Mann Whitney U ***YDÖ:** Yaşam Doyum Ölçeği - **DÖEÖ:** Diyabet Öz Etki Ölçeği- **DAK:** Diyet Ayak Kontrolü Alt Boyutu- **TT:** Tıbbi Tedavi Alt Boyutu- **FE:** Fiziksel Egzersiz Alt Boyutu

Araştırmaya katılan diyabeti olan kadınların; günlük ihtiyaçları karşılama, ailede diyabetli yakını bulunma, diyabet yılı ve diyabet tedavisinde kullanılan ilaç tipi, diyabete bağlı organ hasarı, diyabet dışı bir hastalık nedeniyle sürekli ilaç kullanma, sağlık kurumuna gitme sıklığı ve diyabet konusunda hemşireden eğitim alma değişkenleri *Yaşam Doyumu* ölçeği puanlarını etkilememiştir ($p>.05$). Benzer şekilde diyabet dışında hastalık nedeniyle sürekli ilaç kullanma, sağlık kurumuna gitme sıklığı ve diyabet ile ilgili hemşireden eğitim alma değişkenleri *Diyabet Öz-Etkililik* puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmamıştır ($p>.05$) (Tablo 10).

Tablo 10’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan kadın diyabetlilerin günlük ihtiyaçları karşılama gruplarının sıra ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p: .042$). Bonferroni düzeltmesi sonucunda farklılığın; günlük ihtiyaçlarını karşılayabilenler ile günlük ihtiyaçlarını hiçbir şekilde karşılayamayan kadın diyabetliler arasında olduğu görülmüştür ($U:560,0 - p: .010$). Bu sonuca göre günlük ihtiyaçlarını hiçbir şekilde karşılayamayanların *Tıbbi Tedavi Öz-Etkililik* düzeylerinin, günlük ihtiyaçlarını kendisi karşılayabilen kadın diyabetlilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ailesinde diyabetli yakını olmayan kadınların *Tıbbi Tedavi Öz-Etkililik* puanlarının, diyabetli yakını olanlara göre daha düşük ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.015$) (Tablo 10)

Yine tablo 9’da görüldüğü gibi kadınların diyabet yılı diyabetin yönetiminde en etkili değişken olmuştur. Diyabet yılının ölçeğin genel ve tüm alt boyutlarının puanlarını etkilediği, grupların sıra ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.000$). Yapılan analizlerin sonucunda, diyabet tanısı bir yıl olan kadınların *Diyabette Öz-Etkililik Genel* ve *Diyet-Ayak Kontrolü* puanları, tanı süresi 2-3 yıl arası olanlardan ($U:3086,5 - p= .009$, $U:2874,5 - p= .001$) ve 4 yıl

ve üzeri süredir diyabetli olanlardan (U:370,5 – p= .000, U:360,5 – p= .000) daha yüksektir. Benzer şekilde diyabet tanısı 2-3 yıl arası olan kadınların öz-etkililiği, 4 yıl ve üzeri süredir (U:1372,0 – p= .000, U:1422,0 – p= .000) diyabet tanısı almış olan kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre diyabet yönetiminde öz-etkililik tanı alınan ilk yıldan sonra giderek düşmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların diyabet yılı *Tıbbi Tedavi* yönetiminde öz-etkililik puanlarını etkilemiştir ve grupların sıra ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p= .034). Yapılan analizler farklılığın diyabet yılı 2-3 yıl olan kadınlar ile 4 yıl ve üzerinde diyabetli olan kadınlar arasında olduğunu göstermiştir (U:1742,0 – p= .012). Diyabet yılı 2-3 arası olan kadınların diyabetin tıbbi tedavisinin yönetimindeki öz-etkililiklerinin 4 yıl ve üzeri süredir diyabeti olan kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (Tablo 10).

Yine tablo 9’da diyabet yılının kadınların *Fiziksel Egzersiz* alt boyut puanlarını etkilediği ve sıra ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p= .000). Yapılan analizlerin sonucunda farklılık; Bir yıldan bu yana diyabeti olan kadınlar ile 2-3 yıl arası (U:3002,5 – p= .003) ve 4 yıl ve üzeri süredir diyabeti olan kadınlar arasındadır (U:544,5 – p= .000). Bu sonuca göre bir yıldır diyabeti olan kadınların diyabetin yönetiminde önemli olan fiziksel egzersiz puanları, diyabet yılı daha uzun olanlara göre daha yüksektir.

Ağızdan hap kullanarak diyabet tedavisini sürdüren kadınların insülin ve hap+insülin kullananlara göre *Diyabet Öz-Etkililik Genel* (p= .017), (U:1942,0 – p= .004) ve *Diyet-Ayak Kontrolü* (p= .018), (U:1952,0 – p= .005) puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Antiyabetik ilacı sadece ağızdan hap şeklinde olan kadınların diyabet öz-etkililik genel ve Diyet-Ayak Kontrolü düzeyleri, ağızdan hap ve insülin kullananlara göre daha başarılıdır (Tablo 10).

Tablo 10’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan kadınların diyabete bağlı hasar gören organı olup olmaması değişkeni gruplarının sıra ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = .041$). Bu sonuca göre diyabete bağlı hasar gören organı olan kadınların diyabetin *Tıbbi Tedavi Öz-Etkililikleri* hasarlı organı olmayan kadınlara göre daha düşük düzeydedir.

Tablo 11. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Spearman rho Korelasyon Sonuçları

Değişkenler	Yaşam Doyumu Ölçeği	
	r_{rho}	p
Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği	-,023	,731
- Diyet, Ayak Kontrolü	-,263	,000
- Tıbbi (Medikal) Tedavi	,721	,000
Fiziksel Egzersiz	,234	,000

Tablo 11’de görüldüğü gibi *Yaşam Doyumu* ile *Diyabet Öz-Etkililik* genel puanları arasında korelasyon bulunamazken ($p > .05$), *Yaşam Doyumu* ile *Diyabet Öz-Etkililik* ölçeğinin alt boyutları arasında korelasyon olduğu belirlenmiştir. *Yaşam Doyumu ile Diyet-Ayak Kontrolü* ($r_{rho} = -.263$, $p = .000$) ve *Fiziksel Egzersiz* ($r_{rho} = .234$, $p < .05$) arasında negatif doğrusal düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken, *Tıbbi (medikal) Tedavi* ($r = .721$, $p = .000$) arasında pozitif doğrusal yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diyabetin Tıbbi Tedavisinin yönetiminde öz-etkililik arttıkça kadınların yaşam doyumlarının arttığı söylenebilir. Diyet-Ayak Kontrolü ve Fiziksel Egzersiz arttıkça yaşam doyumunu azalmaktadır.

Bölüm 5

TARTIŞMA

Bu bölümde; Tip 2 diyabeti olan kadınların diyabet öz-etkililik düzeyleri ile yaşam doyumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın sonuçları, araştırma soruları ile uyumlu olarak, ilgili literatürle karşılaştırılarak yorumlanmıştır

Tip 2 Diyabet Hastalarına Ait Tanımlayıcı Özellikler

Tip 2 diyabeti olan kadınların çoğunluğunun 41-64 yaş aralığında, lise mezunu, evli, çocuk sahibi ve herhangi bir işte çalışmadıkları, sosyal güvence ve orta düzey gelir algısına sahip oldukları görülmüştür (Tablo 4). Literatür incelendiğinde diyabetli kadınların yaş ortalamasının benzer olduğunu gördüğümüz birçok çalışmaya ulaşılmıştır. Kadınlarda 45 yaş ve üzerine çıkıldığında gebelik, obezite vs risk yaratacak nedenler olduğu vurgulanmıştır, Tip 2 Diyabet insidansının arttığı gösterilmektedir (Şireci ve Karabulutlu, 2017; Koç, 2020; Gedik, 2016; Erol ve Yanık, 2016, Ustaalioğlu (2015).

Tip 2 Diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde karşılaştıkları engellerin değerlendirildiği ve diyabet bakım ve tedavisine yönelik tutum ve davranışların incelendiği araştırmalarda sonucumuzdan farklı olarak kadınların eğitim düzeyinin (%45.0, %90.9) çok yüksek oranda ilkokul olduğu belirtilmiştir (Üstündağ ve Dayapoğlu 2021, Ustaalioğlu 2015). Diyabetin yönetiminde komplikasyonların ortaya çıkışını hızlandıran sigara tüketimine bakıldığında, Koç (2020)'un Ankara'da yapmış olduğu araştırmada çoğunluğu kadın olan katılımcıların %21 gibi yüksek oranda sigara

ve %0.3 gibi çok düşük oranda alkol kullandıklarını, tespit edilmiştir (Koç, 2020). Farklı olarak, Gedik (2016) Konya’da katılımcılarının %68’inin kadın olduğu çalışmada, %9.2’sinin sigara ve %0.5’inin alkol kullandığını ve %80’inin eşleri ve çocukları ile birlikte yaşadıkları saptanmıştır. Bu çalışmada, diyabetli kadınların daha düşük oranda (%6.5) sigara tükettikleri, ancak %3’ünün alkol kullandığı görülmektedir. Alkolün diyabete olumsuz etkileri konusunda bu çalışmaya katılanların daha riskli oldukları görülmektedir. Bu durum çalışmaların yapıldığı bölgeler arasındaki kültürel ve yaşam tarzı farklılıklarına bağlanabilir.

Toka vd. (2014)’ri araştırmalarında katılımcıların çoğunun (%61) SSK güvencelerinin olduğu belirlenmiştir (Toka vd., 2014). Erdem ve Pirinççi (2003) Doğu Bölgelerinin, Batı Bölgelerine göre, kırsal bölgelerin kentlere göre daha düşük düzeyde sağlık hizmeti kullandığı, sağlık güvencesi olanların olmayanlara göre bu hizmetleri kullanım açısından büyük farklılık olduğunu belirtmiştir (Erdem ve Pirinççi (2003). Benzer şekilde, bizim çalışmamızda katılımcıların % 93.5’inin sosyal güvencelerinin olduğunu ancak sosyal güvence varlığının yaşam doyumunu veya diyabette öz-etkililiği etkilemediğini belirledik.

Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Bulguların Tartışılması Yaşam Doyumu Ölçeği

Araştırmada kadınların yaşam doyumu puanlarının ortalama düzeyde ($15,40 \pm 3,24$) olduğu (Tablo 8) ve ölçekten alınan puanı sadece birlikte yaşayan kişi değişkeninin etkilediği görülmüştür. Çocukları ile birlikte yaşayan diyabetli kadınların yaşamdan aldıkları doyum, yalnız veya eş ve çocukları ile birlikte yaşayanlara göre daha yüksektir. Ancak istatistiksel fark, sadece yalnız yaşayan kadınlarla çocukları ile birlikte yaşayan kadınlar arasında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9).

Uğur ve Çatıker (2019) yapmış oldukları araştırmada diyabetli bireylerin yaşam doyumu puanlarının orta düzeyde olduğunu ve %78'inin kronik hastalığının (%58 hipertansiyon) bulunduğu ve yatağa bağımlılık puan ortalamalarının 2.01 ± 2.18 olduğu ve bu hastalıklar nedeniyle stres düzeylerinin yükseldiği ve yaşam doyumlarının azaldığını saptamıştır (Uğur ve Çatıker, 2019). Kabadaş ve Orak (2023) küçük yerde yaşayan, yüksek eğitim seviyeli, çalışan, başka sağlık sorunu olmayan, tıbbi beslenmeye ve fiziksel aktivitelere uyum sağlayan ve sosyal destek alan Tip 2 diyabetli bireylerin iyi oluş düzeylerinin daha iyi olduğunu ortaya koymuştur. (Karadaş ve Orak 2023). Sonucumuzla benzer şekilde literatürde diyabetlilerde yaşam doyumunun orta düzeyde olduğu sosyal desteği olanların yaşam doyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Aslan, 2018).

Erdağı ve Yılmaz (2014) diyabetli kadınların evlilik uyumu ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu tespit etmiştir (Erdağı ve Yılmaz (2014). Frankl (2016)'ın bildirdiğine göre, bireylerin paylaşım yapması ve iletişim kurmasıyla yaşam doyumları artmaktadır. Ayrıca, bireylerin yaşamları boyunca bir amaca bağlı olarak hayatlarını sürdürmeleri, günlük hayatlarında karşılaştıkları sorunları çözme becerisine sahip olmaları kendilerine öz-etkililik hissine sahip olduklarını göstermekle birlikte onları yaşama bağlı kılar ve yaşam doyumunu artırır (Frankl, 2016). Eş ve çocukları ile yaşayanların yaşam doyumu bu çalışmada da yüksektir, sonuçlarımızla uyumludur.

Avşaroğlu vd., (2021)'ri yapmış oldukları araştırmada erkeklerin kadınlardan, evlilerin yaşam doyumunun ise bekârlardan daha iyi düzeyde olduğu gösterilmiştir (Avşaroğlu vd. (2021). Bu çalışmada kadınların yaşam doyumu puan ortalaması Avşaroğlu vd'nin çalışmasına göre daha düşüktür. Sayın vd. (2019)'nin yapmış oldukları araştırmada katılanların %48,4'ünde (n=308) anksiyete riski, %67,3'ünde

(n=428) ise depresyon riskinin var olduğu saptanmıştır. 60 yaş ve üstünde olanlarda, kadınlarda, ilkokul ve altı eğitimlilerde, ev hanımı veya emekli olanlarda, komorbid hastalığı bulunanlarda ve insülin tedavisi alanlarda anksiyete ve depresyon riski istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Sayın vd. (2019). Literatüre göre kadınların depresyon oranı erkeklere göre daha yüksektir ve yaşam doyumunu olumsuz etkiler (Kılıç, 2016).

Avşaroğlu vd., (2021)'nin çalışmasında ayrıca gelir düzeyi fazla olanların yaşam doyumlarının daha yüksek olduğu, eğitim seviyesi arttıkça yaşam doyumunun arttığı sonucuna varılmıştır. Bizim çalışmamızda da gelir algısı yüksek olanların yaşam doyumunu puanları geliri giderine denk veya düşük gelirli olanlardan daha yüksek olsa da, gruplar arasında istatistiksel fark bulunamamıştır.

Diyabet Öz-etkililik Ölçeği

Bu araştırmaya katılan kadınların diyabet öz-etkililiklerinin orta düzeyde olduğu ($66,58 \pm 8,48$) belirlenmiştir (Tablo 8). Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların, ailesinde diyabetli yakını olan ve diyabetin tedavisinde sadece hap kullananların öz-etkililikleri daha yüksek bulunmuştur. Günlük ihtiyaçlarını kendi karşılayanların ve diyabete bağlı organ hasarı olanların öz-etkililikleri bu durumdan olumsuz etkilenmiştir, gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark belirlenmiştir ($p < 0,05$). Ayrıca çalışmada diyabet yılının artması ile öz-etkililik düzeyi arasında ters bir ilişki olduğu görülmüştür. Diyabet yılı arttıkça öz-etkililik düzeyi düşmektedir (Tablo 9, 10).

Durak ve Yılmaz (2022) yapmış oldukları araştırmada öz-etkililik toplam ölçek puan ortalamalarının ($69,87 \pm 16,60$) sonucumuzla benzer şekilde orta düzeyde olduğunu göstermişlerdir (Durak ve Yılmaz (2022). Kanadli vd. (2016)'nin yapmış oldukları araştırmada tip 2 diyabetli bireye verdikleri eğitim ve telefon izlemelerinin sonucunda, deney grubunun (44 kişi) öz-etkililik puanlarının ortalama düzeyden (61.3

± 10.9 den 89.9 ± 12.3 'e) iyi bir düzeye arttığını, HbA1c, total kolesterol, trigliserit, LDL ve sistolik kan basıncı değerlerinde de iyileşme olduğunu saptamışlardır (Kanadli vd. 2016). Arslan vd. (2021)'nin Konya'da bir devlet hastanesinde çoğunluğu kadın (%87.5) diyabetli hastalarla yaptıkları çalışmada; diyabetli hastaların eğitim öncesi öz-etkililik puanları sonuçlarımıza benzer şekilde ortalama düzeyde iken planlı eğitim ve izlemlerin sonrasında, hastaların öz-etkililik puan ortalamalarının arttığı ve bazı metabolik değerlerin (HbA1c) sonuçlarının da olumlu olarak etkilendiği tespit edilmiştir (Arslan vd. 2021). Literatüre bakıldığında diyabetli hastaların öz-etkililik düzeylerinin sonucumuzla benzer şekilde ortalama düzeyde seyrettiği, ancak yakın izlem ve eğitimlerle iyi düzeye çıkarılabildiği görülmüştür. Yanık ve Erol (2016) yapmış oldukları araştırmada bireylerin eğitim düzeyi arttıkça hastalık durumları ile ilgili farkındalıklarının da arttığı ve hastalıkları ile daha kolay başa çıktıkları belirlenmiştir (Yanık ve Erol, 2016).

Çalışmamıza katılan kadınların yarısından fazlası diyabetle ilgili eğitim almadığını söylemiştir. Diyabet öz-etkililik alt boyut puanlarına bakıldığında diyet-ayak kontrolü, tıbbi tedavi ve fiziksel egzersiz puanlarının alınan diyabet eğitiminden etkililenmediği ve orta düzeyde bir davranışa sahip oldukları görülmüştür. Bu çalışmada eğitim aldım diyen diyabetli kadınlara eğitimin içeriği ve süresi ile ilgili bilgi sorulmamıştır, ancak çalışmayı yürüttüğümüz hastanede planlı sistematik bir diyabet eğitimi bulunmamaktadır. Sadece poliklinikten gelen yeni tanılı hastalara kan şekeri ölçüm cihazı, insülin uygulaması ve hipoglisemi veya hiperglisemide ne yapacakları anlatılmaktadır. Bu şekilde bir defaya verilen eğitimin yeterli olmadığını göstermektedir.

Literatürde yer alan bir çalışmanın sonucuna göre diyabet tanı süresi arttıkça, diyabet yükünün de arttığı ve komplikasyon gelişmesi açısından daha ağır sonuçları

da beraberinde getirdiği tespit edilmiştir (Savsar, 2017). Diyabet tanısının diyabetin erken dönemlerinde konulması ve diyabet ile ilgili sürekli eğitim ve takiplerin yapılması gelişebilecek komplikasyonları azaltması nedeniyle önemli olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmaya katılan kadınlara diyabet tanılarının ortalama $2,33 \pm 1,24$ yıl gibi çok düşük olduğu, ve yaş ortalamasının da 52,42 olduğu bilgisi ile bakıldığında; %78,7'sinin diyabete bağlı olarak hasar gören herhangi bir organının olmadığı, ancak % 36,7'sinin kalp ve gözlerinin zarar gördüğü belirlenmiştir (Tablo 8). Diyabet öz-etkililiğinin yeterli olmaması diyabete bağlı komplikasyonların daha erken yaşlarda geliştiği ve daha kompleks hale geldiği kılavuzlarda belirtilmektedir (Savsar, 2017).

Özkonuk (2017) yapmış olduğu araştırmasında diyabet eğitimi alan hastaların tedavi uyum puanlarının eğitim almayanlara göre kısmen daha yüksek olduğunu saptasa da, bu çalışmada eğitim alanlarla almayanlar arasında yaşam doyumu ve diyabet öz-etkililik puanlarını değiştirmemiştir (Özkonuk, 2017).

Pınar (2019)'ın araştırmasında hastaların diyabet tanı yılı ile bizim elde ettiğimiz sonuç paralellik göstermektedir (Pınar, 2019). Ancak, Pınar'ın (2019) çalışmasında katılımcıların ailelerinde diyabet hastası olmadığı belirtilirken, araştırmamızda ise çoğu katılımcının ailelerinde diyabet hastalığına rastlandığı gözlemlenmektedir. Bu farklılığın temel nedeni, Tip 1 diyabetin otoimmün kökenli bir gelişim gösterirken, tip 2 diyabette ailesel yatkınlığın önemli olması ile açıklanabilir. Erdağı ve Yılmaz (2014) araştırmalarında diyabetli kadınların evlilik uyumu arttıkça, yaşam kalitelerinin yükseldiği görülmüştür. Hastaların tedaviden duydukları memnuniyet ve tedavinin olumlu psikolojik etkisinin artması, aynı zamanda sosyal kaygının azalmasıyla birlikte evlilik uyumunun ve yaşam doyumunun arttığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Literatürde aile desteğinin arttığı durumlarda, hastanın öz-etkililiğinin ve yaşam doyumunun olumlu yönde etkilendiği yani aile desteği ve yaşam doyumu arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur, sonuçlarımızla paralellik görülmektedir (Ishak vd., 2017; Bennich vd., 2017; Hu vd., 2014; Pesantes, 2018; Zeren 2021). Öz-etkililik, hasta bireylerin ilaçlarını düzenli kullanması, birine muhtaç olmaması, kendi sağlıklarını kontrol edebilmesi, fiziksel aktivitelerini sürdürebilmesi olarak kabul edilmektedir. Champion ve Skinner (2008) yapmış oldukları araştırmada benzer sonuçlara ulaşmıştır. Benzer şekilde Bohanny vd. (2013)'ri araştırmalarında aynı sonuca ulaşmışlardır ve elde ettikleri bulgular doğrultusunda öz-etkililik davranışının bireyin kendi sağlığına verdiği değer ve kendi kontrol algısıyla ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Öz-Etkililik ve Yaşam Doyumu arasındaki ilişki

Araştırmamızda *Yaşam Doyumu* ile *Diyabet Öz-Etkililik* toplam puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Ancak *Yaşam Doyumu ile Diyet-Ayak Kontrolü ve Fiziksel Egzersiz* arasında negatif zayıf, *Tıbbi (medikal) Tedavi* arasında ise pozitif doğrusal yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diyabetin Tıbbi Tedavisinin yönetiminde öz-etkililik arttıkça kadınların yaşam doyumlarının arttığı söylenebilir. Diyet-Ayak Kontrolü ve Fiziksel Egzersiz arttıkça yaşam doyumu azalmaktadır.

Öz-etkilikle Yaşam Doyumu ilişkisi- Diyetle Uyum Zorlukları ve Fiziksel Egzersiz Yapma Zorluğu ve Obezite

Diyabetli bireylerin kan şekeri düştüğü zaman şikayetleri azalmaktadır. Aynı zamanda ilaçlarını tam zamanında almışlarsa ve doğru bir şekilde ilaçlarını kullanmışlarsa bir takım sağlık şikayetleri azalacak ve hipoglisemi ve hiperglisemi gibi dengesizliklerin yaşanması enfeksiyonu azaltacak ve diyet ayak kontrolü ve

fiziksel egzersiz arttıkça yaşam doyumu da bunları bağlı olarak düşecektir. Diyet kontrolü toplumda birçok kişinin sevmediği birşey olmakla birlikte aynı zamanda günlük hayatlarında en çok zorlandıkları şey olmaktadır. Diyete uyum sağlamaya çalışan bireylerin yaşam doyumları azalmaktadır çünkü beslenme alışkanlıklarını değiştirmek zorlayıcı ve ağız tadının bozulması olarak tariflenmektedir (Deborah et al. 2014). Özel (2019) çalışmasında beslenme tedavisine uyumu sağlamak amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2003 yılında kronik hastalıklarda tedaviye uyumla ilgili yayınlamış olduğu raporda vurgulanan prensiplere göre, hastalar desteklenmeli ve suçlanmamalıdır. Ayrıca, sağlık çalışanları da uyumu arttırmak için özel eğitim almış olmalıdır ve katılımcıların eğitim, kültür ve sosyo-ekonomik durumuna göre özelleştirilmiş bir beslenme tedavi planı benimsemesi gerektiği ileri sürülmüştür (Özel, 2019). Akca (2021) araştırmasında diyet uyumu tam veya kısmi olan bireylerin ölçek puanlarının, diyet uyumu olmayan bireylerin toplam puanlarından daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcıların %37'si, diyetlerine tamamen uyduklarını ifade etmiştir (Akca, 2021). Benzer bir çalışmada, diyabet okuluna katılan bireylerin %35,7'sinin tam diyet uyumuna sahip olduğu rapor edilmiştir (Baykal ve Kapucu, 2015). Başka bir çalışmada ise, diyabetle ilgili eğitim sonrasında özel beslenme ve genel beslenme puanlarında anlamlı bir artış tespit edilmiştir (Olgun ve Altun, 2012). Eğitim sonrasında öz-etkililik puanları daha yüksek olan bireylerin, diyet uyumlarının düşük puanlı bireylere göre daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Literatürde yer alan farklı araştırmalarda, tıbbi beslenme tedavisinin, diyabetli bireylerde hem hastalıklardan korunma hem de diyabetle ilgili komplikasyonları önleme amacı taşıyarak, kişilere yüksek yaşam kalitesi sağlamak için önemli bir rol oynadığı vurgulanmıştır (Albright, 2014; Dunkley vd. 2014). Literatürde genç, fiziksel olarak aktif kadınların yeme alışkanlıklarının gelişiminde yaşam memnuniyetinin belirleyici

rolünün önemli olduğunu ve bu bireysel fiziksel aktivite düzeyi daha yüksek olan kadınların daha akılcı beslenme tercihlerinin olduğu ortaya konmuştur. Diyabetli kadınlarda sebze, baklagil, meyve, tam buğday, balık, yarım yağlı süt ürünlerinin tüketme sıklığı artarken yaşam doyumu düzeyinin de arttığı, beyaz tam buğday ürünleri, yağlı peynirler, domuz eti, kümes hayvanları, etler, tereyağ, margarin, tatlılar, fast food yiyecekler, şekerli gazlı içecekler, meyve suları ve alkollü içeceklerin tüketimi ile yaşam doyumunun azaldığı belirlenmiştir. (Gacek, 2017). Tip 1 ve tip 2 diyabetli hasta grubunda, ayda en fazla birkaç kez tatlıya ulaşma endikasyonu (tip 1 diyabetlilerin %42,8'i ve tip 2 diyabetlilerin %62,9'u) düzenli tatlı tüketimi gösterilmiştir. Hastalar ayrıca bu ürünleri daha sık, yani haftada birkaç kez (tip 1 diyabette %34,7 ve tip 2 diyabette %22,2) ve her gün (tip 1 diyabette %20,4 ve tip 2 diyabette %7,4) tüketiyordu (Szewczyk et al. 2011). Başka araştırmalarda da diyabetik hasta grubunda da artan şeker tüketimi tarif edilmiştir, başka bir diyabetli kadın grubu çalışmasında tatlı tüketmeme oranı yalnızca %18 olarak bildirilmiştir (Mędrela-Kuder & Bis 2014; Gacek & Frączek 2017).

Gökpınar (2015) tip 2 diyabetli bireylerde uyku ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapmış olduğu araştırmada Tip 2 diyabetli bireylerde kan şekerinin sürekli dalgalanması, beslenme alışkanlıklarının değişmesi gibi diyabete ilişkin kontrol problemleri yaşanması sonucu uyku bozukluklarının ortaya çıktığı ve, bireyin yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkmıştır (Gökpınar, 2015). Erol vd. (2022) diyabeti olan bireylerin fiziksel aktivite davranışları genellikle yetersiz, iyilik halleri ve egzersize yönelik motivasyon durumlarının ise orta düzeyde olduğunu bulmuştur. Araştırmada, iyilik hali ile egzersiz motivasyon durumu arasında belirgin bir ilişki tespit edilmemiştir. Diyabeti olan bireylerde fiziksel aktivite davranışlarını ve motivasyonlarını artırmaya yönelik, multidisipliner ekip yaklaşımını

içeren eğitim programlarının geliştirilmesi önerilmektedir (Erol vd. 2022). Güçlü vd. (2012) egzersizin şeker hastalığı üzerine çok olumlu etkileri olduğunu egzersiz ve psikolojik durumun, kalp dolaşım sistemi veya metabolizmayı etkilediği, düzenli egzersiz yapmanın kan şekerini düşürdüğü ve bunun da hastalığın kontrolünde çok önemli bir yer tuttuğunu öne sürmektedirler (Güçlü vd. 2012). Farklı bir araştırmada Tip 2 diyabetli bireylerde 8 hafta, haftada 3 kez Pilates eğitimi uygulanmış ve fiziksel aktivite düzeyinin diyabet bilgi ile diyabet stres düzeylerini ve yaşam kalitesini geliştirmede etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Bulguroğlu, 2020). Avluklu (2017) araştırmasında fiziksel aktivite yapma düzeyi arttıkça yaşam standartlarının geliştiği bu nedenle, Tip2 diyabetlilerde düzenli yapılan fiziksel aktivitelerin ve egzersizin oluşabilecek fiziksel, ruhsal ve psikolojik problemi azaltarak yaşam kalitesini artırdığı tespit edilmiştir (Avuklu, 2017). Bir araştırmada inmeli hastaların öz bakım gücü düzeylerinin, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Erzurumlu, 2018).

Ayrıca, çalışmamızda diyabetin tıbbi tedavisinin yönetiminde öz-etkililiğin artmasıyla kadınların yaşam doyumlarının da arttığı ortaya çıkmıştır. Öz-etkililik kavramının, bireyin kendi hastalığı ile başa çıkma yeteneği olarak düşünürsek, kadınların diyabetle başa çıkma konusunda daha fazla güven duymaları ile yaşam doyumlarının da artacağını söyleyebiliriz. Bu nedenle, diyabetin tıbbi tedavisinin yönetiminde öz-etkililik arttıkça kadınların yaşam doyumlarının artması olasıdır (Zeren, 2021) çünkü bu, diyabetin daha etkili bir şekilde kontrol edilmesini, psikolojik stresin azaltılmasını ve genel sağlığın iyileştirilmesini teşvik edebilir. Öz-etkililiği artırmaya yönelik eğitim ve destek programları, kadınların diyabet yönetimine daha etkili bir şekilde katılmalarına ve yaşam doyumlarını artırmalarına yardımcı olacağı önerilmektedir.

Bu çalışmada yaşam doyumunu ve öz-etkililiği en fazla etkileyen faktör aile desteği olmuştur. Bayraktar (2008) araştırmasında düşük sosyo-kültürel seviye, kadın cinsiyeti, yetersiz diyabet eğitimi, diyabetle ilişkili hastalıklar, kan şekeri ölçüm cihazının eksikliği, obezite, açlık kan şekeri yüksekliği, total kolesterol ve LDL-kolesterol yüksekliği gibi faktörlerin, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini saptamıştır (Bayraktar, 2008).

Benzer şekilde bir araştırmada bireylerin karşılaştıkları olaylar karşısında, kendi yeteneklerinin yeterli olduğu yönündeki inançları, onların problemlerin üstesinden gelmelerini kolaylaştırdığı ve daha olumlu yaşam deneyimleri yaşadıklarını ortaya koymuştur (Köksal vd., 2019). Akgündüz (2013) araştırmasında iş doyumunun yaşam doyumunu ve öz-etkililik üzerinde etkili olduğunu, ayrıca bireylerin mutluluk düzeylerinin de yaşam doyumunu artırdığını tespit etmiştir(Akgündüz (2013). Bizim alışmamızda çalışma durumu yaşam doyumunu etkilememiştir. Akgndzn çalışmasında katılımcıların kronik bir hastalığının olup olmadığına dair herhangi bir bulguya rastlanmamaktadır. Çalışmamıza katılanların Tip 2 Diyabet gibi yaşam kalitesini ve günlük yaşamını olumsuz etkileyen çok önemli bir kronik hastalık varlığı söz konusudur. Kronik hastalıklarda yaşam doyumunun düşmesi ile dolaylı olarak öz-etkililiğin de olumsuz etkilenebileceğini söyleyebiliriz.

Bölüm 6

SONUÇLAR

6.1 Sonuçlar

- Çalışmamıza katılan diyabetli kadınların çoğunlukla 41-64 yaş grubunda olduğu, lise mezunu, evli, çocuk sahibi, çalışan, maddi durum algılarının orta düzeyde, sosyal güvenceye sahip, eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan, günlük ihtiyaçlarını karşıladıkları, sigara ve alkol kullanmadıkları ve bakımlarından sorumlu en az bir kişinin olduğu görüldü (Tablo 4).
- Katılımcıların ailelerinin çoğunda diyabet olduğu, diyabet tanı yılı ort. $2,33 \pm 1,24$, HbA1c ort. $7,70 \pm 0,936$ ve BKİ ort.'nın $30,32 \pm 4,13$ olduğu belirlendi. Diyabet tedavisinde en çok oral antidiyabetik ilaç kullandıkları, diyabete bağlı organ hasarı gelişiminin ve diyabet dışında ilaç kullanımının az olduğu, en çok 6 ay da bir diyabet kontrolü için sağlık kurumuna gittikleri ve diyabet ile ilgili hemşireden eğitim almadıkları tespit edilmiştir (Tablo 5).
- Katılımcıların orta düzey bir Yaşam Doyumu ($15,40 \pm 3,24$) ve Diyabet Öz-etkililiğine ($66,58 \pm 8,48$) sahip oldukları belirlenmiştir (4.7). Yaşam Doyumu ile Diyabet Öz-etkililik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Yaşam Doyumu ile Diyet-Ayak Kontrolü ve Fiziksel Egzersiz arasında negatif doğrusal düşük düzeyde, Tıbbi (medikal) Tedavi arasında ise pozitif doğrusal yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 8).

- Eş/çocukla birlikte yaşama, hem yaşam doyumunu hem de öz-etkiliği pozitif yönde etkilerken, günlük ihtiyaçları karşılayabilme, ailede diyabet varlığı, diyabet yılı, kullanılan antidiyabetik ilaç tipi ve diyabete bağlı hasarlı organ varlığı diyabetin yönetimi üzerinde etkisi olduğu görülmüştür (Tablo 9, Tablo 10).

6.2 Öneriler

Araştırma sonuçları ışığında aşağıdaki önerilerde bulunabilir;

- Diyabetli kadınların öz-etkiliklerinin artırılmasında sosyal destek sağlama stratejileri geliştirilmelidir. Hemşirelerin diyabetin yönetiminde aile, arkadaş ve diğer hastaların katılabileceği bir destek ağının kurulmasında aktif rol alması,
- Diyabetli bireylerin, diyabet hemşiresine ulaşımının kolaylaştırılması yanında, tanı anından itibaren yaşam boyu planlı eğitim-izlem-tedavi programlarının içine alınması, eğitimlere aile üyelerinin de katılımlarının sağlanması,
- Hemşirelerin diyabet tanısı alan bireylerin öz-etkililik düzeylerini ve risklerini belirleyerek, diyabetli kadınların fiziksel aktivite ve diyet uyumlarının diyabetin kontrolünde ve yaşam doyumunun artırılmasındaki önemi üzerinde farkındalık çalışmaları yapması,
- Diyabet tanı süresi uzadıkça diyabetli kadınların ev ortamında yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi destek ve danışmanlık hizmeti almalarının sağlanması,
- Yeni tanı alan diyabetli bireylerin yakından izlenmesi ve erken dönemde tıbbi beslenme, yeterli fizik aktivite gibi sağlıklı bir yaşam tarzı değişikliklerini yapabilmeleri ve sürdürülebilir hale getirmeleri için,

hemşirelerin multi disiplinler sağlık ekibi içinde nc rolü oynaması önerilebilir.

- Diyabetli kadınlarda yaşam doyumunu üzerine olumlu etkileri olan aktiviteler, hobi edinme firsatları ve psikolojik destek sağlama stratejileri geliştirilmelidir.
- Yaşam doyumunun ve öz-etkililiğin artırılması için niteliksel çalışmalar yapılması,
- Diyabet ve benzeri kronik hastalıklara uyum ve öz-etkililiğin artırılmasında önemli olan motivasyonel görüşme tekniklerinin lisans eğitim müfredatına eklenmesi önerilir.

KAYNAKLAR

- Açıkgöz, B., Zorlu, I., Ekemen, A., Bayraktaroğlu, T. ve Ayoğlu, N., F. (2019). Tip 2 Diyabetlilerde Metabolik Kontrol ve Komplikasyonlarla Segmental Vücut Yağ Dağılımı Arasındaki İlişki. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 3(1), 23-30.
- Akca, E. (2021). *Diyabet Okulu Eğitimlerinin Diyabetli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerine Etkisinin Değerlendirilmesi-İzmir İli Urla İlçesi Örneği*. (Master's thesis, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Akgündüz, Y. (2013). Konaklama işletmelerinde iş doyumu, yaşam doyumu ve öz yeterlilik arasındaki ilişkinin analizi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 180-204.
- Akpınar, B., N. ve Ceran, A., M. (2019). Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 140-152.
- Albright, A. (2014). The Reality of Type 2 Diabetes Prevention. *Diabetes Care*, 37, 943–949. doi: 10.2337/dc14-1211
- Arslan, S., Kılıç, M., & Toğan, M. (2021). Diyabetli hastalara verilen eğitim ve izlemlerin öz-etkililik düzeyi ve sağlık inancına etkisi. *Kocaeli Medical Journal*, 10, 171-82.

Aslan, G. Y. (2018). *Diyabetli bireylerde aile desteği ile yaşam kalitesi ve tedaviye uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Avşaroğlu, S., Hudaýnazarova, A., Nurkoyuncu, S. ve Başarıkan, R. (2021). Yetişkinlerin yaşam doyumu, yalnızlık ve öz-tiksinme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(1), 183-198.

Avluklu, U. (2017). *Tip-2 diyabetli hastalarda fiziksel aktivitenin metabolik kontrol değişkenleri üzerine etkilerinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).

Aydoğar, M. (2018). Diyabet Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Hastaların Sağlık İnancına, Öz-etkililik Algısına ve Karar Verme Düzeyine Etkisi. *Lokman Hakim Dergisi*, 1-114.

Aydoğan, B., Aydın, A., İnci, B., M., Ekerbiçer, Ç. H. (2020). Tip 2 diyabet hastalarının hastalıklarıyla ilgili bilgi, tutum düzeyleri ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10 (Özel Sayı), 11-23.

Bandura, A. (1982). "Self-Efficacy Mechanism in Human Agency". *American Psychologist*. 37. 122-147.

Baykal, A., ve Kapucu, S. (2015). Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların tedavilerine uyumlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(2), 44-58.

Bayrak, M., & Çadırcı, K. (2019). Geriatrik Diyabetik Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Journal of Ankara University Faculty of Medicine/Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 72(3).

Bayram D. (2010). *Tip II Diyabetli Hastalarda Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi).

Bennich, B., Roder, M., Overgaard, D., Egerod, I., Munch, L., Knop, F., Konradsen, H. (2017). Supportive and non-supportive interactions in families with a type 2 diabetes patient: An integrative review. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 9, 57.

Bernal, H., Woolley, S., Schensul, J. J., & Dickinson, J. K. (2000). Correlates of self-efficacy in diabetes self-care among Hispanic adults with diabetes. *The Diabetes Educator*, 26(4), 673-680.

Bıyık S. (2019). *Diyabetli Kişilerin Aktivite Performansını Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ergoterapi Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi).

Bohanny W, Wu S, Liu C, Yeh S, Tsay S, Wang T, (2013). Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviours in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the american Association of Nurse Practitioners*, 25, 495-502.

Bölek A. Tip 11 diyabetli hastaların hastalık yönetimine katılım düzeylerinin belirlenmesi. Published online 2018. Accessed November 23, 2021. <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/678658>.

Bulguroğlu, M. (2020). *Tip 2 Diyabeti olan Kişilerde Pilates Egzersizleri ve Farkındalık Eğitiminin Sağlıkla İlişkili Fiziksel Uygunluk Parametrelerine Etkisi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.

Bullard K, Cowie C, Lessem S, Saydah S, Menke A, Geiss L, Orchard T, Rolka D, Imperatore G. (2018). Prevalence of Diagnosed Diabetes in Adults by Diabetes Type United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(12), 1-3.

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

Ceyhan, Ş., Y. (2018). *Farklı Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi.

Champion VL, Skinner CS. Health Belief Model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice*. 4th Edition. New York: John Wiley and Sons, Inc; 2008. p. 45-65.

Çallı, D. (2014). *Tip 2 diyabetli hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algısı ve iyilik halinin değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi.

Çavuş M (2021). *Farklı kızartma tekniklerinin balkabağı (Cucurbita moschata) cipslerinin kimyasal, fiziksel ve duyuşsal özellikleri üzerine etkisi*. Fen Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi.

Çıtılı, R., Günay, O., Elmalı, F. ve Öztürk, Y. (2010). Diyabetik hastalarda tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 32(4), 253-264.

Çoban, Y. (2021). Öz-şefkat ile ilişki doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Muş Alparslan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(2), 128-139.

Dağlı, A. ve Baysal, N. (2016). Yaşam doyumu ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(59).

Deborah A. Cobb-Clark, Sonja C. K., , Stefanie S. (2013). Healthy habits: The connection between diet, exercise, and locus of control. *Journal of Economic Behavior & Organization*, Volume 98, 2014, Pages 1-28, ISSN 0167-2681, <https://doi.org/10.1016/j.jebo.10.011>.

Dunkley, A. J., Bodicoat, D. H., Greaves, C. J., Russell, C., Yates, T., Davies, M. J., & Khunti, K. (2014). Diabetes prevention in the real world: effectiveness of pragmatic lifestyle interventions for the prevention of type 2 diabetes and of

the impact of adherence to guideline recommendations: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes care*, 37(4), 922-933.

Durak, E. ve Yılmaz, M. (2022). Tip 2 Diyabetes Mellitus Tanılı Bireylerin Beslenme Okuryazarlığı ile Öz-Etkililik ve Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(1), 57-63.

Dünya Diyabet Günü (2020). Diyabet hastalarının sayısı 2050'de 1,3 milyarı aşabilir. 15.11. 2023 tarihinde erişilmiştir. <https://www.bbc.com/turkce/articles/cn426mnv05do>

Erbaş, M., İ., Çatlı, G., Paketçi, A., Anık, A., Demir, K., Böber, E., ve Abacı, A. (2020). Konjenital Hiperinsülinemik Hipoglisemi Tanılı Hastalarda Klinik ve Genetik Özellikler ile Tedavi Sonuçları: Tek Merkez Deneyimi. *Güncel Pediatri*, 18(3), 317-335.

Erdem, R., & Pirinçci, E. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 20 (1).

Erol Ö, (2009). *İnsülin kullanan diyabetlilerde hipoglisemi korkusu ve öz-etkililik*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Erol, Ö. ve Yanık, T., Y. (2016). Tip 2 diyabetli bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(3).

- Erol, Ö., Ünsar, S. Yacan, L. (2022). Diabetes Mellituslu Bireylerin Fiziksel Aktivite Davranışları ve İyilik Hallerinin Belirlenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 6(1). 49-58.
- Erzurumlu, E. (2018). *İnmeli hastaların öz bakım gücü ile yaşam kalitesi ve yaşam doyumu arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Enç N, Öz-Alkan H, (2014). *Endokrin ve metabolizma*. In: *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Eds: Enç İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, p. 281-92.
- Frankl, V. E. (2016). *İnsanın Anlam Arayışı*. (S. Budak, çev.). (28. Basım). İstanbul: Okuyan Yayınları.
- Gacek, M. (2017). The sense of life satisfaction versus dietary choices of young women doing fitness for recreational purposes. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 68(1).
- Gedik S. (2016). *Kırsal Alanda Yaşayan Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Yönetiminde Öz-Etkililik Düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi.
- Gleeson-Kreig JM. (2006). Self-Monitoring of Physical Activity: Effects on Self-Efficacy and Behavior in People With Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 32(1), 69-77.

Göcek, E. (2012). *Diyabet hastalarının psikolojik sıkıntı ve travma sonrası gelişimlerinin kaynakların korunması kuramı kapsamında incelenmesi*. Doktora Tezi, Bursa Uludag University.

Gökpınar, E. (2015). *Tip 2 diyabetli bireylerde uyku ve yaşam kalitesi*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Güçlü, M., Sağlam, M., İnce, D., Arıkan, H., Savcı, S. (2012). *Şeker Hastalığı ve Egzersiz*, Klasmat Matbacılık: Ankara.
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Kitaplar/seker_hastaligi_ve_egzersiz.pdf

Güler, S., Çelik, Y., M., ve Çopur, Ö., E. (2023). Tip 1 diyabetli ergenlerin beslenme ve egzersiz davranışlarının değerlendirilmesi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 10(3), 211-218.

Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür Ş. (2001). Diabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Derg*, 12(2):89-98.

Güraksu, E. (2021). *Diyabet hastalarında yaşam doyumu ve yeme tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Hu, J., Wallace, D., McCoy, T., Amirehsani, K. (2014). A family-based diabetes intervention for Hispanic adults and their family members. *The Diabetes Educator*, 48–59.

International Diabetes Federation, (IDF), (2015). *What is Diabetes*. Diabetes Atlas, 7th edition. 1-140.

International Diabetes Federation (IDF), (2017). *Diabetes Atlas, 8th edition*, International Diabetes Federation, Brussels. International Diabetes Federation & International Society for Pediatric and Adolescent. IDF/ ISPAD 2017 Global Guideline for Diabetes in Childhood and Adolescence. Brussels, Belgium.
05.11.2023 tarihinde https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_DA_8e-EN-final.pdf adresinden erişilmiştir.

International Diabetes Federation (IDF), (2021). *Diabetes Atlas, 8th edition*, International Diabetes Federation, Brussels. International Diabetes Federation & International Society for Pediatric and Adolescent. IDF/ ISPAD 2021 Global Guideline for Diabetes in Childhood and Adolescence. Brussels, Belgium.
05.11.2023 tarihinde https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf adresinden erişilmiştir.

Ishak, N. (2017). Yusoff SM, Rahman RA, Kadir AA, Diabetes self-care and its associated factors among elderly diabetes in primary care. *J Taibah Univ Med Science*, 12(6), 504–511.

İletmiş, T. ve Arpacı, F. (2017). 45-59 Yaş Grubu Bireylerin Yaşlılık Dönemlerine İlişkin Beklentilerini Belirleyen İlişkiler. *Eğitim ve Toplum Araştırmaları Dergisi/JRES*, 4(1), 49-62.

Johnston-Brooks CH, Lewis MA (2002). Self-efficacy Impacts Self-Care and HbA1c in Young Adults With Type 1 Diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 64, 43-51.

Kabadaş E, ve Orak, S., O. (2023). Investigation of well-being levels of individuals diagnosed with type 2 diabetes in terms of sociodemographic characteristics and life experiences with the disease. *J Nursology*, 26(1), 43-53.

Kara, A., ve Kara T., (2019). Tip 2 diyabet tanılı hastalarda uygulanan tedavi yöntemi ile hastalardaki tedaviye uyum, yaşam, kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki. *Med Bull Haseki*, 57:379- 385.

Karavasileiadou, S., Almegewly, W., Alanazi, A., Alyami, H., Chatzimichailidou, S. (2022). Self-management and self-efficacy of women with gestational diabetes mellitus: a systematic review. *Global Health Action*, 15(1), DOI: 10.1080/16549716.2022.2087298.

Kanadli KA, Ovayolu N, Ovayolu Ö. (2016). Does telephone follow-up and education affect self-care and metabolic control in diabetic patients? *Holistic Nursing Practice*, 30(2), 70-77.

Kankaya, H. ve Karadakovan, A. (2017). Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 21-29.

Kayabaşı, A. ve Korkut, Y. (2021). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarına Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 31(2), 148-152.

Kılıç, M. (2016). *Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz- Etkililik Düzeyleri ve Sağlık Kontrol Odağı ile İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Selçuk Üniversitesi.

Kiadaliri AA, Najafi B, Mirmalek-Sani M. (2013). Quality of life in people with diabetes: A systematic review of studies in Iran. *J Diabetes & Metabolic Disorders*, 12, 1-10.

Kili M, Tez S, Dan D, Arslan S. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz - Etkililik Düzeyleri ve Sağlık Kontrol Odağı ile İlişkisi. Published online 2016.

Koç, E. M. (2015). Diyabet tanısıyla izlenen hastalarda yaşam kalitesi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi: Türkiye için bir pilot çalışma. *Konuralp Medical Journal*, 7(2), 76-82.

Koç, E. (2020). *Tip 2 Diyabet Tanısı Konmuş Kişilerde Hastalık Öz Yönetiminin Değerlendirilmesi ve Tip 2 Diyabet Öz Yönetimi Ölçeğinin Geliştirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi.

- Köksal, O., Güler, M., & Çetin, F. (2015). Öz-yeterlilik algısı, yaşam doyumu ve bir role tutulma etkileşimi: Sosyal bilişsel bir yaklaşım. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (54), 193-207.
- Kurtoğlu, S. (2021). *Tip 2 diyabetes mellituslu yaşlılarda kırılgnlık ve öz-etkililiğın değerlendirilmesi*. Doktora tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Mędrela-Kuder E, Bis H. (2014). Comparing Physical Activity and Diet in Women and Men with Type 2 Diabetes. *Med Og Nauk Zdr*, 31–33.
- Nathan D.M. and D.E.R. Group (2014). The diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study at 30 years: overview. *Diabetes Care*, 37(1), p. 9-16.
- Olgun, N., & Altun, Z. A. (2012). Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin diyabet hastalarının bakım uygulamalarına etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Dergisi*, 19(2), 46-57.
- Olgun N, Eti-Aslan F, Coşansu G, Çelik S, (2014). *Diabetes mellitus*. In: *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Eds: Karadakovan A, Eti-Aslan F. Ankara: Akademisyen Kitabevi, p. 769-807.
- Öcal, E., E. ve Önsöz, F. M. (2018). Diyabet Hastalığının Ekonomik Yüğü. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 3(1), 24-3.

Özcan Ş, Yıldırım D, (2015). *Endokrin sistem ve metabolik hastalıklar. In: Dahili ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. Eds: Çelik S, Usta-Yeşilbalkan Ö. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık, p. 429-36.

Özdemir İ, Hocaoglu Ç. (2009). Tip 2 Diabetes mellitus ve yaşam kalitesi: Bir gözden geçirme. *Göztepe Tıp Derg*, 24(2):73-78.

Özel, H. G. (2019). Diyabetli Bireylerde Tıbbi Beslenme Tedavisine Uyum Sorunları. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 47, 15-28.

Özonuk, E. (2017). *Bir aile sağlığı merkezine başvuran tip 2 diabetes mellitus tanılı hastalarda tedaviye uyum ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Peker, T. (2018). *Öz-yeterlik ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide proaktif kişiliğin aracı rolü*. Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Pesantes, M. A., Del Valle, A., Diez-Canseco, F., Bernabé-Ortiz, A., Portocarrero, J., Trujillo, A., ... & Miranda, J. J. (2018). Family support and diabetes: patient's experiences from a public hospital in Peru. *Qualitative health research*, 28(12), 1871-1882.

Pınar, B. (2019). *Tip 1 diabetes mellituslu adölesanların yaşam deneyimleri, duygu ve algıları: nitel bir çalışma*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Saatcioğlu Ö, Çelikel FÇ, Kutlutürk F, Cumurcu BE, Kısacık B, Yıldız S, Erim R. (2018). Disability and quality of life in patients with Type 2 Diabetes mellitus. *Anatol J ClinInvestig*, 2(3), 106-112.
- Samancioğlu, S. (2015). *Endokrin sistem hastalıkları ve hemşirelik yönetimi*. In: Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar. Eds: Ovayolu N, Ovayolu Ö. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, p. 334-48.
- Savsar A. (2017). *Diyabetik ayağı olan yaşlı hastaların sağlık inançlarının diyabet yükü üzerine etkisi*. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Sayın, S. Sayın, S. Bursalı, B. Ipek, H., B. (2019). Tip 2 diyabet hastalarında anksiyete ve depresyon riski ve ilişkili faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 479-485.
- S. Ermiş, S. (2021). Covid-19 Pandemisi ve Diyabetes Mellitus Etkileşimi. *Eskisehir Medical Journal*, 3(1), 64-69. 86) Soytaş, S. (2019). Diyabet Şeker Hastalığı.
- Sivrikaya, K. S. ve Ergün, S. (2017). Diyabet Eğitimi ve Hemşirenin Rolü. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25-36.
- Szewczyk A, Białek A, Kukielczak A. (2011). Evaluation of Eating Habits in Patients with Type 1 and Type 2 Diabetes Probl Hig Epidemiol; *Clinical Diabetology*, 92: 267–27.

Şaylan, K. (2021). *Tip 2 diyabetli yaşlıların hastalığa ilişkin sağlık inançları ile öz bakım yönetimi arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Şireci, E., ve Karabulutlu, Y., E. (2017). Tip II Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 48-55.

Terkeş, N. (2018). *Tip 2 Diyabetli Bireyler İçin Web Tabanlı Eğitim Programı Geliştirilmesi ve Programın Diyabet Yönetimine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Akdeniz Üniversitesi.

Thomas, A. J., Mitchell, E. S., & Woods, N. F. (2018). The challenges of midlife women: themes from the Seattle midlife women's health study. *Women's Midlife Health*, 4(1), 1-10.

Toka, F., Kaderli, B., Gelişken, Ö., Kıvanç, S., Yıldız, M., Yücel, A., Yalçınbayır, Ö., Avcı, R. (2014). Diabetes Mellitus Hastalarında Sosyoekonomik Durumun Diyabetik Retinopati Gelişimine Etkisi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 40(1), 1-6.

Toygar, İ., Şimşir, Y., I., Hançerlioğlu, S. ve Çetinkalp, Ş. (2020). Diyabetik ayak hastalarının yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Ege Tıp Dergisi*, 59(4), 272-279.

Tuğrul, D. (2014). Tip 2 Diyabet ve Beslenme. (İnternet) 20.12.2023 tarihinde <https://www.tugruldemirel.com/content.asp?d=tip-2-diyabet-vebeslenme&id=6113> adresinden edinilmiştir.

Türk, A. N. (2018). *Tip 2 diyabetli hastaların diyabet hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi ve bu hastalara farmasötik bakım sağlanmasında klinik eczacının rolü*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) (2017). Tip 2 Diabetes Mellitus. 18.11.2023 tarihinde https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20190506163904-2017tbl_kilavuz5ccdc9e5d.pdf?a=1 adresinden edinilmiştir.

Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) (2019). *Diabetes mellitus çalışma ve eğitim grupları*. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem klavuzu 2019. [http://www.turkendokrin.org/files/DIYABET 2019](http://www.turkendokrin.org/files/DIYABET%202019).

T.C. Sağlık Bakanlığı (2017). *Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları*. Türkiye, Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2021). *Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları*. Türkiye, Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Türk Diyabet Vakfı, 2013. Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, İstanbul. 22.10.2023 tarihinde [http:// www.rehbereczanem.com/okuma/diyabet/diyabet_rehberi.pdf](http://www.rehbereczanem.com/okuma/diyabet/diyabet_rehberi.pdf) adresinden erişilmiştir.

Uğur, G., H. ve Çatıker, A. (2019). Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerindeki Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(3), 115-122.

Ustaalioğlu, S. ve Tan, M. (2017). Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 12-20.

Ünal, E. (2017). *Tophuma yönelik sigara karşıtı müdahalelerin etkililiği: Bir meta analiz çalışması*. (Uzmanlık Tezi) Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.

Üstündağ, Ş., & Dayapoğlu, N. (2021). Tip 2 diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde karşılaştıkları engellerin değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(3), 514-533.

Velioğlu P, (2012). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. Yenilenmiş 2. baskı, İstanbul, Akademi basın ve yayıncılık.

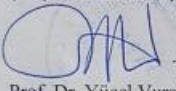
Yanık, T., Y. ve Erol, Ö. (2016). Tip 2 diyabetli bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(3).

- Yener, S. (2019). Kadın Çalışanların Cinsiyet Rol Stresi ve İşe Adanmışlıkları Arasındaki İlişkide Yaşam Kalitesinin Düzenleyici Rolü. *İşletme Fakültesi Dergisi*, Cilt 20, 1, 2019, 1-27.
- Yılmaz M. (2014). *Tip 1 ve Tip 2 Diyabetli Bireylerde Yeme Tutum Durumlarının, Yaşam Kalitesi ve Metabolik Kontrol Üzerine Etkisi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kronik Hastalıklar Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi.
- Yılmaz FT, Kumsar AK, Çelik S. (2018). Tip 2 diyabetli bireylerde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 15(2), 63-70.
- Yiğitbaş, S., Yetkin, B. (2003). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin özetkililik-yeterlik düzeyinin değerlendirilmesi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 6-13.
- Wandell PE. (2005). Quality of life of patients with Diabetes mellitus. *Scandinavian J Primary Health Care*, 23:68-74.
- Wendling S, Beadle V, (2015). The relationship between self-efficacy and diabetic foot self-care. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 2, 37-41.
- Wu S, Huang Y, Lee M, Wang T, Thung H, Wu M, (2013). Self-efficacy, self-care behaviour, anxiety, and depression in Taiwanese with type 2 diabetes: A cross-sectional survey. *Nursing and Health Sciences*, 15, 213-9.

Zeren, F. G. (2021). *Diyabetes mellituslu bireylerin aile desteği ile öz bakım düzeyleri arasındaki ilişki*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.

EKLER

Ek 1: Etik Kurul İzni

 Doğu Akdeniz Üniversitesi "Erdem, Bilgi, Gelişim"	Eastern Mediterranean University "Virtue, Knowledge, Advancement"	Galileo Galilei Sk. / Str., 99628, Gazimağusa, KUZAY KIBRIS / Famagusta, NORTH CYPRUS, via Mersin 10, TURKEY Tel: (+90) 392 630 1327 bayek@emu.edu.tr
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu (BAYEK) / Board of Scientific Research and Publication Ethics		
Sayı: ETK00-2022-0053 Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk. Sayın: Sevilay Şimşek Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Etik Alt Kurulu'nun 31.12.2021 tarih ve 2021/05 sayılı toplantısında incelenerek uygun bulunan, Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin danışmanlığında yürüttüğünüz "Tip-2 Diyabeti Olan Kadınların Öz Etkilik Düzeyleri ile Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" adlı yüksek lisans tez çalışmanız, Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından onaylanmıştır. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.  Prof. Dr. Yücel Vural Etik Kurulu Başkanı YV/ek. www.emu.edu.tr		

Ek 2 : Kurum İzni

 **K.K.T.C SAĞLIK BAKANLIĞI**
DR BURHAN NALBANTOĞLU
DEVLET HASTANESİ 

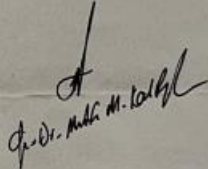
04/02/2022

Doğu Akdeniz Üniversitesi Öğrencisi Sevilay Şimşek tarafından yürütülecek **"Tip II Diyabeti Olan Kadınların Özetkililik Düzeyleri ile Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi"** başlıklı çalışma 21/01/22 tarihinde 08/22 proje kodu ile onaylanmıştır.

Gereği için bilgilerinize sunulur.

Etik Kurul Adına
Uzm. Dr. Ömer Taşarçulu





İLETİŞİM
Tel: +90 392 22 85441
Fax: + 90 392 22 31899
Email: lbndtanitim@gmail.com

Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Tip 2 Diyabeti Olan Kadınların Diyabet Öz-etkililik Düzeyleri ile Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Bu form ile “Devlet Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Bireylerde Tip 2 Diyabeti Olan Kadınların Diyabet Öz-etkililik Düzeyleri ile Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Yrd. Doç. Dr. Handan SEZGİN’in sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Amacı: Bu araştırma, devlet hastanesi polikliniklerine başvuran bireylerin Tip 2 Diyabeti Olan Kadınların Diyabet Öz-etkililik Düzeyleri ile Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi amacıyla yapılacaktır.

Araştırmanın Yöntemi:

Bu araştırma, GaziMağusa Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilmek üzere planlanmıştır. Çalışma süresince sizden beklenen verilerin toplanabilmesi için oluşturulan anket formlarını objektif olarak yanıtlamanızdır. Araştırmaya devam süreniz anket formlarını doldurmanız için öngörülen 15 dk ile sınırlıdır. Çalışma sonuçlarımız sizin anket formlarına verdiğiniz cevapların istatistiksel olarak incelemesi ile ortaya çıkacaktır. Gönüllü olarak sizin bu çalışmadan elde edeceğiniz birincil fayda bulunmamaktadır. Ancak çalışmada bildireceğiniz düşünceler Bu araştırmada içerisinde bulunduğumuz süreçte bireylerin kardiyovasküler risk faktörleri bilgileri ile hedonistik yeme arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapmaktayız. Planladığımız bu araştırma sonuçlarının; bireylerin riskli durumlarını belirlemek, bireylerin sağlığını korumak amacıyla adım atmalarına yardımcı olacağına inanarak yapmaktayız. Bu araştırmaya katılmış olmanız nedeniyle size her hangi bir ödeme yapılmayacağı gibi sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan her hangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmaya katılmayı reddedebilir ya da çalışmanın her hangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ayrıca araştırma protokolüne ait gerekleri yerine getirmemeniz veya çalışmayı aksatmanız durumunda bilginiz dahilinde araştırmadan çıkartılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı reddetmeniz, ayrılmanız veya çıkartılmanız hiçbir şekilde zararınıza neden olmayacaktır.

Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından desteklenen araştırmanın sonuçları tamamen bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışmadan çekilmeniz veya çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler gerekliyse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacak araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Sizde istediğiniz zaman kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Sevilay Şimşek

Yrd. Doç. Dr. Handan SEZGİN

Görevi : Yüksek Lisans Öğrencisi

Görevi:Tez Danışmanı

Telefon : 05338687883

Telefon: 0533 832

97 47

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Handan SEZGİN ve Sevilay Şimşek ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum.

Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı, soyadı, ünvanı: Yrd. Doç. Dr. . Handan SEZGİN

Adres: Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Tel: 0533 832 97 47

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Y.Lisans öğrencisi Sevilay şimşek

Adres: Tuzla/GaziMağusa

Tel: 05338687883

İmza:

Tarih:

Ek 4: Birey Tanıtım Formu

Değerli Katılımcı,

Araştırmanın amacı; Tip 2 Diyabeti olan kadınların diyabet öz-etkililik düzeyleri ile yaşam doyumları arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Bu anket, Diyabetli birey tanımlama formu, “Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği” ve “Yaşam Doyumu Ölçeği”nden oluşmaktadır, cevaplama süresi yaklaşık 10 dakikadır. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak, yalnızca araştırma için kullanılacak, bireysel bilgileriniz kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu nedenle ankete adınızı, soyadınızı ve adresinizi yazmayınız.

Zaman ayırdığınız, içten cevaplarınızla araştırmaya katkı verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırmacı

Sevilay Şimşek

Sezgin

DAÜ Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

Sorumlu Araştırmacı

Yrd. Doç. Dr. Handan

DAÜ Hemşirelik Bölümü

Diyabetli Birey Tanıtım Formu

1. Yaşınız:
2. Eğitim durumunuz nedir?

☐ 1. İlkokul mezunu	☐ 4. Yüksekokul/Üniversite
☐ 2. Ortaokul mezunu	☐ 5. Lisansüstü
☐ 3. Lise mezunu	☐ 6. Okur-Yazar değil
3. Medeni durumunuz nedir? ☐ 1. Evli ☐ 2. Bekar
4. Çocuğunuz var mı? ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır
5. Çalışma durumunuz nedir? ☐ 1. Çalışmıyorum
☐ 2. Emekliyim
☐ 3. Çalışıyorum.

6. Maddi durumunuzu nasıl algılıyorsunuz? ☐ 1. Düşük (Gelir giderden az)

() 2- Orta (Gelir gider eşit)

() 3- Yüksek (Gelir giderden fazla)

7. Sosyal güvenceniz var mı? () 1. Evet
() 2. Hayır
8. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz? () 1. Yalnız yaşıyorum
() 2. Eşim/çocuklarımla
() 3. Çocuklarımla () 4. Diğer.....
9. Günlük ihtiyaçlarınızı (temizlik, yemek yiyebilme, tuvalete gidebilme, giyinebilme gibi) karşılama durumunuz nedir?
() 1. Karşılatabiliyorum
() 2. Kısmen karşılıyorum
() 3. Hiç karşılayamıyorum
10. Sigara kullanıyor musunuz?
() 1. Kullanıyorum (.....adet/paket)
() 2. Kullanmıyorum
11. Alkol kullanıyor musunuz?
() 1. Hayır
() 2. Evet ise; sıklığı nedir?
12. Bakımından sorumlu olduğunuz kişi var mı? () 1. Evet () 2. Hayır
13. Ailede diyabeti olan yakınınız var mı? () 1. Evet () 2. Hayır
14. Kaç yıldır Tip 2 Diyabetiniz var?
15. Diyabet tedavisinde ne tip ilaç kullanıyorsunuz?
() 1. İlaç kullanmıyorum
() 2. Ağızdan hap
() 3. İnsülin
() 4. Ağızdan hap+ İnsülin
16. Diyabetinize bağlı hasar gören herhangi bir organınız var mı?
() 1. Evet () 2. Hayır Cevabınız Hayır ise 17. Soruya geçiniz
17. Hangi organ/organlarınız hasar gördü?
() 1. Göz () 2. Ayak () 3. Kalp () 4. Böbrek
() 5. Diğer.....
18. Diyabet dışında doktor tarafından tanısı konmuş sürekli ilaç kullanmak zorunda olduğunuz başka bir hastalığınız var mı?

- () 1. Evet () 2. Hayır Cevabınız Hayır ise 19. Soruya geçiniz
19. Sürekli ilaç kullanmak zorunda olduğunuz hastalık/hastalıklar nelerdir?
- () 1. Hipertansiyon () 2. Kalp Hastalığı () 3. Akciğer hastalığı
() 4. Nörolojik hastalık () 5. Tiroid- diğer hormon hastalığı
() 6. Eklem hastalığı () 7. Diğer
20. Doktor tarafından reçete edilen sürekli kullandığınız kaç çeşit ilacınız var?
- () 1. Bir-iki () 2. Üç-dört () 3. Beş ve üzerinde
21. Diyabetinizin kontrolü için ne sıklıkla sağlık kurumuna gidersiniz ?
- () 1. Ayda bir () 2. Üç ayda bir () 3. Altı ayda bir
() 4. Kendimi kötü hissettiğimde () 5. Diğer
22. Diyabet ile ilgili hemşireden eğitim aldınız mı? () 1. Evet () 2. Hayır
23. HbA1c: %
- Boy:cm. Kilo:Kg Beden Kitle İndeksi (BKİ):..... Kg/m²

Ek 5 : Tip 2 Diyabetlilerde Öz-Etkililik Ölçeği

Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği		Min.- Max.Puan	X	Ss	Medyan
1	Evde olmadığımnda beslenme programıma bağı kalabileceğimi düşünüyorum.				
2	Evde olmadığımnda beslenme programımı ayarlayabileceğimi düşünüyorum				
3	Tatilde olduğumda beslenme programıma uyabileceğimi düşünüyorum				
4	Bir davete gittiğimde beslenme programıma bağı kalabileceğimi düşünüyorum				
5	Kilomu kontrol altında tutabileceğimi düşünüyorum				
6	Diyabet hastalığının gerektirdiği diyetle bağı kalarak farklı yiyecekleri seçebileceğimi düşünüyorum.				
7	Beslenme programıma çoğu zaman uyabileceğimi düşünüyorum.				
8	Hasta olduğumda beslenmemi ayarlayabileceğimi düşünüyorum				
9	Ayaklarımı yaralanma açısından kontrol edebileceğimi düşünüyorum.				
10	Diyabet kontrolü için yılda bir kez doktora gidebileceğimi düşünüyorum.				
11	Diyabet hastalığının gerektirdiği doğru yiyecekleri seçebileceğimi düşünüyorum.				
12	Doktor'un reçete ettiği ilaçları alabileceğimi düşünüyorum				
13	Stresli durumlarda beslenme programımı ayarlayabileceğimi düşünüyorum.				

14	Hasta olduğunda ilaçlarımı ayarlayabileceğimi düşünüyorum				
15	Doktor tavsiye ederse fazladan fiziksel aktivite yapabileceğimi düşünüyorum.				
16	Fazla fiziksel aktivite yaptığımda beslenmemi ayarlayabileceğimi düşünüyorum				
17	Yürüme ve bisiklete binme gibi fiziksel aktiviteler yapabileceğimi düşünüyorum.				
18	Kan şekerim çok yüksek olduğunda düzeltebileceğimi düşünüyorum.				
19	Kan şekerim çok düşük olduğunda düzeltebileceğimi düşünüyorum.				
20	Gerekirse kan şekerimi kendim ölçebileceğimi düşünüyorum.				

Ek 6: Yaşam Doyumu Ölçeği

Yaşam Doyumu Ölçeği

	<u>Maddeler</u>	Hiç katılmıyorum (1)	Çok az katılıyorum (2)	Orta düzeyde katılıyorum (3)	Büyük oranda katılıyorum (4)	Tamamen katılıyorum (5)
1	<u>İdeallerime yakın bir yaşantım vardır.</u>					
2	<u>Yaşam koşullarım mükemmeldir.</u>					
3	<u>Yaşamımdan memnunum.</u>					
4	<u>Simdiye kadar yaşamdan istediğim önemli sevlere sahip oldum.</u>					
5	<u>Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim</u>					

EK 7: Ölçek Kullanım İzi

İlt: Tip 2 diyabetlilerde öz-etkililik ölçeği kullanım izni

Handan Sezgin <handan.sezgin@emu.edu.tr>

1.11.2021 Pzt 12:46

Kime:

- SEVİLAY ŞİMŞEK <20511454@emu.edu.tr>



Yrd. Doç. Dr. Handan SEZGİN

Doğu Akdeniz Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

03926302451

05338329747

Gönderen: Mağfiret Kara <magfired@atauni.edu.tr>

Gönderildi: 29 Ekim 2021 Cuma 01:11

Kime: Handan Sezgin <handan.sezgin@emu.edu.tr>

Konu: Re: Tip 2 diyabetlilerde öz-etkililik ölçeği kullanım izni

Handan Hanım,
Tip 2 Diyabetlilerde Öz-etkililik ölçeği" ni çalışmanızda kullanmanızdan memnun olurum. Ancak ölçeğe ilişkin bütün bilgiler makale içinde yazılmıştır. Makale Türkçe dilde yazılmadığı için detaylar yukarıda ifade ettiğim gibidir. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı
25240 - Erzurum
Tel/Fax: 0442 2311448

Professor Mağfiret KAŞIKÇI
Atatürk University, Dean of Nursing Faculty
25240 - Erzurum
Tel/Fax: 0442 2311448

Kimden: "Handan Sezgin" <handan.sezgin@emu.edu.tr>

Kime: "Mağfiret Kara" <magfired@atauni.edu.tr>

Gönderilenler: 29 Ekim Cuma 2021 15:53:43

Konu: Tip 2 diyabetlilerde öz-etkililik ölçeği kullanım izni

Sayın Kara

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız "Tip 2 Diyabetlilerde Öz-etkililik ölçeği" ni danışmanlığınızı yaptığım yüksek lisans öğrencim Sevilay Şimşek'in tez çalışmasında kullanmak istiyoruz. Ölçeğin orijinali, kullanma izni ve değerlendirilmesini bizimle paylaşırsanız çok seviniriz.
İyi çalışmalar, sağlıklı günler dilerim.

Saygılarımla



Yrd. Doç. Dr. Handan SEZGİN

Doğu Akdeniz Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

03926302451

05338329747

SEVİLAY ŞİMŞEK <20511454@emu.edu.tr>

13.10.2021 Çar 17:18

Kime:

- Abidin DAĞLI <dagli@dicle.edu.tr>

çok teşekkür ediyorum hocam size de iyi çalışmalar diliyorum

Gönderen: Abidin DAĞLI <dagli@dicle.edu.tr>

Gönderildi: 13 Ekim 2021 Çarşamba 16:22

Kime: SEVİLAY ŞİMŞEK <20511454@emu.edu.tr>

Konu: Ynt: ölçek izni

Sn.Sevilay ŞİMŞEK,

Tarafımızdan Türkçeye uyarlanan Yaşam Doyumu Ölçeğini çalışmalarınızda kullanmanızda bir sakınca yoktur. Ölçeğin orijinal ve Türkçeye uyarlanmış formu ekte sunulmuştur. İyi çalışmalar diliyorum. Sevgilerimle,

Doç. Dr. Abidin DAĞLI

Gönderen: SEVİLAY ŞİMŞEK <20511454@emu.edu.tr>

Gönderildi: 12 Ekim 2021 Salı 23:24:09

Kime: Abidin DAĞLI

Konu: ölçek izni

Sayın Hocam

Ben Doğu Akdeniz Üniversitesi Hemşirelikte yüksek lisans yapmaktayım "Kronik hastalıklarda öz etkililik ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi " Başlıklı tezimde türkçe geçerlik güvenirliğini yaptığınız "yaşam doyumu ölçeği" nizi kullanmak istiyorum. Ölçeğinizin kullanma iznini ve değerlendirilmesini gönderebilerseniz çok sevinirim,

Sevgi ve Saygılarımla

Ad Soyad Sevilay Şimşek

Tel 05338687883