

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

**TİP II DİABETES MELLİTUSLU BİREYLERİN BENLİK
SAYGISI VE ÖZ ETKİLİLİK DÜZEYLERİ**

**Tezi Hazırlayan
Gamze UCAKAN**

**Tezi Yöneten
Öğr. Gör. Dr. Handan ZİNCİR**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Ağustos 2010
KAYSERİ**

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

**TİP II DİABETES MELLİTUSLU BİREYLERİN BENLİK
SAYGISI VE ÖZ ETKİLİLİK DÜZEYLERİ**

**Tezi Hazırlayan
Gamze UCAKAN**

**Tezi Yöneten
Öğr. Gör. Dr. Handan ZİNCİR**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi Tarafından
TSY-10-3074 nolu Proje ile Desteklenmiştir.**

**Ağustos 2010
KAYSERİ**

Öğr. Gör. Dr. Handan ZİNCİR danışmanlığında **Gamze UCAKAN** tarafından hazırlanan **“Tip II Diabetes Mellituslu Bireylerin Benlik Saygısı ve Öz Etkililik Düzeyleri ”** konulu bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

.../.../2010

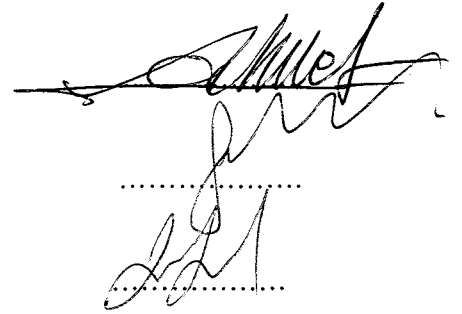
JÜRİ :

İmza

Başkan : :Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

Üye : : Doç. Dr. Sultan TAŞCI

Üye : : Öğr. Gör. Dr. Handan ZİNCİR (Danışman)



ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulununtarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Saim ÖZDAMAR

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca büyük bir sabırla yönlendiren, her türlü destek ve yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Öğr. Gör. Dr. Handan ZİNCİR'e,
Tezin yürütülmesi sırasında bana her türlü yardım ve kolaylığı sağlayan Doç. Dr. Sultan TAŞCI'ya,
Tezin istatistiki değerlendirilmesinde yardımlarını esirgemeyen Erciyes Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Elemanlarına,
Bilimsel bilgi ve birikimi ile beni destekleyen ve yanımda olan İskender MUZ'a,
Her zaman yanımda olduklarını hissettiren aileme ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

TİP II DİABETES MELLİTUSLU BİREYLERDE BENLİK SAYGISI VE ÖZ ETKİLİLİK DÜZEYLERİ

ÖZET

Çalışma, Tip II Diyabetes Mellitus (DM) tanısı ile izlenen bireylerin öz etkililik ve benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini 2008-2009 tarihleri arasında muayene olan Tip II DM'lu bireyler oluşturmaktadır. 1 Ekim 2009-1 Aralık 2009 tarihleri arasında Nevşehir İ. Şevki Atasagun Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniklerine başvuran 200 Tip II DM'lu birey örneklem kapsamına alınmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için kurum izni, Etik kurul onayı ve bireylerden yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Veriler, bireylerin tanıtıcı özellikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilerini içeren anket formu, Tip II DM'li Hastalar İçin Öz Etkililik Skalası ve Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri ile toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS ve sigmastat paket programları kullanılmıştır. Veriler istatistiki olarak yüzdeler, ortalama, ortanca Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin % 28.5'i erkek, % 14'ü 50 yaş altı ve % 26.5'i eşi ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Çalışmada bireylerin özel beslenme ve kilo, kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü, benlik saygısı düzeylerinin yüksek, ancak fiziksel egzersiz düzeylerinin zayıf olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin benlik saygısı düzeylerinin yüksek olduğu, 50 yaş altında olanlar, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların öz etkililik düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çalışmada, öz etkililik ölçeği dört alt boyutları birbirleri içerisinde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.01$) ancak benlik saygısı ile aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.01$) belirlenmiştir.

Bu bulgular sonucunda; DM'lu bireylerin öz etkililik ve benlik saygısı düzeylerinin iyi olduğu saptanmıştır. DM' lu bireylerin tedavisinde öz etkililiği ve benlik saygısını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Öz Etkililik, Benlik Saygısı, Diabetes Mellitus.

THE SELF ESTEEM AND SELF EFFICACY LEVELS OF THE PATIENTS WITH TYPE II DIABETES MELLITUS

ABSTRACT

The study was carried on descriptively and cross sectionally to determine the self esteem and self efficacy levels of the individuals with Type II Diabetes Mellitus (DM). The individuals with Type II Diabetes Mellitus (DM), checked for the disease in a year from 2008 to 2009 form the population of the research. With Type II Diabetes Mellitus, 200 individuals who referred to the Internal Diseases Policlinics of Nevsehir İ. Şevki Atasagun State Hospital from October 1st 2009 to December 1st 2009 were taken in the sample. We got the institute permission, ethics committee approval and the individuals' written and oral approval to carry out the study. The data were obtained using a questionnaire consisting of the information about the patient's representative characteristics, diseases and treatment, Self Efficacy Scale for the patients with Type II DM and Coopersmith Self Esteem Inventory. The data gained in the study were computerized and SPSS and Sigmatat Programme were utilized. The data were evaluated by using statistical mean, average and median Kruskal Wallis Varyans Analyses and Mann-Whitney U Tests. Of 28.5% the participants are male, 14% of them are younger than 50 and 26.5% of them live with their spouses and children. It's determined in the study that the levels of the individuals' special diet, weight, blood sugar, overall diet and self esteem and medical treatment control are high however; their physical exercise levels are low. In the study it's revealed that males' self esteem level is high whereas the self efficacy level of the individuals younger than 50 and of those living with their spouse and children is high ($p < 0.05$). It's determined in the study that there is a meaningful relationship among the four subgroups of the self efficacy scale ($p < 0.01$) however; there isn't a significant relationship between self esteem and the four subgroups of the self efficacy ($p > 0.01$). As a result, it's confirmed that the self esteem and the self efficacy levels of the individuals with DM is fine and it's advised to consider the factors effecting self efficacy and self esteem in the treatment of the individuals with DM.

Key Words: Nursing, self efficacy, self esteem, diabetes mellitus.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR.....	IX
 1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	 1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1.DİABETES MELLİTUS	4
2.1.1.Tanımı	4
2.1.2.Diabetes Mellitus'un Etiyolojisi ve Klinik Tipleri	4
2.1.2.1.İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus (Tip I)	5
2.1.2.2.İnsüline Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus (Tip II)	5
2.1.3.Tip II Diabetes Mellitus'un Risk Faktörleri	6
2.1.4.Diabetes Mellitus'un Tanısı	7
2.1.5.Diabetes Mellitus'un Kontrolü	8
2.1.5.1.Diabetes Mellitus'ta Fiziksel Aktivitenin Düzenlenmesi	9
2.1.5.2.Diabetes Mellitus'ta Beslenmenin Düzenlenmesi	10
2.1.5.3.Diabetes Mellitus'ta Farmakolojik Tedavi.....	11
2.1.5.4.Diabetes Mellitus'ta Hasta Eğitimi.....	12
2.1.5.5. Diabetes Mellitus'ta Bireysel Yönetim.....	12
2.1.6. Diabetes Mellitus'un Komplikasyonları.....	12
2.1.6.1. Diabetes Mellitus'un Akut Komplikasyonları	12
2.1.6.2.Diabetes Mellitus'un Kronik Komplikasyonları.....	13
2.2.ÖZ ETKİLLİK.....	14
2.2.1.Tanımı.....	14
2.2.2. Davranış Değişim Süreci.....	16
2.2.3.Diabetes Mellitus'lu Bireylerde Öz yeterliliği Geliştirmeye Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları	18

2.3.BENLİK SAYGISI	19
2.3.1. Tanımı	19
2.3.2.Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler	19
2.3.3.Benlik Saygısının Bozulmasının Sonuçları	20
2.3.4.Benlik Saygısı Bozulmasının Sonucu Görülen Özellikler.....	21
2.3.5. Benlik Saygısı ve Stres	21
2.3.6.Kronik hastalıklarda Bozulan Benlik Saygısında Hemşirelik Yaklaşımları	22
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER	23
3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	23
3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ÖZELLİKLERİ	23
3.3.ARAŞTIRMANIN EVREN ve ÖRNEKLEMİ	24
3.3.1.Araştırmanın Evreni	24
3.3.2.Araştırmanın Örnelemi.....	24
3.4.ÖRNEKLEM SEÇİM KRİTERLERİ	24
3.5.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	24
3.6.VERİLERİN TOPLANMASI.....	24
3.6.1.Veri Toplama Aracının Hazırlanması.....	24
3.6.2.Ön Uygulama.....	27
3.6.3.Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	27
3.7.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	27
4.BULGULAR	28
5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	61
6.KAYNAKLAR	71
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	28
Tablo 4.2. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özellikleri	30
Tablo 4.3. Tip II Diabetes Mellitus'lu Bireylerin Metabolik Kontrol Göstergelerine Göre Dağılımı	31
Tablo 4.4. Tip II Diabetes Mellitus'lu Bireylerin OAD Dışı Kullandığı İlaçların Dağılımı	32
Tablo 4.5. Bireylerin Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	32
Tablo 4.6. Bireylerin Cinsiyete Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımı	33
Tablo 4.7. Bireylerin Yaşa Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımı	35
Tablo 4.8. Bireylerin Öğrenim Durumlarına Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımı	37
Tablo 4.9. Bireylerin Sosyal Güvencelerine Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımı	39
Tablo 4.10. Bireylerin Gelir Durumlarına Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puan Dağılımları	41
Tablo 4.11. Bireylerin Eğitim Aldıkları Kişilere Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puan Dağılımları	43
Tablo 4.12. Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puan Dağılımları	45
Tablo 4.13. Bireylerin Evde Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puan Dağılımları	47
Tablo 4.14. Bireylerin Ailesinde Diabetes Mellitus'lu Birey Olup Olmama Durumlarına Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puan Dağılımları.....	49
Tablo 4.15. Ailesinde Diabetli Bireyin Yakınlıklarına Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puan Dağılımları	51
Tablo 4.16. Bireylerin Beden Kitle İndeksine Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puan Dağılımları	53
Tablo 4.17. Bireylerin Diyetle Uyumalarına Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puan Dağılımları	55
Tablo 4.18. Bireylerin Açlık Kan Şekeri Düzeylerine Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puan Dağılımları	57
Tablo 4.19. Bireylerin Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Puanları Arasındaki Korelasyon	59

KISALTMALAR

ADA	: American Diabetes Association-Amerikan Diabet Birliği
AKŞ	: Açlık Kan Şekeri
BKI	: Beden Kitle İndeksi
DKA	: Diabetik Keto Asidoz
DM	: Diabetes Mellitus
HDL	: Yüksek Dansiteli Lipoprotein
IDDM	: İnsülin Dependent Diabetes Mellitus-Tip I Diabetes Mellitüs
IDF	: International Diabetes Federation- Uluslararası Diabet Federasyonu
IFCC	: International Federation of Clinical Chemistry-Uluslararası Klinik Kimyacılar Federasyonu
İGT	: Bozulmuş Glikoz Toleransı
LDL	: Düşük Dansiteli Lipoprotein
NIDDM	: Non İnsülin Dependent Diabetes Mellitus-Tip II Diabetes Mellitus
OAD	: Oral Anti Diabetik
OGTT	: Oral Glikoz Tölerans Testi
TKŞ	: Tokluk Kan Şekeri

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik bir hastalık olan Diabetes Mellitus (DM)' da yaygınlığı gittikçe artan önemli bir sağlık sorunudur. Dünya'da 2025 yılında 300, Avrupa'da 50, Türkiye'de 10 milyon diabetli bireyin olması beklenmektedir. Ülkemizde DM'un uluslararası standartlarına göre prevalansı oldukça yaygındır. Türkiye Diabet Epidemiyolojisi (TUDEP) Çalışması'na göre 20 yaş ve üstü yetişkinlerde DM prevalansı %7.2' dir.

DM'un prevalansındaki artma toplumun sağlık harcamalarında en yüksek paya sahip olan ilaç ve tedavi harcamalarının da artmasına neden olmaktadır. Bunların sonucunda sağlık bakım hizmetlerine duyulacak olan gereksinim de kendiliğinden artmaktadır. Kronik bir hastalık olan DM kişinin ve ailesinin yaşantısında önemli değişikliklere neden olarak onların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve bireylere fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar, bağımsızlıkta azalma, uzun süre bakım alma gibi durumları beraberinde getirmektedir.

Sağlıklı bireylerin olumlu sağlık davranışları kazanmasında, kronik hastalığı olan bireylerin ise sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinde öz etkililik (öz yeterlilik) algısı önemli bir bileşendir. Öz etkililik algısı bireyin kendisiyle ilgili davranışların seçimini, bir davranışta harcayacağı çabayı, bir güçlkle karşılaştığı zaman göstereceği sabrı, duyacağı kaygı ya da güven düzeyini etkiler. Kişinin öz

etkililiği yüksekse hastalığın bireysel yönetiminde üstesinden gelmek için daha çok çaba harcar.

Kişisel yeterliliğe dair kararlar, doğru ya da yanlış olsun aktiviteyi ve çevresel olayları etkilemektedir. İnsanlar yeteneklerini aştığını düşündükleri eylemlerden kaçarlar, yapabileceklerine karar verdikleri eylemleri ve kararları uygularlar. Brus ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında, romatoid artritli bireylerin reçete edilen tedaviyi kabul etmelerinde hastaların öz etkililiğinin önemli bir faktör olduğunu saptamışlardır.

Kişinin öz etkililiğini kullanmasında benlik saygısı önemli yer tutmaktadır. Kronik bir hastalık olan DM bireyi biyolojik, fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal yönden etkilemektedir. Hastalığın beraberinde getirdiği tedavi protokolleri hastalığa ilişkin diyetle uyum, oral anti diabetik ilaç kullanımı, egzersiz planı gibi kısıtlamalar bireyin kendini değersiz hissetmesine, sosyal aktivitelerden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Bu durum da kişinin benlik saygısını olumsuz etkilemektedir.

Günümüzde sağlık bakımının amacı; yaşamı uzatmak değil, bireyin sorunları ile baş etmesini sağlamak, öz bakım gücünü arttırmak, bilgi ve becerilerini güçlendirerek bağımsızlığını ve yaşam kalitesini geliştirmektir. Sağlıklı bireylerin olumlu sağlık davranışları kazanmasında, kronik hastalığı olan bireylerin ise sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinde bireylerin öz etkililik ve benlik saygısı önemli bir bileşendir.

Bakımın etkili olabilmesinde sadece gerekli aktivitelerin yerine getirilmesi yeterli değildir. Birey, öz bakım aktiviteleri arasındaki ilişkiyi fark ederek gerektiğinde bakım ve tedavisi ile ilgili yeni kararlar alabildiği ve durumuna uygun değişiklikleri yapabildiği ölçüde diabet yönetiminde başarılı olabilir. Diabet yönetiminin başarılı olabilmesini de öz etkililik ve benlik saygısı önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Öz etkililik ve benlik saygısı düzeyinin yüksek olması bireysel diabet yönetiminin iyi olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilirken, düşük olması ise diabet yönetiminin sağlanmasında bir engel olarak görülmektedir. Bu nedenle diabetli bireylerin, öz bakımlarına yönelik öz etkililik düzeylerinin ve diabete uyumlarının tanınması, sağlık çalışanları tarafından sunulan bakımın bir parçası olmalıdır

Bu araştırma, Nevşehir İ. Şevki Atasagun Devlet Hastanesi dahiliye polikliniklerine başvuran Tip II DM'lu bireylerin benlik saygısı ve öz etkililik düzeylerini ve bunları etkileyen bazı faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DIABETES MELLİTUS

2.1.1.Tanımı

Diabetes Mellitus (DM); insülin sekresyonunda, insülin aktivitesinde ya da her ikisindeki eksiklik sonucunda, kanda glikoz düzeyinin yükselmesi (hiperglisemi) ile karakterize metabolik hastalık grubudur (1-3).

Görülme sıklığının giderek artması, ömür boyu tedavi ve bakım gerektirmesi, komplikasyonları ile insan yaşamına önemli sınırlılıklar getirirken, topluma ağır maddi yük oluşturmaları nedeniyle DM, günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. DM, hem kendisi hem de yol açtığı komplikasyonların önemli oranda önlenabilir olması nedeni ile öncelikle ele alınması gereken toplum sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir (4).

2.1.2. DM'un Etyolojisi ve Klinik Tipleri

DM önceleri tedavi gereksinimi ve patogeneze göre sınıflandırılıyordu. DM'un yeni sınıflandırması ise etyolojisine dayanmaktadır (1). DM'un farklı tipleri bulunmaktadır; bunların nedeni, klinik seyri bakımından farklılık gösterebilir.

DM'un majör sınıflandırılması;

- İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus (IDDM-İnsülin Dependent Diabetes Mellitus-Tip I Diabetes mellitus)
- İnsüline Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus (NIDDM-Non İnsülin Dependent Diabetes Mellitus-Tip II Diabetes mellitus)
- Başka sendrom ve durumla ilgili Diabetes Mellitus tipleri
- Gestasyonel gebelik sırasında bozuk glikoz toleransı (1).

2.1.2.1.İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus (Tip I)

İnsülin salgılama kapasitesinin bütünüyle yokluğu ya da ileri derecede kaybı ile karakterize bir hastalıktır. Dolayısı ile bu hastalar dışarıdan insülin almak zorundadırlar. Genellikle çocukluk döneminde görülür. Bu nedenle eski yıllarda juvenil diabet, insülin kullanılması nedeniyle insüline bağımlı (IDDM) olarak da isimlendirilmişlerdir. Fakat artık günümüzde Tip I Diabetes Mellitus olarak isimlendirilmektedir. Genetik yatkınlık, beslenme, virütik enfeksiyonlar sonucu geliştiği sanılmaktadır. Hastalığın klinik seyri hızlıdır. Hastalık her yaşta başlayabilir, fakat sıklıkla IDDM 40 yaş altında başlar, cinsiyet farkı yoktur. Klinik tablo; aşırı susuzluk, kilo kaybı, polifaji, poliüri, glikozüri ve ketonüri semptomları ile akut olarak ortaya çıkar. Tedavide mutlak olarak insülin kullanılmalıdır. Bunun yanında genel tedavi yaklaşımları özellikle de hasta eğitimi mutlaka iyi uygulanmalıdır (1,5).

2.1.2.2.İnsüline Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus (Tip II)

Tip II Diabetes Mellitus (NIDDM) günümüzde gerek yaygınlığı gerekse neden olduğu akut ve kronik komplikasyonlarla hala en önemli mortalite ve morbitide nedenlerinden biri olma özelliğini korumaktadır. 1997- 1998 yıllarında yapılan 'Türkiye Diabetik Epidemiyoloji Çalışması (TÜDEP)'e göre, 20- 80 yaş grubu diabet sıklığı % 7.2, bozulmuş glukoz toleransı (İGT) % 6.7 olduğu bulunmuştur. Artan obezite ve fizik aktivite azlığı nedeniyle Tip II DM prevalansının daha hızlı artması beklenmektedir. Erkek ve kadında görülme sıklığı benzerdir, fakat 60 yaşın üzerindeki erkeklerde sıklık bir miktar artmıştır. Tüm DM'lu bireylerin ortalama % 85'ini oluşturmaktadır. Tip II DM açlık ve tokluk hiperglisemisiyle karakterli bir hastalıktır. Ancak bu duruma gelene kadar geçirdiği bazı aşamalar vardır. Açlık kan şekerinin düzenlenmesi, karaciğer glikoz üretimi ile periferik dokulardan glikozun alınması arasındaki denge sonucunda

sağlanır. Tip II DM pankreas beta hücre fonksiyonlarının ilerleyici kaybı ve kas, yağ ve karaciğer gibi organlarda insülinin etkilerine direnç gelişmesi ile karakterize bir bozukluktur. Azalmış adacık hücre fonksiyonu primer bozukluk gibi görünse de patogeneizde insülin direnci önemli rol oynamaktadır (1,6-8).

Tip II DM'a özgü olarak, insülin sekresyonunun bozulmasına rağmen, yağların yıkımını ve beraberinde keton cisimlerin üretimini önleyecek kadar yeterli insülin vardır. Böylece Tip II DM'da, diabetik ketoasidoz oluşmaz. Ancak kontrolsüz DM'de, hiperglisemik hiperozmolar ve nonketotik sendrom gibi akut problemler gelişebilir (1).

Tip II DM'lu bireylerde, özellikle obezlerde, belirti ve bulgular Tip I DM'de olduğu kadar şiddetli değildir; orta derecelidir; çoğunlukla sinsidir. Genel belirtiler; ağız kuruluğu, yorgunluk hissi, poliüri, polidipsi, parestezi, impotans, kadınlarda adet düzensizliği, kaşıntı ve cilt enfeksiyonlarıdır (9,10).

2.1.3. Tip II Diabetes Mellitus'un Risk Faktörleri

2.1.3.1. Yaşlanma

Birçok toplumda Tip II Diabet sıklığının yaşlanma ile paralel artış gösterdiği bilinmektedir (6-10).

2.1.3.2. Cinsiyet

Gelişme sürecindeki ülkelerde kadınlarda sık görüldüğü halde gelişmiş ülkelerde herhangi bir cinsiyet ayrımı görülmemektedir (6-10).

2.1.3.3. Genetik Faktörler

Çift yumurta ikizlerinde Tip II Diabetes Mellitus görülme riski %60-80 arasında değişmektedir. Ailede birinci derece yakınlarının DM bulunması hastalık riskini 2-6 kat artırmaktadır. Ailede DM'lu birey sayısı arttıkça hastalığa yakalanma riski de artmaktadır (6-10).

2.1.3.4. Şişmanlık ve Vücutta Yağ Dağılımı

Tip II DM bireylerin çoğunda abdominal obezite vardır. Abdominal yağlanma dağılımını gösteren obezite, insülinin etkisini bozarak, Tip II DM'un patogeneizindeki temel defekt olan insülin direncine katkıda bulunmaktadır. Bazen kısa sürede fazla miktarda kilo alımı ile bozulmuş glikoz toleransı şeklindeki hastalık diabetes mellitusa dönüşebilir. Birçok çalışma Tip II DM'lu kilolu bireylerde daha fazla geliştiğini ve

beden kitle indeksine (BKI) paralel olarak diabet riskinin arttığını göstermiştir. Yetişkin bir birey için BKI'nin sınıflandırılması;

- Zayıf $<18.50 \text{ kg/m}^2$
- Normal $18.50\text{-}24.99 \text{ kg/m}^2$
- Hafif şişman $\geq 25 \text{ kg/m}^2$
- Şişman $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ olarak kabul edilmektedir (11,12).

2.1.3.5. Fiziksel İnaktivite

Sedanter yaşam Tip II DM riskini artırmaktadır. Egzersize ait bir meta- analiz, Tip II DM'de vücut ağırlığındaki değişikliklerden bağımsız olarak HbA1c 'de %0.66'lık azalma bildirilmiştir. Tip II DM'lu bireylerde uzun dönem kohort tipi çalışmalarında daha yüksek egzersiz düzeyleri uzun dönem prospektif kohort çalışmalarında daha yüksek egzersiz düzeyleri uzun dönemde artış göstermektedir (13).

2.1.3.6. Diyet

Tip II DM'lu bireyler sıklıkla sorunlarıyla çelişen yaşam tarzına sahiptirler (beslenme ve fiziksel aktivite). Çeşitli toplumlarda gerçekleştirilmiş çalışmalara dayanarak yağdan zengin, karbonhidrattan fakir diyetle beslenen bireylerde Tip II DM yakalanma riskinin yüksek olduğu ileri sürülmektedir (6-8,13).

2.1.4. Diabetes Mellitus'un Tanısı

Amerikan Diabet Birliği'ne (ADA) göre;

- DM'un tipik semptomlarının (poliüri, polidipsi, polifaji ve kilo kaybı gibi) varlığı ve /veya rastlantısal plazma glikozunun $> 200\text{mg/dl}$,
- Açlık Kan Şekeri (AKŞ- Fasting Blood Glucose): Bir ya da daha fazla yapılan ölçümlerde $\text{AKŞ} \geq 126 \text{ mg/dl}$,
- Tokluk Kan Şekeri (TKŞ –Postprandial Blood Glucose): Oral olarak 75 gram karbonhidrat verilmesinden 2 saat sonra alınan venöz kanda plazma glikozu $\geq 200 \text{ mg/dl}$ ise belirgin DM tanısı konur.

DM'un takibinde kullanılan testler ise; AKŞ, TKŞ, glikozillenmiş hemoglobindir (HbA1c) (14).

Amerikan Diabet Birliği (ADA) ve Avrupa Diabet alışma Birliğinin belirlemiş olduğu kriterler göz önünde bulundurularak açlık kan şekeri düzeyleri (AKş);

İdeal Kontrol: 70-100 mg/dl,

İyi Kontrol: 101-125 mg/dl,

Kötü Kontrol: ≥ 126 mg/dl olarak gruplandırılmıştır (14).

2.1.4.1.Tanı Testi Olarak Hemoglobin A1c (HbA1c)

Standardizasyonundaki sorunlar ve tanı eşiğindeki belirsizlik nedeniyle glikozillenmiş hemoglobin A1c (HbA1c)'nin DM tanı aracı olarak kullanılması uzun yıllar önerilmemiştir. Özellikle AKş ile DM tanısı almayan bazı kişilerde, OGTT ile DM tanısı konulduğu halde, standardizasyon sorunları sebebi ile HbA1c normal (<6.0) bulunabilmekteydi. Ancak son yıllarda HbA1c'nin tüm Dünyada standardizasyonu yönündeki çabalar ve prognostik önemine dair kanıtların artması sonucunda, HbA1c'nin de DM tanı testi olarak kullanılabileceği gündeme gelmiştir. ADA, Uluslar arası Diabet Federasyonu (IDF) ve Uluslararası Klinik Kimyacılar Federasyonu (IFCC) temsilcilerinin oluşturduğu Uluslararası Diabet Uzmanlar Komitesi 2008 yılında yaptığı bir dizi toplantı sonucunda, uluslararası standardizasyon kurallarına uyulması koşulu ile DM tanısı için HbA1c kesim noktasını % 6.5 olarak belirlemiştir. Bununla beraber HbA1c'nin her merkezde rutin olarak yapılamaması, teknik sorunları ve standardizasyonundaki eksikler ve maliyeti dikkate alındığında, testin tanı amaçlı kullanımının, pek çok toplumda olduğu gibi; ülkemiz için de şu anda uygun olmadığı düşünülmektedir (14).

2.1.5. TİP II Diabetes Mellitus'un Kontrolü

DM'un tedavisinin temel amaı; kan glikoz seviyesini normoglisemik düzeyde tutmaktır. Böylece primer olarak akut komplikasyonları önlemek, sekonder olarak kronik komplikasyonları geciktirmek hedeflenmektedir. Son yıllarda yapılmış olan iki alışma Diabetes Control and Complication Trial (DCCT) ve United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) iyi planlanmış bir tedavi ve bakım ile diabet kontrolünün sağlandığını, komplikasyonlarının azaldığını ve diabetlilerin yaşam kalitelerinin arttığını göstermektedir (15).

DM'un kontrol ve tedavisinde aşağıdaki yöntemler kullanılmaktadır;

- Fiziksel aktivite
- Beslenmenin düzenlenmesi
- Oral hipoglisemik ajanlar veya insülin gibi ilaç uygulamaları
- Bireysel izlem
- Diabet eğitimi.

DM'lu bireyler için ilk tedavi seçimi diyet ve egzersiz, obez hastalar içinde kilo vermeye yönelik olmalıdır (16).

DM tedavisi için planlanan uygulamalar bireysel olmalıdır. Yani uygulamalar hastanın amaçlarına, yaşına, hayat tarzına, beslenme ihtiyaçlarına, aktivite düzeyine, işine, DM tipine, yapabileceği bağımsız yeteneklerine göre dayandırılmalıdır. Tüm plan içinde psikososyal yönlerinde göz önünde bulundurulması gerekmektedir (9,17).

Yeni DM tanısı alan veya DM kontrolü zayıf olan hastalar için başlangıç amaçlar şunlar üzerine odaklanmalıdır;

- Eğer varsa ketozisi elimine etme
- İstenen vücut kilosunu sağlama
- Hiperglisemi belirtilerini önleme
- Egzersizi sürdürme
- Psikososyal iyilik halini devam ettirme (16).

2.1.5.1. Diabetes Mellitus'ta Fiziksel Aktivitenin Düzenlenmesi

Tip II DM' de, diyetle birlikte egzersiz, tedavinin ilk basamağıdır. Egzersiz glisemik kontrolü düzeltir, insülin rezistansını azaltır, kiloyu azaltır, lipid profilini düzeltir ve diğer kardiyovasküler risk faktörlerini azaltır. Enerji ihtiyacı karşılanamadığında, iskelet kaslarının glikojen ve trigliserid depoları kullanımı artar, aynı zamanda trigliseridlerin adipoz dokusu serbest yağ asitlerine parçalanır ve karaciğerden de glikoz serbestlenir. Egzersiz boyunca kan glikoz düzeyleri iyi korunur (18). Fiziksel aktivite programına başlamadan önce ayrıntılı tıbbi muayene yapılmalıdır. Makro ve mikrovasküler komplikasyonların varlığı (fiziksel aktivite ile ağırlaşacağından) taranmalıdır. Riskli olan DM'lu bireylerde fiziksel aktivite ile azaltılmalıdır. Bireye özgü planlanmalıdır (6,19,20).

2.1.5.1.1. Fiziksel Aktivitenin Yararları:

- İnsülin gereksinimini azaltır ve etkisini artırır,
- Kan glikoz düzeyini düşürür ve metabolik kontrolü sağlar,
- Ketonemiye azaltır,
- Kan basıncını düzenler,
- Kan lipid profilini düzenler (Total kolesterolü, LDL kolesterolü, trigliseridi düşürür, HDL kolesterolü yükseltir.),
- Kilo kontrolünü sağlar,
- İyilik halini ve yaşam kalitesini artırır.

2.1.5.1.2. Fiziksel Aktivite Önerirken Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar

- Proliferatif retinopati, diabetik retinopati gibi mikrovasküler komplikasyonlar ve koroner kalp hastalığı gelişmiş hastaya ağırlık antrenmanı yaptırılmamalıdır.
- Ayaklarında diabetik nöropati gelişen hastalar yürüyüş yerine yüzmeyi veya yatarak bisiklet çevirmeyi tercih edilmelidir.
- Egzersiz öncesi ve sonrasında kan şekeri ölçülmelidir.
- Kan şekeri 300 mg/dl üstünde olanlar ketoasidoz riski açısından, 100 mg/dl 'nin altında olanlar da hipoglisemi riski açısından egzersiz yapmamalıdır (19).

2.1.5.2. Diabetes Mellitus'ta Beslenmenin Düzenlenmesi

Tip II DM bireylerin çoğu şişmandır, bu yüzden bu tip DM'lu bireylerin beslenme programlarının temel ilkesi, kilo kontrolü olmalıdır. Daha az yiyerek ve daha fazla hareket ederek kilo vermelidirler. Tip II DM bireylerin az ve sık yemesi önemlidir. Uzun süren açlıklardan sonra, aşırı yiyecek alınmasıyla oluşan enerjinin yüksek olması, insülin salgılanmasıyla ilgili bozukluğunda artmasına neden olacaktır. Bu da kan şekerinde dalgalanmalara neden olur.

Birey düzenlenen öğün planına uymalıdır. Diyet reçeteleri kişinin vücut ağırlığı, işi, yaşam tarzı, DM türüne göre planlanmalıdır (6,13,21).

2.1.5.3. Diabetes Mellitus'ta Farmakolojik Tedavi

2.1.5.3.1. İnsülin Tedavisi

Tip I DM'lu bireylerde langerhans adacıkları insülin üretme yeteneğini yitirmişlerdir. Bu nedenle uzun süre dışarıdan insülin verilmesi zorunludur. Tip II DM'lu bireylerde ise, diyet ve oral antidiabetik (OAD) ilaçlarla kan glikoz düzeyi kontrol altına alınamadığında, uzun süre insülin verilmesi gerekebilir. Genellikle Tip II DM'lu bireyler sadece diyet ya da diyet ve OAD ile kontrol edilir. Ancak, hastalık, gebelik, ameliyat ve stresli durumlarda geçici olarak insüline gereksinim olabilir. İnsülin enjeksiyonu subkutan yapılır, sadece kristalize insülin serum içinde intravenöz olarak verilir (1).

2.1.5.3.2. Oral Antidiabetik İlaçlar (OAD)

OAD ilaçlar, sadece diyet ve egzersiz ile tedavi edilmeyen Tip II DM'lu bireylerde kullanılmaktadır. OAD'ler ya doğrudan pankreas hücrelerinden insülin salınımını artırarak etki gösterir ya da periferik glikoz kullanımını artırır ve karaciğerden glikoz çıkışını azaltır. OAD ilaçlar; sulfonilüreler, biguanidler, alfa-glukosidaz inhibitörleri, tiazolidinedionlardır (1).

2.1.5.3.2.1. Sulfonilüreler

Pankreas hücrelerini aktive ederek insülin salınımını artırır. Bütün sulfonilüreler karaciğerde metabolize olurlar, metabolitleri böbrekten atılır (1).

2.1.5.3.2.2. Biguanidler

Glikoneogenezi inhibe ederek ve glikozun periferde kullanımını artırarak etki gösterirler. Hipoglisemi oluşturmaz. Şişman hastalarda tek ilaç olarak da kullanılabilir (1).

2.1.5.3.2.3. Alfa-glukosidaz inhibitörleri

Karbonhidrat kapsayan yemeklerin alınmasından sonra kompleks karbonhidratların emilimini geciktirerek kan glikozundaki ani yükselişi baskılar (1).

2.1.5.3.2.4 Tiazolidinedion

İnsülin duyarlılığını artırır, hiperinsülinemiği azaltır. Bununla birlikte plazma trigliserid miktarını azaltır (1).

2.1.5.4. Diabetes Mellitus'ta Hasta Eğitimi

DM'lu hasta eğitimi; bireyin yaşamını, DM'lu olmayan bireyler gibi sürdürmesini sağlayacak yaşam biçimi değişikliğini içerdiğinden 'Bireysel Yönetim Eğitimi' olarak da isimlendirilir. On yıl süresince DM eğitim programlarının uygulandığı gruplarda ayak amputasyonlarının % 13'den % 7 oranına düştüğü görülmüştür (21). Yapılacak eğitim DM alanında donanımlı hekim, hemşire, diyetisyen, eczacı, psikolog, sosyal çalışmacı gibi sağlık personelleri tarafından yapılmalıdır. DM eğitimi bireylere hem yaşam kurtarıcı bilgilerin öğretilmesi hem de esas olarak kendi kendine tedavi becerisi kazandırılması amacına yöneliktir. DM'lu bireylerin tedavisi ile uğraşan her birimdeki DM'lu bireylerin kategorilerine göre bir eğitim müfredatı belirlemeli, amaçlar listesi oluşturmalı, eğitim yöntemlerini ve sorumlu personelleri saptanmalı, eğitimin ne zaman, nerede yapılacağını ve eğitimin nasıl değerlendirileceğini belirlemelidir (21).

2.1.5.5. Diabetes Mellitus'un Bireysel Yönetimi

DM tedavisi hedefleri, öncelikle DM'lu bireyin bireysel yönetimini sağlayarak bunun sonucunda ideal glisemi ayarlarına ulaşmak, diabete özgü belirtileri gidermek, akut ve kronik komplikasyonların ortaya çıkışını, ilerlemesini önlemek veya geciktirmek, pankreasın beta hücre fonksiyonlarını korumayı sağlamak ve hastanın yaşam kalitesini artırarak yaşam süresini uzatmaktadır. DM ve tedavisi, günlük yaşamı birçok yönleri ile etkilemektedir. Bu yüzden tedavi planında mutlaka hasta ve ailesi de yer almaktadır. Başarılı DM yönetimi hasta tarafından düzenlenen ve kendi yetkinliği, eğitim ve kendine bakım sonuçlarının yine kendi tarafından değerlendirilmesine dayanmaktadır (21).

2.1.6. Diabetes Mellitus'un Komplikasyonları

2.1.6.1. Diabetes Mellitus'un Akut Komplikasyonları

DM'un akut komplikasyonları hipoglisemi, diabetik ketoasidoz, hiperozmolar nonketotik komadır (1,22)

2.1.6.1.1. Hipoglisemi

Kan şekerinin erişkinlerde 60 mg/dl'nin, küçük çocuklarda ise 80 mg/dl'nin altına düşmesidir. İnsülin ya da OAD'lerin gereğinden fazla alınması, gereğinden fazla egzersiz yapılması, insülinin kas içine yapılması, öğün almamak ya da atlamak, ilaç değişikliği, alkol kullanma, sindirim güçlüğü ve mide boşalmasının gecikmesi gibi nedenlerden dolayı ortaya çıkabilir (22).

2.1.6.1.2. Diabetik Ketosidoz

Diabetik ketoasidoz (DKA), tip I DM'da spontan, tip II DM'da ise genellikle fiziksel/emosyonel bir strese ikincil olarak gelişen akut metabolik bir dekompanzasyondur. Etiyolojisinde mutlak ya da göreceli bir insülin eksikliği rol oynamaktadır. DKA glikoz, yağ ve protein metabolizmasının kompleks bir bozukluğudur. Poliüri, polidipsi, yorgunluk, kramp, bulantı, kusma, dehidratasyon belirtileri, abdominal ağrı, kusma ve solunum ve nefeste aseton kokusu oluşur, tedavi edilmezse şok ve koma görülür (1,22).

2.1.6.1.3. Hiperozmolar Nonketotik Koma

DM'un ketoasidoz olmaksızın ileri derecede hiperglisemi, plazma hiperosmolalitesi, dehidratasyon, mental değişikliklerle karakterize bir komplikasyondur. Enfeksiyonlar, stres, hamilelik de kan şekerini artırır ve kan şekeri regülasyonunu bozar (22).

2.1.6.2. Diabetes Mellitus'un Kronik Komplikasyonları

2.1.6.2.1. Diabetik Retinopati

Retinadaki kan damarları tıkanır, zayıflar, bu da görme fonksiyonunu bozar. Tedavi edilmezse körlüğe neden olur (1,22).

2.1.6.2.2. Diabetik Nefropati

Son evre böbrek yetmezliklerinin en sık rastlanan nedenlerinden biridir. Nefropatinin en erken belirtisi mikroalbuminüridir. Ayrıca böbreklerde sorunlara neden olan hipertansiyon ve dislipideminin tedavi edilmesi gerekir. İdrar yolları enfeksiyonu olan hastalarda sık sık idrar analizi yapılması önemlidir (1,22).

2.1.6.2.3. Diabetik Nöropati

Periferik ve otonom nöropatiler şeklinde görülür. En sık görülen nöropati periferik sensorimotor polinöropatidir ve alt ekstremiteleri etkiler. Nöropati ilerledikçe ağrı, uyuşukluk, kas güçsüzlüğü ve duyu kaybı gelişir. Ayrıca nörojenik mesane ve impotans görülebilir. Tedavisinde DM'un kontrolünün iyileştirilmesi ilk adımdır. Semptomatik tedavi yapılır (1,22).

2.2.ÖZ ETKİLİLİK

2.2.1. Tanımı

Öz etkililik (yeterlilik) belli bir sonucu elde etmek için bir davranışı yapabilme algısı olarak tanımlanır. Öz etkililik kuramı öz etkililik beklentisi ve dürtü gibi anahtar kavramları kullanan davranışı tahmin eden ve açıklayan sosyal bilişsel kurama dayanır. Türkçe hemşirelik literatürü incelendiğinde; öz etkililik teriminin sınırlı karşılık bulunduğunu görmekteyiz. Hemşirelik literatüründe bu kavramın karşılığını Gözüm ve Aksayan, Erdoğan ve arkadaşları öz etkililik olarak verirken, psikolog yazar Senemoğlu ise öz yeterlilik olarak ifade etmiştir (23).

Öz etkililik algısı ilk olarak Amerikalı psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında, 'Bilişsel Davranış Değişimi' kapsamında ileri sürülmüştür. Genel bir durumla değil de özel bir durumla ilişkilidir. Öz etkililik kuramı, öz etkililik beklentisi, sonuç beklentisi ve dürtü gibi kavramları içine alarak kullanan, davranışları tahmin eden ve açıklayan sosyal bilişsel kuramın son yıllarda gelişmesi öz etkililik algısına olan ilgiyi de artırmıştır. (24,25).

Bandura'ya göre etkililik, bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendisi hakkındaki yargısıdır. Diğer bir deyişle, bireyin gelecekte karşılaşılabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derece başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki yargısı ve inancıdır (26-28).

Bandura' nın öz etkililik mekanizması, yine aynı kişi tarafından ana hatları çizilen Sosyal Öğrenme Teorisi'nde, bireyin davranışlarını değiştirmede rolü olan bilişsel algılama faktörlerinden birisi olarak gösterilmiştir (25,29).

Genel sosyal öğrenme teorileri, bilişsel davranış teorileri ile sosyal öğrenme teorilerinin özelliklerini birleştirici niteliktedir. Sosyal öğrenme teorileri bireysel davranışın sadece

iç psikolojik güçler tarafından değil, aynı zamanda sosyal çevre tarafından şekillendiğini savunmaktadır. Bireye ait bilişsel ve diğer kişisel faktörler ile çevresel faktörler karşılıklı etkileşim içindedirler ve negatif çevre baskılarına direnir, üstesinden gelerek destekleyici bir çevre oluşturdıkları zaman büyük olasılıkla başarılı olurlar. Çevresini başarılı bir şekilde yönetme / çekip çevirme kapasitesine sahip olan bireyler, öncelikle davranışa adaptasyonu ve davranışı özümsemeyi sağlamak için çevrelerini düzenleyerek arzu edilen davranışı destekleyen olanakları güçlendirecekler, daha sonra destekleyici olmayan çevresel etkiler hedeflerini olumsuz etkilediğinde ise istenen davranışı sürdürmek için iç kapasitelerini geliştireceklerdir (29).

Sağlığın geliştirilmesi alanında araştırma ve uygulamalara yol gösterecek nitelikler taşıyan ve Pender tarafından geliştirilen ‘Sağlığı Geliştirme Modeli’, Bandura’nın ‘Sosyal Öğrenme Kuramı’ temel almaktadır. Bu model, sağlığı geliştirici unsurları, olası nedenleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyen, koruyan ve geliştiren durumları açıklamaktadır (30).

Sağlığın geliştirilmesi modelindeki bilişsel algılama faktörleri, sağlığı geliştirici davranışların kazanılması ve sürdürülmesinde başlıca motivasyonel mekanizmalardır. Bilişsel algılama faktörlerinin her biri sağlığı geliştirici davranışların kazanılması ve sürdürülmesinde başlıca motivasyonel mekanizmalardır. Model’de belirtilen yedi algılama faktörünün özellikle üç tanesi (sağlık kontrolünü algılama, öz yeterliliği algılama ve sağlık durumunu algılama) sağlığı geliştirici davranışların en güçlü belirleyicisidir. Lusk ve arkadaşları bilişsel algılama faktörlerinin sadece sağlığı geliştirici davranışların değil, aynı zamanda sağlığı koruyucu/hastalıkları önleyici davranışların da belirleyici olduğunu belirtmişlerdir (29).

İnsanlar seçimlerini yapmadan ve çabalarına başlamadan önce, kendilerinin farkında oldukları becerilerle ilgili beklentilerini, sorun çözme davranışının harekete geçip geçmediğini, görevle ilgili ne kadar çabanın harcanacağını, bu harcanan çabanın ne kadar süreceğini belirlerler (25,28).

Birey bir sonuca ulaşabileceğine inanıyorsa, daha etkin davranır ve yaşamının gidişini kendisi belirler. Bu ‘yapabilirim’ inancı, bireyin içinde bulunduğu koşulları kontrol altına alma duygusunu yansıtır. Öz etkililik, bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliktir. Düşük öz etkililik duygusu depresyon, anksiyete ve çaresizlikle birlikte olur. Öz etkililiği yüksek olan bireyler daha

karmaşık ve riskli görevleri seçebilirler, hedefleri daha yüksektir ve bu hedeflere ulaşmak için azimle çalışırlar (24,26,29).

Öz etkililik gerçekçi olmayan iyimserlikle ve hayallerle aynı değildir. Aksine, deneyimlere dayanır, mantıklı olmayan riski almaya yol açmaz ve bireyin yeteneklerini geliştirmesiyle atak davranışlara öncülük eder. Bireyin kendi yeteneklerini, kapasitesini daha objektif bir şekilde değerlendirmesini sağlar (24,31-33).

Öz yeterliliğin üç boyutu davranış açısından özel bir öneme sahiptir.

- Yeterlilik beklentilerinin büyüklüğü: Kişinin yapıp yapamayacağına inandığı bir görevin zorluk seviyesini kapsamaktadır.
- Yeterlilik beklentilerinin gücü: Yeterlilik beklentilerinin güçlü olmasını (olumsuz deneyimlerine ve sonuçlara rağmen sorunu halletme çabalarının devam etmesini) veya güçsüz olmasını (kişi herhangi bir zorluk karşısında çabucak tükenmesini) kapsamaktadır.
- Öz etkililik genellik bakımından farklılık gösterebilir. Bazı deneyimler, belli bir göreve karşılık gelen belli bir yeterlilik yaratır.

Davranış değişimi, kişisel kontrol yoluyla kolaylaşır. Diğer bir deyişle insanlar problemi çözebileceklerine inanırlarsa problemi çözme kararını almaya ve gerçekleştirmeye daha yatkın hale gelirler (24-27,32,33).

2.2.2.Davranış Değişim Süreci

Sosyal öğrenme teorisine göre, insan motivasyonu ve eylemi büyük ölçüde sezinleme / tahmin ile düzenlenir. Bu tahmini kontrol mekanizması şunları içerir;

- **Durum – sonuç beklentileri:** Sonuçlar kişisel eylemlere değil, çevresel durum ve olaylara göre tahmin edilir. Riskler sezilir ve kişiler olması muhtemel kritik olaylardan az veya çok etkilenebileceğini hissetmelerine karşın, oturup olayın meydana gelmesini beklemekten başka birşey yapmazlar. Örneğin insanlar bir hastalık olasılığını göz önüne almakla birlikte, kendisinin hasta olma olasılığının az olduğunu düşünebilirler. Bu savunucu bir iyimserlik olarak görülebilir. Savunmalar, sosyal karşılaştırma, ya da başka bir deyişle diğer kişilere göre kendi durumunu karşılaştırma yoluyla yapılabilir.

- **Eylem – sonuç beklentileri:** Sonuçlara, kişisel eylemlerin gerçekleştirilmesi yoluyla ulaşılabileceğine ilişkin beklentilerdir.
- **Öz etkililik algısı:** Bireyin istenilen sonuca ulaşmak için gereken eylemleri yapabilme yeteneğine olan inançlarıyla ilgilidir. Diğer bir deyişle gereken davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine olan inancıdır (24-27,32,33).

Eylem-sonuç beklentileri ile birlikte öz etkililik beklentileri, davranış üzerinde en güçlü etkiyi yaratırlar (29).

Durum-sonuç ve eylem-sonuç beklentileri ve öz etkililik inançları, sağlığa yararlı davranışların benimsenmesinde ve zararlı alışkanlıkların terk edilmesinde birlikte rol oynar. İstenilen bir davranışın benimsenmesinde, bireyler öncelikle niyetlenir sonra da uygulamaya koymaya çalışırlar. Her iki sonuç beklentisi niyet oluşumunda önemli birer belirleyicidirler ancak, eylem kontrolünde etkileri azdır. Diğer yandan öz etkililik, hem sağlıkla ilgili davranış değişimi niyetlerinde hem de eylemin kontrolü aşamasında oldukça önemlidir. Olumlu sonuç beklentileri, bireyin davranışını değiştirmeye karar vermesini teşvik ederken, davranışın uygulanması ve sürdürülmesi aşamasında algılanan öz etkililik kontrol edici etki olarak işlevine devam eder (29).

Öz etkililik algısı dinamikdir ve 4 temel kaynaktan elde edilen bilgilerden etkilenir.

- **Geçmiş deneyimler:** Bireyin doğrudan kendi yaptığı başarılı veya başarısız etkinliklerden elde ettiği bilgilerdir.
- **Sözel ikna:** Bireyin başarabileceğine veya başaramayacağına ilişkin aldığı nasihatler, teşvikler, öğütler değişik ölçülerde öz etkililik yargısını etkiler.
- **Model alma:** Bireyin kendine benzer başka kişilerin başarılı veya başarısız etkinlikleri, bireyin aynı etkinlikleri kendinin de başarabileceğine veya başaramayacağına ilişkin yargısını güçlendirir.
- **Psikolojik durum:** Bireyin yetenekleriyle ilgili kısmi yargılarından oluşan psikolojik durumlar veya ortaya çıkan duygulardır.

Öz etkililik bireyin etkinliklerinin seçimini, bir etkinlikte harcayacağı çabayı, bir güçlükle karşılaştığı zaman göstereceği sabrı, duyacağı kaygı veya güven düzeyini etkiler. Bu yönüyle öz etkililik algısı bireyin yapacağı veya sakınacağı aktiviteleri

belirlemede önemli rol oynar. Öz etkililik beklentisi arttıkça çabalar da daha güçlü ve ısrarlı olur. Kronik hastalıklarda sağlığı geliştirme davranışlarının önemli bileşenlerinden biri olan öz etkililik algısı, olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyicidir. Bireyin öz etkililik algısının artması onun olumlu sağlık davranışları göstermesine neden olur. Kilo kontrolü, egzersiz, sigara ve alkolü bırakma gibi pek çok sağlık davranışı konusunda yararlı olan öz etkililik algısı kronik hastalıkların yönetiminde de son derece önemlidir (34,35).

2.2.3.Diabetes Mellitus’lu Bireylerde Öz Etkililiği Geliştirmeye Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Toplumda hemşirenin görevlerinden biri de bireylere, ailelere ve gruplara yaşadıkları ve çalıştıkları ortam içerisinde fiziksel, ruhsal, sosyal potansiyellerini belirlemeleri ve bu potansiyelleri değerlendirme konusunda yardımcı olmaktır. Bunun için hemşireler sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesini sağlayacak işlevler geliştirmeli ve uygulamalıdır (29,33). Hemşireler değiştirilebilir ve etkilenebilir özelliği olan öz etkililik algısının geliştirilmesi yönünde girişimlerde bulunurken, duruma özel davranış değişimi için bireyin kendi başarısına ilişkin algısını güçlendirmeye çalışmalıdırlar. Örneğin DM’un tedavi şekillerinden diyet yapma ve kilo kontrolü, bireysel yeterlilik inançları tarafından da yönlendirilebilen sağlıkla bağlantılı davranışlardır (36).

Sağlıklı bir davranışı başlatma ve sürdürmek üzere sık kullanılan bazı teknikler ve stratejiler gösterilmiştir. Bunlar;

- Bireyin genel ve duruma özel öz etkililik algısı değerlendirilmelidir
- Hedeflenen davranış, çok karmaşık ve uzun süren davranış değişimleri için çabalara, daha karmaşık ve daha uzun sürenlere göre öncelik verilmelidir.
- Engeller ve yüksek riskli durumların belirlenmesi, alınacak önlemlerin saptanması bakımından önemlidir. Bunun için ağırlıklı olarak gözlem tekniği ile veri toplanmalıdır.
- Uzun süreli amaçlara doğru ilerlerken gelişmeler, bireyin hatırında kalması için kaydedilmelidir.
- Bireyler, hem geçici hem de sürekli kalıcı davranışları gerçekleştirme kapasiteleri konusunda ikna edilmelidirler.

- Konuyla ilgili bilgi verilmeli, en önemli noktalar eğitimin ya başında ya da sonunda verilmelidir.
- Modeller tekniği kullanarak olumlu rol modellerinden yararlanılmalıdır.
- Eş, arkadaş, aile, iş çevresi gibi sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi sağlanmalıdır.
- Stresle başa çıkma yolları öğretilerek bireyin öz etkililik algısını ve dolayısıyla davranışın başlatılıp sürdürülmesini olumsuz etkileyebilecek anksiyete ve stresin engellenmesi veya azaltılmasına çalışılmalıdır (29).

Hemşireler, bu teknik ve stratejileri kullanarak bireylerin öz etkililik algısını yükselterek sağlıksız davranışı terk etme ve sağlıklı davranışı başlatarak sürdürme konusunda onlara yardımcı olabilirler. Hemşirelerin yukarıda sayılanlar içinde öz etkililiğin önemini göz ardı etmeden girişimlerini planlaması önemlidir (25).

2.3.BENLİK SAYGISI

2.3.1.Tanımı

Benlik, ruhsal yapının düzenleyicisi, denge ve uyum sağlayıcı parçasıdır. Benlik saygısını ise; yeteneklerinin ve sınırlılıklarının farkında olunması ve benlik kavramının beğenilip beğenilmemesi oluşturmaktadır (36-39).

Coopersmith benlik saygısı kavramını, kişinin kendisi hakkında ve sürekliliği olan değerlendirmesi anlamında kullanmıştır. Bu değerlendirme kişinin kendisi için onayladığı veya onaylamadığı bazı özellikleri ile ilgilidir. Onun nelerin üstesinden gelebileceği, neleri başaracağı, nelere önem verdiği ve bunların önem derecesi gibi özellikleri ile ilgili tutumunu ortaya koyar. Başka bir deyişle, benlik saygısı kişinin değerliliği hakkındaki yargısıdır. Öznel olan bu değerlendirme, çevreye sözel olarak ya da davranışlar yoluyla aktarılır. Coopersmith bireyin kendini yetenekli, önemli, başarılı ve değerli olarak algılama derecesi olarak ayrıca benlik saygısını genel, sosyal ve bireysel benlik saygısı olarak değerlendirilir (40,41).

2.3.2.Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler

- Başarı-başarısızlık
- Çevresinin verdiği önem

- Pozitif destek
- Çalışmadaki sorumluluk ya da eksiklik
- Çevresindekilerle karşılaştırma
- Kişisel ve çalışma deneyimleri
- Amaçların belirlenmesi
- Geri bildirim mekanizması
- Kendi kendini değerlendirme
- Akademik başarıdır (42).

2.3.3.Benlik Saygısının Bozulmasının Sonuçları

Benlik saygısı bozukluğu kendine güven ve değer verme de dahil olmak üzere kendi hakkında negatif duygularla kavramsallaştırılabilir. Durumsal (hayat şartlarındaki travmatik bir değişikliğe veya bir kayba bağlı) veya kronik (uzun süreli olumsuz özeleştirisi) olabilir (43)

2.3.3.1.Benlik Saygısında Azalmayla İlgili Problem İçin Risk Altında Olan Hastalar:

2.3.3.1.1.Kontrol Odaklı Hastalar

Bu bireyler benlik saygısıyla ilişkili olarak bedenleriyle ve hayatlarıyla ilgili daha fazla kontrol sahibi olmak isterler (43).

2.3.3.1.2.Tip A Kişiliği Olan Bireyler

Bu bireyler daha fazla başarıma gereksiniminde olan, hastalık vb. nedenlerle çalışma yeteneklerinde değişiklik meydana gelirse daha fazla tehdit hissedenden kişilerdir (43).

2.3.3.1.3.Amir Pozisyonundaki Hastalar

Bu kişiler benlik saygılarının sürdürmek için başkalarını yönetmeye ihtiyaç duyarlar (43).

2.3.3.1.4.Beden İmajında Değişiklik Olanlar

Beden imajı değişiklikleri benlik saygısı ile yakından ilişkilidir. Beden imajında algılanan tehdit düzeyi, hastalık sürecinde önemli bir risk faktörüdür. Örneğin 24 yaşında yeni evli bir kadının histerektomi olmasıyla 48 yaşında 4 çocuğu olan

menapozdaki bir kadının histerektomi olması farklı şekillerde etkilenmelerine neden olur. Genç olan bir kadında beden imajındaki tehdit daha büyük algılanır. Çünkü histerektomi sonrası yaşam amaçlarında değişiklik olmuştur ve bu kayıp yas sürecine neden olur (43).

2.3.4. Benlik Saygısının Bozulması Sonucu Görülen Özellikler:

- Kendini eleştirme,
- Yetersizlik veya ümitsizlik duyguları,
- Kendini kötüleyen duygu ve davranışlar,
- Öz-bakım yetersizliği,
- Bir işin devamını getirememe,
- Güvensizlik,
- Olumlu eleştirileri kabul edememe,
- Kendine zarar verme davranışları,
- Kendi hakkında mantıksız katı standartlar,
- Gerçek güç ve kabiliyetleri küçümsemedir (43).

2.3.5. Benlik Saygısı ve Stres

Stres, kişinin uyum kapasitelerine meydan okur. Olgunlaşmanın ve gelişimin normal sürecinin kendisi strestir. Fiziksel, ruhsal, seksüel, ailevi ve sosyokültürel sağlığta oluşan değişimler stres vericidir. Benlik kavramı stresi kimliği, beden imajını, benlik saygısını ve rol davranışları tehdit eden elde edilmiş değişimdir. Farklı bireyler aynı duruma farklı dereceli stresle karşılık verirler. Stresin algılanması ona karşılık vermeyi etkileyen önemli bir faktördür. Tüm insanlar genellikle kopya etme veya stresle başa çıkma anlamına gelen davranış şekillerini öğrenirler. Bununla birlikte bazı insanlar algılanmış tehditler tarafından hareketsiz hale getirilirler ve başkalarının yardımına ihtiyaç duyarlar. Uzayan stres ya da algılanmış stres uygulama yeteneğini bitirir. Sağlıktaki herhangi bir değişim benlik kavramını etkileyen bir stres etkeni olabilir. Bedendeki fiziksel değişim kimliğin ve benlik saygısının da etkilenebileceği değiştirilmiş beden imajına yol açar. Kronik hastalıklar sık sık bireyin kimliğini ve benlik saygısını değiştirir (44).

2.3.6. Kronik Hastalıklarda Bozulan Benlik Saygısında Hemşirelik Yaklaşımları

Schultz ve Vıdebeck'e göre benlik saygısında bozulmaya yönelik hemşirelik yaklaşımları aşağıdakilerden oluşmaktadır;

- Hastaya kendi değerini artırmaya yönelik kişisel yargısı için yardımcı olunması,
- Kendi değer yargılarına yönelik hastanın ifadelerinin izlenmesi,
- Hastanın kendine olan güveninin belirlenmesi,
- Hastanın kendi gücü ile ilgili farkındalığın arttırılması,
- İletişimde diğerleri ile göz temasının cesaretlendirilmesi,
- Hastanın kişisel gücünün geliştirilmesi,
- Hastanın otonomisini artıracak deneyimlerin sağlanması,
- Hastanın diğerleri ile iletişimde olumlu yönleri görmesine yardımcı olunması,
- Olumsuz düşüncelerden sakınmasının sağlanması,
- Hastaya karşı alaycı davranışlardan sakınılması,
- Hastanın kendi yeteneklerinden emin olmasının sağlanması,
- Diğerleri üzerinde güven telkin etmede hastaya yardımcı olunması,
- Hastanın negatif algılarını tekrar incelemesinde hastaya yardımcı olunması (45).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma Nevşehir İ.Şevki Atasagun Devlet Hastanesi dahiliye polikliniklerine başvuran Tip II Diabetes Mellituslu bireylerin öz etkililik ve benlik saygısı düzeylerini ve bunları etkileyen bazı faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Nevşehir İ. Şevki Atasagun Devlet Hastanesi 480 yataklı olup toplam 146 hemşire çalışmaktadır. Hastanede 2000 evler bloğu ve 350 evler bloğu olmak üzere toplam 4 Dahiliye polikliniği bulunmaktadır.

Nevşehir İ.Şevki Atasagun Devlet Hastanesi dahiliye polikliniklerinin her birinde bir doktor, bir tıbbi sekreter bulunmaktadır. Poliklinikte 8-17 saatleri arasında çalışılmakta ve dahiliye polikliniğine gelen hastalar herhangi bir hemşirelik hizmeti almamaktadır.

Dahiliye polikliniklerine günlük yaklaşık 180-185 arasında hasta başvurmakta olup, bunun büyük bir kısmını Diyabetes Mellitus (DM) tanısı almış bireyler oluşturmaktadır. Bu hastalar genellikle polikliniğe ya yeni tanı konulması için ya da herhangi bir sorunu olduğu için başvurmaktadır. Hastanede iki eğitim hemşiresi bulunmasına karşın DM'lu

bireyler için özel bir eğitim programı bulunmamaktadır. Nevşehir İl merkezinde 3 tane özel hastane bulunmaktadır. DM'lu bireyler tedavilerinde bu hastaneleri de tercih etmektedirler. Özel hastaneler net kayıt vermemelerinden dolayı araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.3.ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Nevşehir İ.Şevki Atasagun Devlet Hastanesi dahiliye polikliniğine bir yıllık sürede muayene olan Tip II DM'lu tüm hastalar oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Bir yıl içindeki toplam vaka sayısının tam olarak bilinmemesi nedeniyle örneklem sayısı, Örnek hacmi Yeşilbalkan'ın (46) çalışmasında kullanılan Tip II Diabetli Hastalar için Diabet Yönetiminde Öz Yeterlilik Skalasının ortalama ve standart sapma ($63,90 \pm 14,71$), $\alpha=0,005$ ve güç % 80 yöntemi kullanılarak (48) 200 Tip II DM' li birey örneklem kapsamına alınmıştır.

3.4.ÖRNEKLEM SEÇİM KRİTERLERİ

Araştırmaya;

- Diabet kontrolünü insülin kullanarak sürdüren,
- Tip II Diabetes Mellitus tanısını alması üzerinden en az 6 ay geçmeyen,
- Tip II Diabetes Mellitus hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olan,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen bireyler örneklem seçim kriterlerine alınmamıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Tezin sınırlı bir zamanı kapsamı.

3.6.VERİLERİN TOPLANMASI

3.6.1.Verİ Toplama Aracının Hazırlanması

Araştırmanın verileri; konu ile ilgili literatür (46,47) taranarak hazırlanmış anket formu (Ek-1), Tip II Diyabetli Hastalar için Diabet Yönetiminde Öz Yeterlilik Skalası (Ek-2), Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (Yetişkin Formu) (Ek-3) kullanılarak toplanmıştır.

1.Anket Formu (Ek-1):Bu form; demografik özellikler, Tip II Diabetes Mellitus ve risk faktörleri ile tedaviye uyumu belirlemeye yönelik toplam 23 sorudan oluşmaktadır. Anket formunda bulunan metabolik kontrol göstergeleri aşağıdaki gibi elde edilmiştir;

Açlık Kan Şekeri (AKŞ): Çalışmanın uygulandığı kurumlarda rutin olarak takip edilen AKŞ değerleri anketin yapıldığı gün hastaların laboratuvar bulgularından elde edilmiştir. AKŞ mg/dl olarak değerlendirilmiş ve ADA kriterlerine göre ideal kontrol, iyi kontrol, kötü kontrol olarak gruplandırılmıştır (14).

HbA1c: Araştırmanın öneri aşamasında değerlendirilmeye alınması düşünülmüş ancak araştırmanın yapıldığı kurumda rutin olarak yapılmadığı için değerlendirmeye alınmamıştır.

Kan Basıncı (KB): Araştırma sınırlılıklarından dolayı kan basıncı yüksek olan bireyler araştırma kapsamına alınmadığı için değerlendirmeye alınmamıştır.

Kilo ve Boy: Hasta ifadeleri ve araştırmacı tarafından ölçülmüştür.

Beden Kitle İndeksi (BKI): Boy ve kilo değerleri Qutelet Indexi formülüne göre (kilo / boy²) beden kitle indeksleri hesaplanmıştır (49). Elde edilen veriler WHO kriterlerine göre zayıf, hafif kilolu, kilolu olarak gruplandırılmıştır (11,12).

2.Tip II Diyabetli Hastalar için Diyabet Yönetiminde Öz Yeterlilik Skalası (Ek-2):

Bu ölçek, diyabeti yönetmek amacıyla kendi bakım ve aktivitelerini yerine getirmek zorunda olan hastalar için Jaap Van Der Bijl, Ada Van Poelgeest – Eeltink, Lillie Shortridge-Bagget tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yeşilbalkan (46) tarafından 2001 yılında yapılan 42 maddelik orijinal ölçek iç geçerlilik değerlendirmesi sonucu 20 maddeye indirgenmiş ve araştırmacılar yaptıkları geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bu 20 maddeyi kullanmıştır. Ölçeği oluşturan maddeler şu aktiviteler üzerine temellendirilmiştir:

1.Diabet tedavisi için yapılması gereken aktiviteler (İlaç kullanımı, diyet, fizik egzersiz),

2.Kendini izleme, kendini kontrol (İdrar ve kan şekeri değerini bildirmek, vücut kilosu, ayak kontrolü, genel sağlık durumu),

3.Kendi aktivitelerini düzenlemek (hipoglisemi, hiperglisemi düzeltilmesi, tatile hazırlanmada beslenmede değişim, fazla vücut kilosu, hastalık ve stres durumunda kendini kontrol etme.) gibi faktörleri içeren toplam 20 maddeden oluşmaktadır.

Ölçek maddeleri 1'den 5'e kadar değişen, likert tipi puanlama ile puanlanmıştır(1= Hiç, 2= Nadiren, 3= Bazen, 4= Çoğu zaman, 5= Her zaman). Ölçekten alınacak en düşük puan 20 en yüksek puan 100'dür. Öz yeterlilik Ölçeğinin "özel beslenme ve kilo (madde 6, 13, 14, 15, 16)", fizik egzersiz (madde 8, 11, 12)", "kan şekeri(madde 1, 2, 3)", "genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü (madde 4, 5, 7, 9, 10, 17, 18, 19, 20)" olmak üzere dört alt ölçeği vardır. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.98 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da Cronbach's Alpha değeri 0.94 olarak belirlenmiştir.

3.Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (Yetişkin Formu) (Ek-3): S. Coopersmith tarafından 1959 yılında geliştirilen bu ölçeğin, Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Turan tarafından 1986 yılında 30 onkoloji hastası üzerinde yapılmış yine Turan tarafından 1987 yılında 200 üniversite öğrencisi üzerinde yapılması sonucu Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri'nin Türkçe' ye uyarlanmış şekliyle geçerli ve güvenilir bir envanter olduğu belirlenmiştir. Bu ölçek, kişinin hayata bakış açısı, aile ve sosyal ilişkisi, kendisi hakkındaki değerlendirmesi, kendini nasıl gördüğü ile ilgili 25 maddeden oluşmaktadır. Maddelerdeki ifadelerden uygun olanı 'Benim Gibi' ve 'Benim Gibi Değil' şeklinde ifadeler işaretlenmektedir. Bireyler ölçekteki bazı maddeler için 'Benim Gibi' işaretlediklerinde bazı maddeler için ise 'Benim Gibi Değil' i işaretlediklerinde puan almaktadırlar. Puanlamaya giren maddeler işaretlendiğinde 4 (dört), diğerlerine ise 0 (sıfır) puan verilmektedir (17). Buna göre ölçekteki 1, 4, 5, 8, 14, 19 ve 20. maddeler "Benim Gibi" olarak işaretlendiğinde; 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24 ve 25. maddeler "Benim Gibi Değil" olarak işaretlenirse 4 puan, bunlara uygun şekilde yanıtlanmazsa "0" puan verilmektedir (17). Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan ise 0'dır. Artan puan benlik saygısının arttığı lehinedir. Bireyin ölçekten almış olduğu puan 10-30 puan arasında "düşük", 30-70 puan arasında ise "orta", 70-100 puan arasında ise "yüksek" benlik saygısı grubunda yer aldığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.76 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da Cronbach's Alpha değeri 0.60 olarak belirlenmiştir.

3.6.2.Ön Uygulama

Hazırlanan veri toplama formunun işlerliğini saptamak amacıyla örneklemin dışında kalan ve Tip II Diabetes Mellitus'lu 10 bireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda anket formunda son değişiklikler yapılmıştır.

3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Veri toplama formları 01 Ekim 2009- 01 Aralık 2009 tarihleri arasında Nevşehir İ. Şevki Atasagun Devlet Hastanesi Dahiliye polikliniklerinde uygulanmıştır. Veri toplama formu, Tip II DM'lu Hastalar İçin Diabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Skalası, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (Yetişkin Formu), Tip II DM tanısı olan bireylerle yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulmuş, ayrıca anket formları bireylere araştırmacı tarafından dağıtılmış ve araştırmacının gözetiminde bireylerin kendileri tarafından belirlenen süre içerisinde yapılmıştır. Görüşmeler poliklinik dışında ve görüşmenin kesintiye uğramayacağı bir ortamda yapılmıştır. Görüşme süresi en az 20 dk en fazla 25 dk sürmüştür. Formlar arasında 5-10 dk ara verilmiştir.

3.6.4. Araştırmanın Etik Boyutu

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Ek-5) ve Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek-6) araştırmanın ön uygulaması ve uygulamasının yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan Tip II DM'lu bireylere araştırmanın amacı açıklanıp araştırmanın yapılması için yazılı ve sözlü onamları alınıp katılımcı onam formu imzalatılmıştır (Ek-4).

3.6.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 15.0 ve sigmastat paket programları kullanılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Veri Toplama Formu'nda yer alan sorular bağımsız, Tip II DM'lu Hastalar İçin Diabet Yönetimindeki Öz Yeterlilik Skalası ve Coopersmith Benlik Saygısı Envanterinden alınan ortalama puanlar bağımlı değişkenler olarak alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ortalama, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Grup puanlamaları % 75 percentile değerleri üzerinden değerlendirilmiş, grupların % 75 percentile değeri eşit olduğunda ise puanlar % 25 percentile değeri üzerinden değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak farkın önemliliği $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Nevşehir İ. Şevki Atasagun Devlet Hastanesi dahiliye polikliniklere başvuran Tip II Diabetes Mellitus'lu (DM) bireylerin öz etkililik ve benlik saygısı düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (N= 200)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	143	71.5
Erkek	57	28.5
Yaş Grupları		
50 yaş altı	28	14.0
50 – 59 yaş	73	36.5
60 yaş ve üzeri	99	49.5
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	76	38.0
Okur yazar	13	6.5
İlkokul mezunu	84	42.0
Ortaokul mezunu	14	7.0
Lise ve üniversite mezunu	13	6.5

Tablo 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (Devamı) (N= 200)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Medeni Durum		
Evli	165	82.5
Bekar	35	17.5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	57	28.5
Çalışmıyor	143	71.5
Sosyal Güvence Kuruluşu		
SSK	66	33.0
Emekli sandığı	50	25.0
Bağ-kur	60	30.0
Yeşil kart	24	12.0
Evde Kiminle Yaşadığı		
Yalnız	24	12.0
Eşi ile birlikte	81	40.5
Eşi ve çocukları	53	26.5
Diğer *	42	21.0
Aylık Gelir Durumu		
Gelir giderden az	161	80.5
Gelir gidere denk veya fazla	39	19.5
Toplam	200	100.0

* Gelin, torun ve oğluyla yaşamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin demografik özellikleri Tablo 4.1’ de yer almaktadır. Bireylerin % 71.5’i kadın ve yaş ortalamaları 59.15 ± 9.72 ’ dir. Çalışmaya katılanların % 84.0’ı ilkokul mezunu, % 82.5’i evli, %40.5’i eşiyle birlikte yaşamakta, % 71.5’i ev hanımı ve % 80.5’ i gelirleri gider durumlarından azdır.

Tablo 4.2. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özellikleri (N=200)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Sayı	%
Hastalık Süresi		
0 – 6 yıl	104	52.0
7 – 12 yıl	60	30.0
13 yıl ve üzeri	36	18.0
Ailede Başka DM’lu Birey Olup Olmadığı		
Var	110	55.0
Yok	90	45.0
Yakınlık Derecesi (n = 110)		
Birinci derece yakını	86	43.0
İkinci derece yakını	14	7.0
Hem birinci hem de ikinci derece yakını	10	5.0
DM’un Tedavi Şekli		
OAD +diyet	107	53.5
OAD +diyet+ fiziksel egzersiz	93	46.5
İlaç Kullanım Süresi		
1 – 3 yıl	70	35.0
4 – 6 yıl	43	21.5
7 - 10 yıl	53	26.5
10 yıl ve üzeri	34	17.0
Diyete Uyma Durumu		
Uyan	57	28.5
Uymayan	60	30.0
Bazen uyan	83	41.5
Diyete Uyma Durumu		
Uyan	57	28.5
Uymayan	60	30.0
Bazen uyan	83	41.5
Diyete Uyumda Etkileyen Faktörler		
Gelir durumunun yetersiz olması	39	19.5
Komşuluk ilişkileri	37	18.5
Aile içindeki destekte yetersizlik	45	22.5
Tatlı gıdaları sevme ve doymama	121	60.5
Sağlık Personelinden Eğitim Alma Durumu		
Alan	188	94.0
Almayan	12	6.0
Toplam	200	100.0

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.2’ de çalışmaya katılan bireylerin hastalığa ilişkin özellikleri yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan Tip II DM’lu bireylerin diabetes tanısı alma süreleri ortalamaları 7.90 ± 6.07 yıldır. Bireylerin % 52.0’ ı 0 – 6 yıldan bu yana Tip II DM tanısı ile izlenmektedir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin % 55.0’ ının ailesinde başka DM’lu bireyler olduğu ve bu bireylerin % 43.0’ının birinci derece yakını olduğu belirlenmiştir. Bireylerin hepsi tedavi şekli olarak oral anti diabetik ilaç ve diyet, yarıya yakını ise OAD, diyetle birlikte fiziksel egzersizi de yaptıklarını ifade etmişlerdir. İlaç kullanım sürelerinin ortalaması 7.09 ± 5.63 yıl olarak saptanmıştır. Bireylerin % 30.0’ı diyetle hiç uymadıklarını, % 41.5’i diyetine bazen uyduğunu ifade etmiştir. Diyetle uyumda uyumu etkileyen faktörler arasında % 60.5’nin tatlıyı çok sevdiği ve doymadıklarını, % 22.5’inin de aile içindeki destekte yetersizlik olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan bireylerin hepsinin DM’a ait bilgisi olduğu ve bu bilgiyi % 94.0’ı sağlık personelinin aldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.3. Tip II DM’lu Bireylerin Metabolik Kontrol Göstergelerine Göre Dağılımı

Metabolik Kontrol Göstergeleri	Sayı	%
Açlık Kan Şekeri (AKŞ)		
İyi kontrol	94	47.0
Kötü kontrol	106	53.0
Beden Kitle İndeksi (BKI)		
Normal	68	34.0
Hafif şişman	120	60.0
Şişman	12	6.0
Toplam	200	100.0

Araştırma kapsamına alınan bireylerin açlık kan şekeri değerleri ADA kriterlerine göre iyi kontrol, sınırda kontrol ve kötü kontrol olarak sınıflandırılmıştır. AKŞ ortalamaları $147,25 \pm 38.50$ mg / dl’dir. Açlık kan şekeri gruplanarak incelendiğinde bireylerin % 53.0’ı kötü kontrol, % 47.0’ı iyi kontrol grubunda yer almıştır. Bireylerin BKI ortalamaları 26.02 ± 5.31 kg/m²’ dir. BKI değerleri WHO kriterlerine göre gruplandırıldığında % 34.0’ı normal, % 60.0’ı hafif şişman, % 6.0’ı şişman grubunda yer almıştır

Tablo 4.4. Bireylerin OAD Dışı Kullandığı İlaçların Dağılımı

OAD Dışı Kullandığı İlaçlar	Sayı	%
Antibiyotik		
Kullanan	9	4.5
Kullanmayan	191	95.5
Analjezik		
Kullanan	10	5.0
Kullanmayan	190	95.0
Toplam	200	100.0

Tablo 4.4'te Bireylerin OAD dışı ilaç kullanımlarının dağılımı görülmektedir. Çalışma kapsamına alınan bireylerin OAD dışı ilaç kullanımlarının dışında % 4.5'i antibiyotik kullandıklarını, % 5.0'ı ise analjezik kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.5. Bireylerin Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	$\bar{X} \pm S.S$	Ort(%25 p – %75 p)
Özel Beslenme ve Kilo	17.20 ±4.62	16.0 (15.0-20.0)
Fiziksel Egzersiz	6.04±2.59	5.0 (5.0-7.0)
Kan Şekeri	12.38±3.02	12.0 (9.0-15.0)
Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü	33.86±5.55	34.0 (30.0-38.0)
Benlik Saygısı	70.82±10.88	72.0 (64.0-80.0)

Çalışma kapsamındaki bireylerin öz yeterlilik ölçeği dört alt grubu ve benlik saygısı ölçeği dört alt grubu ve benlik saygısı ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.5'te yer almaktadır. Bireylerin özel beslenme ve kilo, kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü, benlik saygısı düzeylerinin yüksek olduğu, ancak fiziksel egzersiz düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Bireylerin Cinsiyete Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Cinsiyet	N	Özel beslenme ve kilo <i>Ort</i> (%25 <i>p</i> – %75 <i>p</i>)	Fiziksel Egzersiz <i>Ort</i> (%25 <i>p</i> – %75 <i>p</i>)	Kan Şekeri <i>Ort</i> (%25 <i>p</i> – %75 <i>p</i>)	Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü <i>Ort</i> (%25 <i>p</i> – %75 <i>p</i>)	Benlik Saygısı <i>Ort</i> (%25 <i>p</i> – %75 <i>p</i>)
Kadın	143	16.0 (15.0 – 20.0)	5.0 (5.0 – 7.0)	12.0 (9.0 – 15.0)	34.0 (30.0 – 38.0)	68.0 (60.0 – 76.0)
Erkek	57	16.5 (15.0 – 20.0)	5.0 (4.0 – 8.0)	14.5 (11.0 – 15.0)	32.5 (30.0 – 38.0)	76.0 (68.0 – 84.0)
Test istatistiği μ		-0.015	-0.146	- 0.647	-0.711	-4.020
p		0.988	0.884	0.518	0.477	0.001*

μ Mann Whitney U testi

Tablo 4.6 ‘da bireylerin cinsiyete göre öz etkililik alt grupları ve benlik saygısı puanları yer almaktadır. Cinsiyet ile öz etkililik dört alt grubu ile aralarında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Erkeklerin benlik saygısı puanları kadınlardan yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$).

Tablo 4.7. Bireylerin Yaş Göre Öz Etklilik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Yaş	N	Özel beslenme ve kilo <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Fiziksel Egzersiz <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Kan Şekeri <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Benlik Saygısı <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>
50 yaş altı	28	21.0 (18.0 – 24.0) ^a	6.0 (3.0- 9.0)	15.0 (12.0-15.0)	37.5 (35.0-40.0) ^a	70.0 (64.0- 83.0)
50-59 yaş	73	15.0 (15.0 – 20.0) ^b	5.0 (4.0- 7.0)	12.0 (9.0-15.0)	32.0 (30.0-38.0) ^b	72.0 (64.0- 80.0)
60 ve üzeri	99	15.0 (15.0- 20.0) ^c	5.0 (5.0 -6.0)	12.0 (9.0-15.0)	32.0 (30.0-38.0) ^c	70.0 (64.0-76.0)
Test İstatistiği ¥		9.342	0.560	2.234	9.164	2.859
p		0.009*	0.756	0.327	0.002*	0.239

¥ Kruskal Wallis Varyans Analizi

Alfabetik üst simgeler : Çoklu karşılaştırma testlerine göre aynı harfler grupların benzerliğini, farklı harfler ise gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılığı temsil eder.

Tablo 4.7’de çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre öz etkililik ölçeği alt grupları ve benlik saygısı puanları görülmektedir. Yaş grupları ile öz etkililik ölçeği dört alt grubu ile gruplar arasında özel beslenme ve kilo, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt grubunda istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Yapılan ileri post – hoc testleri ile tüm grupların farklılığı oluşturduğu saptanmıştır. 50 yaş altı grubun özel beslenme ve kilo, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt grup puanları diğer gruplardan yüksek olduğu tespit edilmiştir Bireylerin yaş grupları ile benlik saygısı arasındaki ilişki incelendiğinde; benlik saygısı puanları ile gruplar arasında istatistiksel olarak farkın önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Eğitim Durumu	N	Özel beslenme ve kilo <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Fiziksel Egzersiz <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Kan Şeker <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Benlik Saygısı <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>
Okur yazar değil	76	16.0 (15.0-20.0)	6.0 (5.0-7.0)	15.0 (10.0-15.0)	33.0 (3.01-38.0)	68.0 (60.0 – 76.0)
Okur yazar	13	20.0 (13.0-24.0)	6 .0 (5.0-9.0)	15.0 (12.0-15.0)	38.0 (28.0-39.0)	72.0 (68.0 – 76.0)
İlkokul mezunu	84	16.0 (15.0-20.0)	5.0 (4.0-7.0)	12.0 (9.0-15.0)	34.0 (30.0-38.0)	72.0 (64.0 – 80.0)
Ortaokul mezunu	14	20.0 (15.0-23.0)	5.5 (4.0-11.0)	12.0 (11.0-15.0)	36.0 (30.0-39.0)	74.0 (68.0– 84.0)
Lise ve üniversite	13	15.0 (13.0-20.0)	5.0 (4.0-6.0)	12.0 (10.0-15.0)	31.0 (30.0-37.0)	76.0 (68.0 – 85.0)
Test istatistiği ¥		4.668	3.704	3.023	1.847	9,775
p		0.323	0.448	0.554	0.767	0.061

¥ Kruskal Wallis Varyans Analizi

Çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre öz etkililik ve benlik saygısı puanları ile gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Bireylerin Sosyal Güvencelerine Göre Öz Etkililik Ölçeği, Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Sosyal güvence	N	Özel beslenme ve kilo <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Fiziksel Egzersiz <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Kan Şekeri <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Benlik saygısı <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>
SSK	66	16.0 (14.0-20.0)	6.0 (5.0-7.0)	13.5 (9.0-15.0)	32.0 (29.0-38.0)	72.0 (64.0-77.0)
Emekli sandığı	50	15.5 (15.0-20.0)	5.0 (4.0-6.0)	12.0 (10.0-15.0)	33.0 (31.0-37.0)	72.0 (64.0-80.0)
Bağ-kur	60	20.0 (15.0-20.0)	6.0 (5.0-9.0)	15.0 (12.0-15.0)	36.0 (31.0-39.0)	72.0 (64.0-80.0)
Yeşil kart	24	15.0 (15.0-20.0)	5.0 (4.0-7.0)	12.0 (9.0-15.0)	32.5 (30.0-38.0)	64.0 (60.0-75.0)
Test istatistiği ¥		4.989	9.257	5.840	4.277	6.788
p		0.079	0.656	0.120	0.233	0.079

¥ Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tip II DM'lu bireylerin sosyal güvencelerine göre öz etkililik ölçeği alt grupları ve benlik saygısı ölçeği puanlarının dağılımı Tablo 4.9'da belirtilmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin sosyal güvencelerine göre öz etkililik ölçeği dört alt grubu ve benlik saygısı puanlarına ilişkin, gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Bireylerin Gelir Durumlarına Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puan Dağılımları

Gelir Durumu	N	Özel Beslenme ve Kilo <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Fiziksel Egzersiz <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Kan Şekeri <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Benlik Saygısı <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>
Gelir gidere denk veya fazla	161	18.0 (15.0-20.0)	6.0 (4.0-7.0)	12.0 (9.0-15.0)	31.0 (29.0-37.0)	76.0 (68.0 – 84.0)
Gelir giderden az	39	16.0 (15.0-20.0)	5.0 (5.0-7.0)	12.0 (10.0-15.0)	34.0 (31.0-38.0)	72.0 (64.0 – 76.0)
Test istatistiği μ		-0.715	-0.329	-0.665	-0.988	-1.663
p		0.475	0.742	0.649	0.323	0.096

 μ Mann Whitney U testi

Çalışma kapsamına alınan bireylerin gelir durumlarına göre öz etkililik ölçeği dört alt grupları ve benlik saygısı puan dağılımları Tablo 4.10'da verilmiştir. Bireylerin gelir durumlarına göre öz etkililik ölçeği dört alt grubu ve benlik saygısı puanlarına ilişkin, gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Bireylerin Eğitim Aldıkları Kişilere Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Sağlık Eğitim Alma Durumu	Özel Beslenme ve Kilo <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Fiziksel Egzersiz <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Kan Şekeri <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Benlik Saygısı <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>
Alan	16.0 (15.0-20.0)	5.0 (4.0-7.0)	12.0 (9.0-15.0)	33.0 (30.0-38.0)	72.0 (64.0-80.0)
Almayan	18.0 (12.0-20.0)	6.0 (5.0-6.0)	14.0 (12.0-15.0)	36.0 (31.0-38.0)	72.0 (65.0-75.0)
Test İstatistiği μ	-0.715	-0.259	-0.539	-0.439	-0.308
p	0.758	0.796	0.590	0.661	0.758

μ Mann Whitney U testi

Bireylerin sağlık personelinden eğitim alan durumlarına göre öz etkililik  l eği dört alt grubu ve benlik saygısı puanları ile, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Medeni Durum	N	Özel beslenme ve kilo <i>Ort</i> (%25 <i>p</i> – %75 <i>p</i>)	Fiziksel Egzersiz <i>Ort</i> (%25 <i>p</i> – %75 <i>p</i>)	Kan Şekeri <i>Ort</i> (%25 <i>p</i> – %75 <i>p</i>)	Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü <i>Ort</i> (%25 <i>p</i> – %75 <i>p</i>)	Benlik Saygısı <i>Ort</i> (%25 <i>p</i> – %75 <i>p</i>)
Evli	165	16.0 (15.0-20.0)	5.0 (4.0-7.0)	14.0 (11.0-15.0)	34.0 (30.0-38.0)	72.0 (64.0– 80.0)
Bekar	35	16.0 (15.0-20.0)	6.0 (5.0-7.0)	12.0 (9.0-15.0)	35.0 (29.0-38.0)	68.0 (60.0 – 72.0)
Test istatistiği μ		-0.278	-2.089	-1.822	-0.289	-1.850
p		0.781	0.037*	0.068	0.773	0.064

μ Mann Whitney U testi

Araştırma kapsamına alınan bireylerin 6z etkililik d6rt alt grup ve benlik saygısı puanları medeni duruma g6re incelendiğinde; evli olmayan grubun fiziksel egzersiz puanlarının daha y6ksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Bireylerin Evde Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler	N	Özel Beslenme ve Kilo <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Fiziksel Egzersiz <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Kan Şekeri <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Benlik Saygısı <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>
Yalnız	24	15.0 (15.0-20.0)	6.0 (5.0-7.0)	10.5 (9.0-15.0) ^a	31.0 (29.0-38.0)	72.0 (61.0-72.0)
Eşi ile birlikte	81	15.0 (15.0-20.0)	5.0 (4.0-6.0)	12.0 (11.0-15.0)	32.0 (30.0-38.0)	72.0 (64.0-80.0)
Eşi ve çocukları	53	20.0 (15.0-23.0)	5.0 (4.0-8.0)	15.0 (12.0-15.0) ^{ab}	36.0 (31.0-40.0)	72.0 (60.0-84.0)
Diğer**	42	15.0 (15.0-20.0)	6.0 (5.0-7.0)	15.0 (11.0-15.0) ^{ac}	31.5 (29.0-38.0)	68.0 (64.0-76.0)
Test istatistiği ¥		10.318	2.161	8.308	6.880	4.714
p		0.081	0.540	0.040*	0.076	0.194

¥ Kruskal Wallis Varyans Analizi

** Oğlu, gelini ve torunlarıyla yaşamaktadır.

Alfabetik üst simgeler : Çoklu karşılaştırma testlerine göre aynı harfler grupların benzerliğini, farklı harfler ise gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılığı temsil eder.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin evde birlikte yaşadığı kişilere göre incelendiğinde; bireylerin evde yaşadığı kişilere göre öz etkililik ölçeği alt grupları puanları ile gruplar arasında sadece kan şekeri alt boyutunda istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Eşi ve çocuklarıyla yaşayan grubun kan şekeri puanlarının diğer gruplardan yüksek olduğu ve yapılan ileri post-hoc testleri ile yalnız yaşayanlar, eş ve çocuklarıyla yaşayanlar, oğlu gelini ve torunlarıyla yaşayan gruplar anlamlılığı oluşturan grup olarak belirlenmiştir. Çalışma kapsamına alınan bireylerin benlik saygısı puanları ile gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı saptanmıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Bireylerin Ailesinde DM'li Birey Olup Olmama Durumlarına Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımları

Ailesinde DM'li Birey Olup Olmama Durumu	N	Özel Beslenme ve Kilo <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Fiziksel Egzersiz <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Kan Şekeri <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Benlik Saygısı <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>
Olan	110	18.0 (15.0-20.0)	6.0 (5.0-7.0)	15.0 (12.0-15.0)	34.0 (31.0-38.0)	72.0 (61.0 – 76.0)
Olmayan	90	16.0 (15.0-20.0)	5.0 (4.0-6.0)	12.0 (9.0-15.0)	33.5 (29.0-38.0)	72.0 (64.0– 80.0)
Test istatistiği μ		-1.357	-1.106	-1.835	-1.022	-1.095
p		0.175	0.269	0.066	0.307	0.273

 μ Mann Whitney U testi

Tablo 4.14'te bireylerin ailesinde DM'lu birey olup olmama durumlarına göre öz etkililik ölçeği alt grupları ve benlik saygısı puanlarının dağılımı görülmektedir. Çalışma kapsamına alınan bireylerin ailesinde DM'lu birey olup olmama durumlarına göre öz etkililik ölçeği dört alt grubu ve benlik saygısı puanlarına ilişkin, gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.15. Ailesinde Diabetli Bireyin Yakınlıklarına Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Ailesinde DM'li Bireyin Yakınlığı	N	Özel Beslenme ve Kilo <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Fiziksel Egzersiz <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Kan Şekeri <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	Benlik Saygısı <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>
Birinci derece yakını	86	17.5 (15.0-20.0)	5.5 (5.0-7.0)	15.0 (12.0-15.0)	34.0 (31.0-38.0)	68.0 (64.0 – 76.0)
İkinci derece yakını	14	16.5 (13.0-22.0)	6.5 (5.0-9.0)	15.0 (9.0-15.0)	32.0 (29.0-40.0)	72.0 (60.0 – 76.0)
Birinci ve ikinci derece yakını	10	18.5 (15.0-20.0)	5.0 (4.0-7.0)	15.0 (11.0-15.0)	35.0 (31.0-38.0)	76.0 (71.0 – 84.0)
Test istatistiği χ^2		0.112	2.075	0.116	0.244	4.658
p		0.946	0.354	0.944	0.885	0.097

χ^2 Kruskal Wallis Varyans Analizi

Araştırma kapsamına alınan bireylerin ailesinde DM tanısı olan bireylerin yakınlık derecelerine göre öz etkililik ölçeği alt grupları ve benlik saygısı puan dağılımı Tablo 4.15’de yer verilmiştir. Çalışma kapsamına alınan bireylerin ailedeki DM’lu bireyin yakınlık derecesi ile öz etkililik ölçeği dört alt grubu ve benlik saygısı puanlarına ilişkin, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Bireylerin BKİ durumlarına Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımları

BKİ	Normal	Hafif şişman	Kilolu	Test istatistiği χ^2	p
Özel Beslenme ve Kilo <i>Ort (%25 p – %75 p)</i>	19.0 (12.0-23.0)	18.0 (15.0-20.0)	15.0 (15.0-20.0)	0.722	0.697
Fiziksel Egzersiz <i>Ort (%25 p – %75 p)</i>	6.0 (5.0-9.0)	5.0 (5.0-6.0)	5.0 (4.0-7.0)	1.342	0.511
Kan Şekeri <i>Ort (%25 p – %75 p)</i>	15.0 (12.0-20.0)	12.0 (11.0-15.0)	12.0 (9.0-15.0)	1.768	0.413
Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü <i>Ort (%25 p – %75 p)</i>	38.0 (30.0-39.0)	34.0 (29.0-38.0)	32.0 (31.0-38.0)	0.851	0.654
Benlik Saygısı <i>Ort (%25 p – %75 p)</i>	72.0 (64.0-80.0)	72.0 (64.0-80.0)	68.0 (60.0-76.0)	0.707	0.702

χ^2 Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 4.16’da bireylerin BKİ durumlarına göre öz etkililik ölçeği alt grupları ve benlik saygısı puanlarının dağılımları verilmiştir. Bireylerin BKİ durumlarına göre öz etkililik ölçeği dört alt grubu ve benlik saygısı puanlarına ilişkin, gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.17. Bireylerin Diyetle Uyumlarına Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Diyete Uyum	Uyan	Uymayan	Bazen uyan	Test istatistiği ¥	p
Özel Beslenme ve Kilo <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	19.0 (15.0-22.0)	15.0 (15.0-20.0)	18.0 (15.0-20.0)	4.741	0.093
Fiziksel egzersiz <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	6.0 (5.0-8.0)	5.0 (4.0-6.0)	5.0 (4.0-7.0)	4.841	0.089
Kan Şekeri <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	15.0 (11.0-16.0)	12.0 (9.0-15.0)	12.0 (9.0-15.0)	1.376	0.503
Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	36.0 (31.0-38.0)	31.0 (30.0-37.0)	34.0 (30.0-38.0)	2.995	0.224
Benlik Saygısı <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	68.0 (64.0 – 76.0)	72.0 (64.0 – 82.0)	72.0 (64.0 – 79.0)	2.534	0.269

¥ Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tip II DM'lu bireylerin diyetle uyumlarına göre öz etkililik ölçeği alt grupları ve benlik saygısı puanlarına ilişkin, gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. Bireylerin Açlık Kan Şekeri Düzeylerine Göre Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Açlık Kan Şekeri	İyi kontrol	Kötü kontrol	Test istatistiği μ	p
Özel Beslenme ve Kilo <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	18.0 (15.0-20.0)	16 (15.0-20.0)	-0.644	0.520
Fiziksel Egzersiz <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	5.0 (5.0-7.0)	5.0 (4.0-6.0)	-0.097	0.923
Kan Şekeri <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	16.0 (15.0-20.0)	12.0 (10.0-15.0)	-0.644	0.520
Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	34.0 (29.0-39.0)	33.0 (30.0-38.0)	-0.123	0.902
Benlik Saygısı <i>Ort(%25 p – %75 p)</i>	72.0 (64.0 – 80.0)	72.0 (60.0– 76.0)	-0.419	0.675

μ Mann Whitney U testi

Çalışma kapsamına alınan bireylerin açlık kan şekeri düzeylerine göre öz etkililik ölçeği alt grupları ve benlik saygısı puanları Tablo 4.18’ de yer almaktadır. Örneklem kapsamına alınan bireylerin açlık kan şekerlerine göre öz etkililik dört alt grubu ve benlik saygısı puanlarına ilişkin, gruplar arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.19. Bireylerin Öz Etkililik Ölçeği Alt Grupları ve Benlik Saygısı Puanları Arasındaki Korelasyon

	Özel Beslenme ve Kilo	Fiziksel Egzersiz	Kan Şekeri	Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü	Benlik Saygısı
Özel Beslenme ve Kilo		0,403**	0,511**	0,838**	-0,014
Fiziksel Egzersiz	0,403**		0,240**	0,446**	-0,057
Kan Şekeri	0,511**	0,240**		0,567**	0,020
Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü	0,838**	0,446**	0,567**		-0,001
Benlik Saygısı	-0,014	-0,057	0,020	-0,001	

** p<0.01

Pearson korelasyon testi uygulanmıştır.

Tablo 4.19’da çalışmaya katılan Tip II DM’lu bireylerin öz etkililik ölçeği dört alt grupları ve benlik saygısı puanları arasındaki korelasyon görülmektedir. Özel beslenme ve kilo, fiziksel egzersiz, kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolleri ile aralarında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.01$), benlik saygısı ile aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.01$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Diabetes mellitus (DM) gibi kompleks tedavi ve bakım gerektiren sağlık sorununa sahip bireylerin, yaşam biçimi değişiklikleri yapmak üzere adımlar atması ve hastalık süreci ile baş edebilmek için yeni beceriler öğrenmesinde öz etkililik inançları ve sonuçtan beklentileri önemli rol oynar. Gerekli davranış değişiklikleri yapılarak istenen hedeflere ulaşabilmenin anahtarı olarak da “öz etkililik” kavramı gösterilmektedir(50). Bu çalışmada öz etkililik ölçeği dört alt grubundan bireylerin özel beslenme ve kilo, kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrollerinin düzeylerinin yüksek olduğu, ancak fiziksel egzersiz düzeylerinin zayıf olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Öz etkililik kavramı dinamik ve değişkendir; cinsiyet, yaş, gelişimsel durum, sosyokültürel özellikler, sağlık durumu, var olan sağlık bilgisi, aile, çevresel koşullar gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (51). Öz etkililiği etkileyen faktörlerden cinsiyet incelendiğinde; çalışma kapsamına alınan bireylerin cinsiyet ile öz etkililik ölçeği arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunamamasına ($p>0.05$) rağmen erkeklerin yüksek puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.6). Usta'nın çalışmasında da cinsiyet ile öz etkililik arasında benzer bulgular elde edilmiştir (46). Kadınların tamamının ev hanımı olmasından dolayı ekonomik özgürlüğüne olmaması ve buna bağlı olarak özgüvenlerinin olumsuz yönde etkilenmesi, her gün aynı işle uğraşmaları ayrıca DM'un

tedavi ve bakımında yetersiz olmaları sonucu öz etkililiklerinin düşük olduğu düşünülebilir. Bir diğer faktör olan yaş ile öz etkililik arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu ($p<0.05$) ve tüm grupların bu farklılığı yarattığı ($p<0.05$) tespit edilmiştir. Ayrıca öz etkililik düzeyi 50 yaş altı grupta yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7) (46). Shifren ve arkadaşlarının romatoid artrit hastalığı olan yaşlı bireylerin mental sağlık ve bilişsel süreç arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; bilişsel süreçleri zayıflayan yaşlı hastaların düşük öz yeterliliğe sahip oldukları belirlenmiştir (52). Başka çalışmalarda da genç diabetiklerin öz etkililiklerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (53,54). Özgül'ün çalışmasında da yaş arttıkça diabetin öz bakımına yönelik öz etkililik düzeylerinin düştüğü saptanmıştır (55). Bu sonuç ilerleyen yaşla birlikte DM'lu bireyin bakım yükünü artması ve tedavisini sürdürme konusundaki motivasyonunu azaltarak, DM'a uyumunu olumsuz yönde etkilediği ve öz etkililik düzeylerinin düştüğünün bir göstergesi olduğu söylenebilir.

DM ile ilgili yapılan çalışmalarda sosyo-ekonomik durum ve onun bileşenleri olan eğitim, gelir ve mesleki durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında ve sürdürülmesinde olumlu etki yaptığı bulunmuştur (56,57). Eğitim düzeyi DM'un bakım ve tedavisini etkileyen önemli bir değişkendir. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin, hastalığa uyumlarının da kötü olduğu bilinmektedir (58). Çalışma kapsamına alınan bireylerin eğitim durumuna bakıldığında öz etkililik ölçeği ile gruplar arasında istatistiksel anlamda bir fark olmamasına ($p>0.05$) rağmen ortaokul ve okur yazar olan grubun okur yazar olmayan gruptan öz etkililik düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). Bu sonuç eğitimin hastalığın yönetiminde olumlu etki yaptığını destekler niteliktedir.

Kronik bir hastalık olan DM ve komplikasyonlarının tedavisi bireye ve ailesine maddi olarak sıkıntılar yaşatmaktadır (59). Örneklem kapsamına alınan bireylerin gelir durumları ile öz etkililik ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.10). Başka çalışmalarda da gelir durumu ile öz etkililik arasında benzer bulgular elde edilmiştir (46,60). Bu sonuç, örneklem kapsamındaki bireylerin gelir durumları ne olursa olsun tedavi ve bakımlarını aksatmadan devam ettirebildiklerinin bir göstergesi olduğu düşünülebilir. Ayrıca çalışma kapsamına alınan bireylerin sosyal güvenceleri ile öz etkililik arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmamasına ($p>0.05$) rağmen SSK ve yeşil kart sahibi bireylerin genel beslenme ve

tıbbi tedavi kontrolü, kan şekeri alt grubu puanlarının diğer gruplardan düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). Usta'nın çalışmasında da sosyal güvence ile öz etkililik arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (46). Devlet hastanelerinde hasta sayısının fazla olması nedeniyle hastalara, tedavi ve bakımlarında yeterince zaman ayırlamaması, iş yükünün fazla olması ve yeterli eğitim yapılamamasına bağlı olarak hastalar tedavileri için başka kurumlara başvurabilmektedirler. Buna bağlı olarak hastaların düzenli takipleri yapılamadığı düşünülmektedir.

Bireylerin ve toplumun sağlığını korumanın, geliştirmenin ve sağlık düzeylerini yükseltmenin önemi ekonomik değerlerden kaynaklandığı kadar o birey ve toplumun bu konuda eğitilmesinden de kaynaklanmaktadır. Kronik hastalığa sahip olan kişilerin hastalıklarına ilişkin baş etme yeteneklerini ve güven geliştirme yollarını sağlamalarının en önemli yollarından biri eğitim vermek, bilgilendirme ve destek sağlamaktır (44,61). DM'a yönelik yapılan birçok çalışmada bireysel yönetimde eğitimin önemi belirtilmiştir (52,62-66). Bu çalışmada da çalışmaya katılanların hepsi Tip II DM' ye yönelik daha önce eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık personelinin eğitim alma durumları ile öz etkililik ölçeği dört alt grubu arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmamasına ($p>0.05$) rağmen bu eğitimleri sağlık personelinin almayan bireylerin öz etkililik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11). Sağlık personelinin eğitim alan bireylerin öz etkililik düzeylerinin düşük olması nedenleri arasında araştırmanın yapıldığı kurumda hasta sayısının fazla olması, eğitim verilecek yeterli sayıda yerin olmamasından dolayı poliklinik gibi kalabalık ortamlarda eğitim yapılması, yeterli sayıda diabet hemşiresinin olmaması, hasta yoğunluğu nedeniyle eğitime yeterince zaman ayrılmamasından kaynaklandığı düşünülebilir (46).

Eğitimin etkili olmasını sağlamak için, hastaya uygun eğitim modeli seçilmeli, bilgiyi davranışa dönüştürme hedeflenmeli, periyodik olarak eğitim tekrarlanmalı, eğitim sonrası değerlendirme yapılarak eksik olan bölümlerin yeniden gözden geçirilmesi gerektiği çeşitli kaynaklarda da belirtilmektedir (46,67,68).

Sağlığın geliştirilmesi insanların kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırabilmesi ve yükseltebilmesinde öz etkililiği etkileyen faktörlerden biri de ailedir. Öz etkililik algısı dinamiktir ve dört temel kaynaktan etkilenir. Bu temel kaynaktan biri de model almadır; yani bireyin kendine benzer başka kişilerin başarılı veya başarısız etkinlikleri, kendinin de aynı etkinlikleri başarabileceğine veya başaramayacağına ilişkin yargısını güçlendirir

(28,29). Bu çalışmada medeni durum ile öz etkililik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına ($p>0.05$) rağmen evli olan bireylerin kan şekeri alt grup puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12). Bununla birlikte eş ve çocuklarıyla yaşayan bireylerin öz etkililik düzeylerinin yüksek olduğu ve kan şekeri alt grubu ile gruplar arasında istatistiksel olarak farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.13) Koçoğlu'nun çalışmasında çekirdek aileye sahip olanların öz etkililik düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (69). Ayrıca örneklem kapsamına alınan Tip II DM'lu bireylerin ailesinde DM tanısı olan bireylerin öz etkililik düzeylerinin ve birinci derece yakınlarında bu tanıya sahip olan kişilerin kan şekeri alt grup puanlarının yüksek olduğu ve öz etkililik ölçeği ile gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.14,4.15). Yapılan başka bir çalışmada ailelerinden, arkadaşlarından destek alan Tip II DM'lu bireylerin sık ve düzenli olarak yedikleri belirlenmiştir (70). KOAH'lı bireylerde aile desteği, öz etkililik algısı ve öz-bakım davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada da aile desteğinin öz etkililik düzeyini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (71). Bu sonuç DM'un bireysel yönetiminde ve kontrolünde hem aynı aile içinde yaşayan bireylerin hem de akraba ziyaretlerinin rolü olduğunu tedavi ve bakımlarında birbirlerini pozitif yönde etkileyebilecekleri ve rol modeli olabilecekleri söylenebilir. Çekirdek ailede yaşayan bireylerin öz güvenlerinin arttığı davranışa başlama, sürdürme, tamamlama ve engellerle mücadelede daha olumlu özelliklere sahip olduğu düşünülebilir.

DM'un tedavi hedefleri ve başarılı bir diabetes yönetimi beslenme, düzenli egzersiz programı, hastanın kendini izlemesi (kan şekeri, ketonların kontrolü), ilaç tedavisi (OAD, insülin) ve eğitim gibi temel öğelerin dikkatli koordinasyonu ve sentezi ile olasıdır (21). Bu temel faktörlerden beslenme ele alındığında; beslenme tedavisi başarılı bir diabetes yönetiminin en önemli parçasıdır. Özellikle de fazla kilolu ya da obez Tip II DM'lu bireylerin beslenme alışkanlıklarını değiştirerek daha sağlıklı ve dengeli beslenme yönünde adımlar atması, ancak diabetes bakımına önem vermesi ve bu konuda başarılı olacağına inanması ile mümkündür (72). Araştırma kapsamına alınan bireylerin diyetle uyum, BKİ ile öz etkililikleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmamasına rağmen ($p>0.05$) normal kiloda olanların ve diyetlerine uyan bireylerin öz etkililik düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16, 4.17). Başka çalışmalarda da diyetle uyum ile öz etkililik düzeyleri arasında olumlu bir ilişki olduğu vurgulanmıştır (46,55,60). Bu sonuç DM'un bireysel yönetiminde dengeli ve düzenli beslenmenin ve

kilo kontrolünün önemini desteklemektedir. DM'lu bireylerin tedavi ve bakımlarında istenilen hedeflere ulaşılabilmesinde ve hipogliseminin önlenmesinde en sık takip edilen parametrelerden biri de AKŞ ölçümleridir. Çalışma kapsamına alınan Tip II DM'lu bireylerin AKŞ kontrolünde çoğunun kötü grubunda yer aldığı (Tablo 4.3) ve AKŞ kontrolü ile öz etkililik ölçeği arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmamasına rağmen ($p>0.05$) kötü kontrol grubundaki bireylerin öz etkililik düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.18). Yapılan başka bir çalışmada da bireylerin glisemik kontrollerinin kötü olduğu bulunmuştur (73). Veg ve arkadaşlarının çalışmasında da başarılı bir diabetes yönetimi ile glisemik kontrol arasında güçlü bir ilişki olduğunu, DM'yi iyi ve etkili biçimde yönetenlerin metabolik kontrol düzeylerinin daha iyi olduğu saptanmıştır (74). Tip II DM'lu bireylerin öz bakım davranışları ile ilgili öz etkililik düzeylerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada öz etkililik düzeyi arttıkça kan şekeri izleme sıklığının ve beslenme planına uyumun arttığı belirlenmiştir (75). Başka çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir (76,77). Bu sonuç literatürde belirtilen sürekli hiperglisemisi olan DM'lu bireylerin bireysel yönetimlerini, öz etkililik düzeylerinin düşük olduğu ve hastalıklarını iyi kontrol edemediklerini destekler niteliktedir (78). Aynı zamanda çalışma kapsamındaki bireylere uygun eğitim ve yeterli motivasyonunun sağlanamadığı da düşünülebilir. Son yıllarda yapılmış olan iki önemli çalışma Diabetes Control and Complication Trial (DCCT) ve United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) ile kan şekeri seviyelerini mümkün olduğunca normal seviyelere yakın tutma girişiminin DM'un komplikasyonlarının gelişimini geciktirme ve önleme de çok yararlı olduğu ortaya konmuştur (79). Çalışma sonucundaki Tip II DM'lu bireylerin kötü kontrol kısmının yüksek olması (Tablo 4.3) hastaların tanı sürelerinin 0-12 yıl arasında olmasından dolayı komplikasyonların özellikle de mikrovasküler komplikasyon görülme bakımından yaşamlarının ileriki dönemlerinde yüksek risk grubunda yer alabileceklerini düşündürebilir. Tip II DM'lu bireylerde metabolik komplikasyonların oluşumunu en aza indirmek için istenilen en uygun tedavi şekli olarak OAD, fiziksel egzersiz ve diyet şekli olarak bilinmektedir (80). Bu çalışmada ise bireylerin çoğunluğunun bu tedavi şeklini kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Bu bireylerin tedavi planına uyumları, öz etkililik ve benlik saygılarının yüksek olması komplikasyonlara yakalanma riskini azaltacağı düşündürebilir.

Kişinin öz etkililiğini kullanmasında benlik saygısı önemli yer tutmaktadır. Kronik bir hastalık olan DM bireyi biyolojik, fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal yönden etkilemektedir. Hastalığın beraberinde getirdiği tedavi protokolleri hastalığa ilişkin kısıtlamalar (diyete uyum, oral anti diabetik ilaç kullanımı, egzersiz planı v.b.) bireyin kendini değersiz hissetmesine, sosyal aktivitelerden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Bu durum da kişinin benlik saygısını etkilemektedir (47). Bu çalışma sonucunda ise bireylerin benlik saygısı düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Benlik saygısını etkileyen faktörler incelendiğinde; yapılan çalışmalar sonucunda cinsiyetin benlik saygısını etkilemediği ortaya çıkmıştır (81,82). Bu çalışmada ise cinsiyet ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu ($p<0.05$) ve erkeklerin benlik saygısı düzeylerinin kadınlardan yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Yapılan başka çalışmalarda da erkeklerin benlik saygısı düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (47,83). Toplumda erkeğin kadına göre konumu, kadınların hastalıktan daha fazla etkilenmesi ve baş etme mekanizmalarının erkeklere göre daha düşük olmasından dolayı benlik saygılarının düşük olduğu söylenebilir. Çalışmada yaş grupları ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmamasına ($p>0.05$) rağmen 60 yaş ve üstü bireylerin benlik saygısı puanları diğer gruplardan düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). Başka çalışmalarda da benzer yaş arttıkça benlik saygısı düzeylerinin azaldığına yönelik benzer bulgular elde edilmiştir (47,83). Yaşlanmaya bağlı gelişen fizyolojik değişiklikler, tedaviye uyumda zorlanma ayrıca bu grubun öz etkililiklerinin diğer gruplardan düşük olması da benlik saygılarının azalmasında bir etken olduğu düşünülebilir.

Literatürde “benlik saygısının eğitim düzeyi, mesleki ve ekonomik durum gibi etkenlerle ilişkili olduğu” belirtilmektedir (85). Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumu ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmamasına ($p>0.05$) rağmen lise ve üniversite mezunlarının benlik saygısı düzeylerinin diğer gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). Gündoğan’ın sirozlu hastalarda yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeylerinin de yükseldiği elde edilmiştir (83). Eğitim düzeyinin artmasına bağlı olarak bireylerde hastalığın yönetimi ve hastalık hakkındaki farkındalıklarının arttığı söylenebilir. Benlik saygısını etkileyen demografik özelliklerden gelir durumları ve sosyal güvenceleri incelendiğinde; benlik saygısı ile gruplar arasında istatistiksel olarak farkın önemli olmamasına ($p>0.05$) rağmen Emekli sandığı, Bağ-kur’lu ve geliri gidere denk veya

fazla olan bireylerin benlik saygısı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9,4.10). Tüberküloz hastalarının benlik saygısının incelendiği bir diğer çalışmada araştırmaya katılan bireylerin benlik saygısının hastalığın maddi durumunu etkilemesinden, hastaların iyileşme umudunun olmamasından dolayı düştüğü tespit edilmiştir (86). Uçar'ın meme kanseri olan kadınlarda yaptığı çalışmada da gelir durumunun benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği elde edilmiştir (84). DM'un maliyeti yüksek bir hastalık olması ve komplikasyonlarının tedavisinin bireye ve aileye önemli sıkıntılar yaşatmasından (59) dolayı geliri giderinden iyi olan bireylerin benlik saygılarının yüksek olduğu düşünülebilir.

Benlik saygısını etkileyen faktörlerden sosyal desteğin önemi büyüktür. Sosyal destek bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar; fiziksel ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkiler (42,87). Çalışma kapsamına alınan bireylerin medeni durum, evde birlikte yaşadığı kişiler , ailede DM'lu bireyin yakınlık derecesi ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmamasına ($p>0.05$) rağmen evli olan, eşi ve çocuklarıyla yaşayan ve hem birinci derece hem de ikinci derece yakını olan bireylerin benlik saygısı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12, 4.13, 4.15). Yapılan başka çalışmalarda da sosyal desteğin benlik saygısını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (47,88). Destek sistemlerinin olması, benlik saygısının gelişiminde aile, anne ve babanın önemli yer tutması, aile bireyleri ile yaşayanların benlik saygılarını olumlu yönde etkilediği düşünülebilir. Bunun yanında ailesinde DM'lu birey olmayanların benlik saygılarının yüksek olduğu ve benlik saygısı ölçeği ile aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.14). Ailedeki bireylerin DM'un bakımına yönelik bilgi eksikliği olmasından dolayı etkin destek gösterememesi, örneklem kapsamına alınan bireylerin diyeti olumsuz etkileyen faktörler arasında aile içindeki destekte yetersizliği ifade etmeleri sonucu evde pişirilen yemeklerin ortak yapılması ve DM'lu bireye özgü yemek pişirilememesi bunun yanında fiziksel egzersizler, belirli bir diyetle uyma, tedavi planı, kan testleri, enjeksiyonlar, hastalığın ömür boyu devam etmesi gibi durumlar DM'lu bireyi ve ailesini olumsuz yönde etkileyebileceği sonucunun bir göstergesi olabilir. Çalışmaya katılan bireylerin diyetlerine uyum ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmamasına ($p>0.05$) rağmen diyetle uyanların benlik saygılarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.17). Ayrıca örneklem kapsamına alınan bireylerden diyetle

uyanların öz etkililik düzeylerinin yüksek olması da benlik saygısı düzeylerini artırdığı düşünülebilir.

Başarılı diabet yönetiminde bireysel izlem (kan şekeri takibi, ketonların kontrolü) diabet hedeflerini gerçekleştirmede gereklidir (21). Örneklem kapsamına alınan bireylerin metabolik kontrollerinden AKŞ ve BKİ ile benlik saygısı arasındaki ilişki incelendiğinde; AKŞ düzeyleri ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmamasına ($p>0.05$) rağmen iyi kontrolde olan bireylerin benlik saygısı düzeylerinin kötü kontrolde olan bireylerden yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.18). Erol'un çalışmasında benlik saygısı düştükçe hipoglisemi kaygı ve korkularının arttığı, benlik saygısı arttıkça diabet öz bakımına yönelik öz etkililik düzeyinin de arttığı saptanmıştır (55). Kan şekerinin kontrolünde başarılı olunması, motivasyonlarının artması, hastalığın bireysel yönetiminde zorlanılmaması, eğitimlerin sürekliliği, uygun eğitim yöntemlerinin seçilmesi gibi nedenlerden dolayı benlik saygılarının yüksek olduğu düşünülebilir. Bu çalışmada BKİ ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmamasına ($p>0.05$) rağmen kilolu bireylerin benlik saygısı düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.16). Değirmenci'nin yaptığı çalışmada da obez bireylerin benlik saygısının düşük olduğu belirlenmiştir (89). Örnekleme katılan lise ve üniversite mezunlarının çok az bir kısmı oluşturması (Tablo 4.1) sonucu hastalığın yönetimi ve kilo kontrolünde bilgi eksikliği ve eğitimin yetersizliğinin bir göstergesi olabileceğini, beden imajının benlik saygısını etkileyen en önemli faktörlerden birinin olmasına bağlı özgüven eksikliğinden dolayı benlik saygılarının düşük olduğu söylenebilir.

Bireysel yönetimin başarılı olmasında uygun eğitim ve eğitim programı gereklidir (21). Alıcı ve arkadaşlarının obez hastalara verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarında eğitim sonrası bireylerin benlik saygılarında artış olduğunu belirlemişlerdir (90). Bu çalışmada da araştırma kapsamına alınan bireylerin hepsinin DM'a yönelik eğitim aldığı; sağlık personelinden eğitim alma durumu ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmamasına ($p>0.05$) rağmen sağlık personelinden eğitim alan bireylerin sağlık personelinden eğitim almayanlara göre benlik saygısı düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.11). Bu sonuç ile DM'un bireysel yönetiminde ve komplikasyonların önlenmesinde hasta eğitiminin önemini destekler nitelikte olduğu söylenebilir. Araştırma sonuçlarına göre öz etkililik

ölçeği dört alt boyutlarının birbirleri içerisinde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.01$) ve benlik saygısı ile aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.19). Bu sonuç başarılı bir diabet yönetiminin beslenme, düzenli egzersiz programı, ilaç tedavisi (OAD, İnsülin) gibi temel öğelerin dikkatli koordinasyonu ve sentezi olduğunu (21) ve öz etkililik ve benlik saygısının birbirlerini etkileyen faktörler olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmanın sonuçlarına göre;

1. Araştırma kapsamına alınan Tip II DM'lu bireylerin % 71.5'i kadın, yaş ortalamaları 59.16 ± 9.72 'dir. Çalışma katılanların % 42.0'ı ilkokul mezunu, % 82.5'i evli, % 71.5'i çalışmadıklarını, %33.0'ının SSK'lı, % 80.5'inin gelir durumu gider durumundan az olduğu ve % 40.5'inin eşiyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).
2. Çalışma kapsamına alınan bireylerin hastalık süresi ortalamaları 7.90 ± 6.07 olduğu, çoğunluğunun ailesinde DM'lu birey olduğu ve % 43.0'ının birinci derece yakını olduğu, DM'un tedavi şekli olarak % 53.6'sının tedavi şekli OAD, diyet, fiziksel egzersiz olduğu, ilaç kullanım süreleri ortalamaları 7.09 ± 5.63 , % 41.5'inin diyetle sürekli uymadığı ve diyetle uyumda etkileyen faktörler arasında % 60.5'inin tatlıyı sevmeleri ve doymadıklarını ifade etmişlerdir. Bireylerin hepsinin DM' ye yönelik eğitim aldıkları ve bu eğitimin % 94.0'ı sağlık personelinin aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.2).
3. Araştırma kapsamına alınan Tip II DM'lu bireylerin metabolik kontrolleri incelendiğinde AKŞ ortalamaları 147.32 ± 38.43 olduğu ve % 53.0'ının kötü kontrol grubunda olduğu belirlenmiştir. Bireylerin BKİ ortalamaları 26.02 ± 5.31 olduğu ve % 60.0'nın hafif şişman olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).
4. Tip II DM 'li bireylerin OAD ilaç kullanımı dışında 4.5'inin antibiyotik ve % 5.0'ının analjezik kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.4).
5. Bireylerin özel beslenme ve kilo, kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolleri, benlik saygısı düzeylerinin yüksek ancak fiziksel egzersiz düzeylerinin zayıf olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).
6. Erkeklerin benlik saygısı puanları kadınlardan yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

7. Yaş grupları ile öz etkililik arasındaki anlamlı ilişkiler ‘ özel beslenme ve kilo’, ‘genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü alt boyutlarında ($p<0.05$) olduğu anlamlılığı tüm grupların oluşturduğu ve 50 yaş altı grubun öz etkililik ölçeği puanı diğer gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).
8. Çalışma kapsamına alınan evli olmayan bireylerin fiziksel egzersiz puanı evli olan gruptan yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.12).
9. Bireylerin evde birlikte yaşadığı kişilere göre öz etkililik ölçeği dört alt grubundan kan şekeri ile gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13).
10. Çalışma kapsamına alınan bireylerin özel beslenme ve kilo, fiziksel egzersiz, kan şekeri, genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü birbirleri içerisinde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.01$), benlik saygısı ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.19).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Öz etkililik ve benlik saygısını olumlu veya olumsuz yönde etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi,
- DM’lu bireylerde sosyal destek kaynaklarının belirlenmesi ve sosyal destek kaynağı olmayan bireylerin risk grubunda ele alınması,
- DM’a yönelik verilen eğitimlerde yaşanan sorunlar nedeniyle diabet eğitimi verilen merkezlerin çoğaltılması, bireye uygun eğitim modelinin seçilmesi ve verilen eğitimlerin periyodik olarak tekrarlanması ve eğitimin değerlendirilmesi,
- DM’lu bireylere eğitim verilirken fiziksel egzersizin öneminin anlatılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. (4.Basım), Sistem Ofset, Ankara 2004:708-709.
2. Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A. Cerrahpaşa İç Hastalıkları, Ohan Matbaacılık, İstanbul 2007;1086-1089.
3. Weir G, Banner WS, Sharman A. İnsülin salgısı ve adacık hücre fonksiyonlarının düzenlenmesi. Skyler JS (Ed). Diyabet Atlası. 3. Basım. Tenedoks Yayıncılık, İstanbul 2001; 1-2.
4. Kumar P, Clark M. Clinical Medicine. W.B. Saunders Company, U.S.A 1998;1157-1179.
5. Balcı M. Diyabetes Mellitus önemi, fizyopatolojisi, tanı ve sınıflama, 11.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya, 30 Eylül - 4 Ekim 2009; 307-308.
6. İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S. İç Hastalıkları. (2. Basım), Güneş Kitabevi, Ankara 2005; 2279-2291.
7. Satman İ. Diabetes Mellitus'un epidemiyolojisi. Yenigün M, Altuntaş Y (Ed). Her Yönüyle Diabetes Mellitus, İstanbul 2001; 69-83.
8. Thomas M, Haberman TM, Ghosh AK. Mayo Clinic Internal Medicine. Ünal S, Demir A (Çeviren). Güneş Kitabevleri, Ankara 2009; 204-209.
9. Arslan M. Tip 2 Diabetes Mellitus, Klinik Seriler, 1992; 35-39.
10. Pınar R. Diabet ve Yönetimi. Merve Matbaacılık, İstanbul 1998.
11. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva:WHO,2000.
12. Baysal A, Aksoy M. Diyet El Kitabı. (4. Baskı), Hatiboğlu Yayınevi, Ankara 2002.

13. Home E. Tip 2 Diyabet İçin Global Rehber. Yılmaz M, Özer E, Karadeniz Ş, Sargın M (Çeviri Ed). Türkiye Diyabet Vakfı, İstanbul 2007; 25-26.
14. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu, [http:// www.turkendokrin.org/grup/Diyabet.pdf](http://www.turkendokrin.org/grup/Diyabet.pdf). Erişim tarihi 28.06.2010.
15. American Diabetes Association. İmplication of the diabetes control and complication trial. Diabetes Care 2002; 25(1): 25-27.
16. Lisa SP, Donna P. Diabetes management, Geriatrics, April, 2000; 57.
17. Topsever P. Sorularla diyabet. Aile Hekimliği Dergisi 2006; 11: 81-82.
18. American Diabetes Association. Diabetes mellitus and exercise. Diabetes Care 2002; 25(1): 64-67.
19. Olgun N. Diyabet yönetiminde tıbbi beslenme ve egzersiz tedavisi, 11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya 30 Eylül – 4 Ekim 2009; 312-313.
20. Çınarsoy M. Amerikan Diyabet Birliği 2005 Yılı Önerileri. Sted Dergisi 2005; 14(3):1-4.
21. Eti Aslan F, Karadakovan A. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Tıp Kitabevi, Adana 2010; 845-855.
22. Olgun N. Diyabetin akut ve kronik komplikasyonları, 11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya 30 Eylül - 4 Ekim 2009; 320-321.
23. Kara M, Mirici A. KOAH öz-etkililik ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. A.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002; 34: 61-66.
24. Yiğitbaş Ç, Yetkin A. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz etkililik –yeterlilik düzeyinin değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003; 7(1): 6-8.
25. Bandura A. Human agency in social cognitive theory 1989; 44(9): 1175-1184.
26. Gözüml S. Öz etkililik – yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunun yapı geçerliliği: öz etkililik – yeterlilik ile başa çıkma algısı arasındaki ilişki. A.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1999; 2(1): 35-43.
27. Daniel C. Thinking about self efficacy. Behavioural Medicine 2000; 24(1): 27-30.
28. Bandura A. Self efficacy mechanism in human agency 1982; 7(2): 122-147.
29. Aksayan G, Gözüml S. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz etkililik algısının önemi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 1(2): 32-42.
30. Johnson JL, Rather PA, Bottorff JL, Hayduk LA. An exploration of Pender's health promotion model using lirsal. Nursing Research 1993; 42(3):132-138.
31. Keskin G, Orgun F. Öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile başa çıkma stratejilerinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 92-99.
32. Gözüml S, Aksayan S. Öz etkililik-yeterlilik ölçeğinin türkçe güvenilirlik ve geçerliliği. A.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 2(1): 21-32.

33. Gözüml S, Bağ B. Etkin sağlık eğitiminde sosyal bilişsel öğrenme kuramının kullanımı. A.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(1): 32-42.
34. Kara M, Aştı T. Effect of education on self efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. Patients Education & Counselling 2004; 55: 114-120.
35. Kara M, Van der Bijl JJ, Shortridge Bagget LM., Aştı T, Ergıney S. Cross culturel adaptation of the diabetes management self efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellituse: scale development. İnternational Journal of Nursing Studies 2006; 43: 611-621.
36. Alphan E. Diyabetes Mellitus'ta Beslenme Tedavisi. Her Yönüyle Diyabetes Mellitus, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001: 52-62.
37. Öztürk M. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları . (8. Basım), Feryal Matbaa, Ankara 2001; 40-41.
38. Videback, Sheila L. Phychatric Mental Health Nursing. (2 nd ed), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2004; 3.
39. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. (14.Basım), Remzi Kitabevi, İstanbul 2005; 374-376.
40. Ünsar S, İşsever H. Trakya Üniversitesi sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin benlik saygısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Hemşirelik Forumu 2003; 6(1): 7-11.
41. Sasat S, Burnard P, Edwards D et al. Self-esteem and student nurses: A cross-cultural study of nursing students in Thailand and the UK. Nursing & Health Sciences (Electronic Journal) 2002;4(1-2):9-14.
42. Begley C, White P. Irrih nursing students' changing self esteem and fear of negative evaluation during their pre-registration programme. Journal of Advanced Nursing (2003); 42(4): 390.
43. Forland G, Thomas MD. Psychiatric Mental Health Nursing, J.B. Lipincott Company, Philadelphia 1994:410-417
44. Potter PA, Perry AG. Fundamental of Nursing. (4 nd ed), Mosby, London 1996; 398-409.
45. Schultz J, Videbeck S. Phychatric Nursing Care Plans. (5 nd ed), Lippincott, Philadelphia 1994; 165-170.
46. Usta Ö, Tıp II Diabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz Yeterliliği ve Öz Yeterliliği Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2001.
47. Polat S, Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi, Bilim Uzmanlığı Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 2007.
48. Özdamar K. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. (7. Baskı), Kaan Kitabevi, Eskişehir 2009.
49. Sermen Y. Obesite ve diyabetes Mellitus, Ed: M. Yenigün. Her Yönüyle Diyabetes Mellitus, İstanbul, 2001: 255.

50. Van Der Ven NCW, Weinger K, Yı J et all. The confidence in diabetes self-care. *Diabetes Care* 2003; 26(3):713-718.
51. Nahcivan, NÖ. A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research*. 2004; 26(7): 813-824.
52. Shifren K, Park D.C, Bennet J.M, Morrel R.W. Do cognitive processes predicy mental in individuals with rheumatoid arthritis. *Journal of Behavioral Medicine* 1999; 22(6): 529-547.
53. Padgett DK. Correlates of self efficacy belief among patients with non-insülin dependent diyabetes in Zagreb, Yugoslavia. *Patient Education and Counseling* 1991; 18(2): 139-147.
54. Jordan DN, Jordan JM. Self care behaviours of Filipino- American adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complication* 2009; 24(4): 250-258.
55. Erol Ö. İnsülin Kullanan Diyabetlilerde Hipoglisemi Korkusu ve Öz Etkililik, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2009.
56. Battorf JL, Johnson JL. The effects of cognitive-persceptual factors on health promotion behavior maintainence. *Nursing Research* 1996; 45(1): 30-36.
57. Spellbring M. Nursing role in health promotion. *Nursing Clinic North America* (1991); 26(4): 805-813.
58. Lerman I. Adherence to treatment: The key for avoiding long- term complications of diyabetes. *Archieves of Medical Research* 2005; 36(3): 300-306.
59. Strine TW, Okoro A.C, Chapmon P.D. The impact of formal diabetes education on the prevantive health practices and behaviors of persons with type 2 diyabetes. *Preventive Medicine* 2005; 41(1): 79-84.
60. Kartal A. Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına ve Diyabet Yönetimine Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2006.
61. Pasinlioğlu T. Gebelerin öz bakım gücü ve öz bakım gücünü artırmada hemşirenin eğitici rolünün etkisi, V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, İzmir 2-4 Haziran 1997; 135-149.
62. Wattana C, Srisuphan W, Pothiban L, Upchurch S.L. (2007). Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nursing and Health Sciences* (2007); 9(2): 135-141.
63. Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. (2006). Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy. *Diabetes Care* 2006; 29(4): 823–829.

64. Erem Ö. Diyabet Eğitimi Yaklaşımlarının Hasta Bilgi Düzeyine Etkisi ve Psikososyal Sorunlarla Etkileşimi. Yüksek Lisans Tezi, Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon 2005.
65. Sivrikaya S. Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarına Verilen Planlı Eğitimin Hastaların Tutumlarına, İyilik Hallerine ve Metabolik Kontrol Değişkenlerine Etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2006.
66. Skinner T.C, Carey M.E, Cradock S et al. Diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND): Process modelling of pilot study. Patient Education and Counseling 2006; 64: 369-377.
67. Dinçaç N. Diyabetes Mellitusta Hastanın Eğitimi. Her Yönüyle Diyabetes Mellitus, (Ed): M. Yenigün, Nobel tıp Kitabevleri, İstanbul 2001: 997-1002.
68. Özcan Ş. Diyabetes Mellituslu Hastaların Yönetimi ve Hemşirelik. Her Yönüyle Diyabetes Mellitus, (Ed): M. Yenigün, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 2001: 969-996.
69. Koçoğlu F. Sağlığı Geliştirici Yaşam Tarzı ve Öz Etkililik-Yeterlilik Durumunun Sosyo Ekonomik Durum ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2009.
70. Weijman I, Ros W.J.G, Rutten G.E.H.M et al, The role of work- related and personel factors in diabetes self management. Patient Education and Counseling 2005; 59: 87-96.
71. Kara M, Mirici A. KOAH öz etkililik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. A.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 34: 61-66.
72. Özcan Ş. Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1999.
73. Oğuz A, Gedik O, Hatemi H ve ark. Türkiye 'de tedavi altındaki diyabet hastalarında glisemik kontrol. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism 2008; 12: 50-54.
74. Veg A, Rosenquist V, Sarkedi A. Self management profiles and metabolic outcomes in type 2 diabetes. Journal of Advanced Nursing 2006; 56(1): 44-54.
75. Aljasem LI, Peyrot M, Rubin R.R. The impact of barries and self efficacy on self care behaviours in type 2 diabetes mellitus. The Diabetes Educator 2001; 37(3): 393-404.
76. Sacco W.P, Wells K.J, Friedman A et al. Adherence body mass index and depression in adults with symptoms and self efficacy . Health Psychology 2007; 26(6): 693-700.
77. Braun A, Samann A, Kubiak T et al. Effects of metabolic control, patients education and imitation of insulin therapy on the quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus. Patient Education and Counselling 2008; 73(19): 50-59.
78. Sigurdardorttir A.K. Self care in Diabetes: model of factors affecting self care. Journal of Clinical Nursing 2005; 14(3): 301-314.
79. DCCT Çalışma Sonuçları, <http://www.diabetcemiyeti.org/Diabet.asp>. Erişim Tarihi: 25.05.2010.

80. Satman İ, Salman S. Oral Antidiyabetik İlaçlarla Tedavi. Yenigün M (Ed). Her Yönüyle Diabetes Mellitus, İstanbul 2001; 933-949.
81. Karagölle Ş., Anaokulu Eğitimi Almış ve Almamış İlkokul Öğrencilerinin Cinsiyet ve Sınıflara Göre Okul Başarı Düzeyleri İle Öz Saygı Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 1995.
82. Tarhan S., Lise Öğrencilerinin Beden İmajlarından Hoşnut Olma Düzeylerinin Özsaygıları ve Akademik Başarıları Üzerindeki Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 1995.
83. Gündoğan, F., Sirozlu Hastaların Beden İmajı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu 2006.
84. Uçar T. Meme Kanseri Kadınlarında Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya 2008.
85. Gün E. Spor Yapanlarda ve Spor Yapmayan Ergenlerde Benlik Saygısı. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana 2006.
86. Erdem M, Taşçı N. Tüberküloz hastalarında benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2003; 51(2): 171-176.
87. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek ve etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5: 76-84.
88. Tan M, Karabulutlu E. Sürekli periton diyalizi uygulanan hastaların benlik saygısı ve beden imajını algılayışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi 2004; 7(3): 67-73.
89. Değirmenci T. Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli 2006.
90. Alıcı M, Pınar R. Obez hastalara verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi 2008; 2: 37-40.

EKLER

EK 1

ANKET FORMU

Anket No:

Protokol No:

1. Cinsiyetiniz

1. Kadın 2 .Erkek

2. Yaşınız nedir?.....

3. Eğitim Durumunuz nedir?

1. Okur Yazar 2. İlköğretim mezunu 3. Ortaöğretim 4. Yükseköğretim
5. Diğer (ise belirtiniz.....)

4. Medeni Haliniz nedir?

1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış

5. Çalışıyor musunuz?

1. Evet (ise 6. Soruya geçiniz) 2. Hayır

6. Ne iş yapıyorsunuz?

1. Serbest Meslek 2. Memur 3. Emekli 4. İşçi 5. Diğer (ise belirtiniz.....)

7. Hangi sosyal güvenlik kurumuna bağlısınız?

1. SSK 2. Emekli Sandığı 3. Bağkur 4. Yeşilkart
5. Diğer (ise belirtiniz.....)

8. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

1. Yalnız 2. Eşimle birlikte 3. Eşim ve çocuklarım 4. Diğer (ise belirtiniz.....)

9. Gelir durumunuz gider durumunuza göre nasıl?

1. Gelir giderden fazla 2. Gelir giderden az 3. Gelir gidere denk

10. Kaç aydır\yıldır diyabet hastası mısınız.....?

11. Ailenizde başka diyabet hastası olan var mı?

1. Var (ise 12. Soruya geçiniz....) 2. Yok

12. Yakınlık dereceniz nedir?

1. Birinci Dereceden yakınım(anne,baba,kardeş)
2. İkinci Dereceden yakınım(teyze,hala,amca....)

13. Diyabetinizin tedavi şekli nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

1. Oral antidiyabetik ilaç (Ağızdan diabet ilacı) 2. Fiziksel egzersiz

3. Diet (ise 15. Soruya geçiniz)

14. Kaç yıldır ilaç tedavisi alıyorsunuz.....?

15. Diyetinize uyuyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır (ise 16. Soruya geçiniz) 3. Bazen

16. Diyete uyumda sizi olumsuz etkileyen faktörler nelerdir?

1. Gelir durumunun yetersiz olması 2. Komşuluk ilişkileri

3. Sosyal güvencesinin olmayışı 4. Aile içindeki destekteki yetersizlik

5. Diğer (ise belirtiniz.....)

17. Daha önce diabetes mellitusa ilişkin bilgi aldınız mı?

1. Evet (ise 18. Soruya geçiniz) 2. Hayır

18. Eğitimi kimlerden aldınız?

1. Sağlık personeli 2. Medya 3. Arkadaş 4. Diğer (ise belirtiniz.....)

19. Açlık kan şekeri: HbA1c :

Kilo: BMI:

20. Kullanmış olduğunuz ilaç isimleri nelerdir?.....

EK 2

TİP 2 DİYABETLİ HASTALAR İÇİN DİABET YÖNETİMİNDEKİ ÖZ YETERLİLİK SKALASI

AÇIKLAMA:Aşağıda diyabetli hastaların kendi kendilerine bakımlarında yeterliliklerini hakkında 20 ifade bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyunuz ve size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz. Size en uygun olan ifadenin yanına bölüme(X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

1.Eğer gerekli ise kan şekerimi kontrol ederim.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

2.Kan şekeri değeri çok yükseldiğinde kan şekerimi kontrol altına alırım.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

3.Kan şekeri değeri çok düştüğünde kan şekerimi düzeltirim.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

4.Doğru besinleri seçerim.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

5.Diyabetik diyetle uygun farklı yiyecekleri seçerim.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

6.Kilomu kontrol altında tutarım.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

7.Ayaklarımda yara olup olmadığını kontrol edebilirim.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

8.Yeterli fizik egzersiz yaparım.(yürüyüş,bisiklete binme v.b)

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

9.Hasta olduğumda diyetimi düzenleyebilirim.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

10.Diyetime sadık kalırım.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

11.Doktorum fazla fiziksel egzersiz yapmamı önerdiğinde bunu yapabilirim.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

12.Daha fazla fizik egzersiz yaptığımda diyetimi düzenleyebilirim.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

13.Evden uzakta iken diyetimi devam ettiririm.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

14.Evden uzakta iken diyetimi düzenlerim.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

15.Tatilde iken diyetime uyarım.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

16.Bir davete katıldığımda diyetimi sürdürürüm.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

17.Stres(gerilim) altında olduğum zaman diyetimi düzenlerim.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

18.Diyabet kontrolü için en az üç ayda bir doktoruma danışırım.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

Diyabet kontrolü için ağızdan diyabet ilacı alıyorsanız aşağıdaki iki soruyu lütfen yanıtlayınız.

19.İlaçlarımı bana önerildiği şekilde alırım.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

20.Hastalandığım zaman önerilen diğer ilaçların yanı sıra diyabet ilaçlarımı almayı sürdürürüm.

Her zaman() Çoğu zaman() Bazen() Nadiren() Hiç()

EK:3

COOPERSMİTH BENLİK SAYGISI ENVANTERİ(YETİŞKİN FORMU)

Yönerge:İnsanların kendileri ile ilgili bazı duygularını açıklayan ifadeler aşağıda yer almaktadır. Bu cümlelerden size uygun olanlarını 'benim gibi',uygun olmayanları ise 'benim gibi değil' seçeneklerinin yanına (x) işareti koyarak belirtiniz.

1.Çevremde olup bitenlerden rahatsız olmam.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

2.Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

3.Eğer elimde olsaydı kendimdeki pek çok şeyi değiştirmek isterdim.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

4.Karar vermede fazla zorluk çekmem.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

5.İnsanlar benimle olmaktan hoşlanır.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

6.Evde kolayca moralim bozulur.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

7.Yeni şeylere kolay alışamam.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

8.Yaşlıtlarım arasında sevilen bir kişiyim.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

9.Ailem genellikle duygularıma önem verir.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

10.Başkalarının söylediğini kolayca kabul ederim.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

11.Ailem benden çok şey bekler.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

12.Benim yerimde olmak oldukça güçtür.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

13.Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

14.Genellikle başkaları düşüncelerimi kabul eder.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

15.Kendimi yetersiz buluyorum.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

16.Sık sık evden kaçmayı düşünüyorum.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

17.Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

18.Başkaları kadar güzel/yakışıklı değilim.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

19.Söylenecek sözüm varsa onu söylemekten kaçınmam.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

20.Ailem benim duygularımı anlar.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

21.Çok sevilen bir kimse değilim.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

22.Genellikle ailemin beni dışladığını hissediyorum.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

23.Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

24.Sık sık keşke başka birisi olsam diye düşünürüm.

Benim gibi () Benim gibi değil ()

25.Güvenilir bir kimse olmadığımı düşünüyorum

Benim gibi () Benim gibi değil ()

EK-4

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmanın Adı: Tip II Diabetes Mellituslu Bireylerin Benlik Saygısı ve Öz Etkililik Düzeyleri

Nevşehir İlinde yaşayan Tip II Diabetes Mellituslu Bireylerin Benlik Saygısı ve Öz Etkililik Düzeylerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bilgiler anket formu ile toplanacaktır. Araştırmaya katılmak veya katılmamak tamamen kişinin kendi isteğine bağlıdır. Araştırmaya katılanlardan herhangi bir ücret alınmayacak ve katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Gönüllülerin kimliği ile ilgili kayıtlar gizli tutulacaktır.

Görüşmeyi istediğiniz zaman sonlandırma hakkınız vardır.

Katılımcı Onam Formu:

Araştırmaya ilişkin gerekli açıklamalar yapılmış olup hiçbir baskı olmaksızın kendi isteğimle katıldığımı beyan ederim.

Katılımcının adı soyadı ve imzası:

Katılımcının adresi:

Katılımcının telefon numarası:

Sorumlu Araştırmacı:

Telefon :

T.C.
KAYSERİ 1 NO'LU ETİK KURULU
(Talas Yolu Üzeri 38039 KAYSERİ Tel 0 352 437 49 10 -11 Faks: 0 352 437 52 85)
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	
	PROTOKOL ADI	Tip 2 Diabetes Mellituslu Bireylerin Benlik Saygısı ve Öz Etklilik Düzeyleri
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Öğrt.Gör.Dr. Handan Zincir
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Erciyes Üniversitesi Kayseri Atatürk Sağlık Yüksekokulu
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	Kayseri 1 Nolu Etik Kurulu
	DESTEKLEYİCİ FİRMA	
	FAZİ	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	☒ Tek Merkez ☐ Çok Merkez ☒ Ulusal ☐ Uluslararası	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Değişiklik No.su	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ			Türkçe ☐ İngilizce ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 09/09	Karar Tarihi : 06.08.2009
	Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi Dr. Handan Zincir'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen tek merkezli araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının sorumlu araştırmacıya ve dekanlık makamına arzına toplantıya katılan öğretim üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KLAVUZU

Ünvanı / Adı Soyadı Ek Üyeliliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kader KÖSE	Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Kader Köse</i>
Prof. Dr. Duran ASLAN	Çocuk Sağ. ve Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Duran Aslan</i>
Prof. Dr. Nazan DOLU	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Nazan Dolu</i>
Doç.Dr. İrfan ÖZYAZGAN	Plastik ve Rek. Cerrahi	E.Ü. Tıp Fak.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>İrfan Özyazgan</i>
Doç.Dr. Polat DURUKAN	Acil Tıp	E.Ü. Tıp Fak.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Polat Durukan</i>
Yard.Doç.Dr. Hasan B. ULUSOY	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Hasan B. Ulusoy</i>
Yrd. Doç. Dr. Gülay YILDIRIM	Halk Sağlığı	C.Ü. Tıp. Fak.	K	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	<i>Gülay Yıldırım</i>
Öğr.Gör.Dr. Ahmet Öztürk	Tıp Bilişimi ve Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Ahmet Öztürk</i>
Ecz. Dilşad Küçükemah	Tıp Bilişimi ve Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E	E ☒ H ☒	E ☐ H ☒	<i>Dilşad Küçükemah</i>
Zübeyde ÇELEBİ	Avukat	E.Ü.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Zübeyde Çelebi</i>
Sevtap KOÇER			K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Sevtap Koçer</i>

* Araştırma ile ilişkili

** Toplantıda bulunma

Bahri YANCAR
Fakülte Başkanı



T.C.
NEVŞEHİR VALİLİĞİ
Sağlık Müdürlüğü

SAYI :B.10.4.ISM.4.50.00.09-216.03/252-6396
KONU :Araştırma

17.08.2009

NEVŞEHİR...SEMA ve VEFA KÜÇÜK SAĞLIK YÜKSEK OKULU MÜD

ilgi:07.08.2009 tarih ve 400 sayılı yazınız.

Yüksekokulunuz Araştırma Görevlisi Gamze UÇAKAN'ın, Dr.İ.Şevki Atasagun Nevşehir Devlet Hastanesine başvuran Diabet Hastası olan bireylere"Tip II Diabetes Mellituslu Bireylerin Benlik Saygısı ve Öz Etkililik Düzeyleri" konulu tez çalışması için hukuki sorumluluklarının araştırma yapan kişiye ve yüksekokulunuza ait olması şartıyla hastalardan yazılı onay alınarak anket yapması müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr.Hasan YILMAZ
Sağlık Müdürü

EK :
Anket Örneği :((8 Sayfa)

DAĞITIM:

Gereği:
Nevşehir Üniversitesi Sema ve Vefa Küçük
Sağlık Yüksek Okulu Müdürlüğü

Bilgi:
Dr.İ.Şevki Atasagun NDH

485
200
24.08.2009

ÖZGEÇMİŞ

Gamze UCAKAN. 1984 yılında Kırıkkale’ de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Kırıkkale’de tamamladı. 2008 yılında Gazi Üniversitesi Kırşehir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu. 2008-2009 öğretim yılında Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD’ında Yüksek Lisans programına başladı. Ekim 2009- Mart 2010 yılında Erciyes Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Yoğun Bakım Servisi’nde hemşire olarak görev yaptı. Nisan 2010 tarihinde Nevşehir Üniversitesi Sema ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu’nda Araştırma Görevlisi olarak göreve başladı ve halen bu kurumda görev yapmaktadır.