

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**DİYABETLİ YAŞLILARIN DİYABETİN BAKIM VE TEDAVİSİNE
YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞENAY ŞERMET

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Yeter KİTİŞ

ANKARA

Eylül 2012

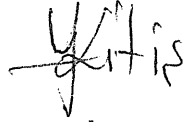
TC

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş
olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul
edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 08/08/2012

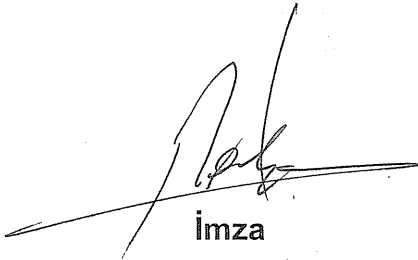


İmza

Doç. Dr. Yeter KİTİŞ

Gazi Üniversitesi

Jüri Başkanı



İmza

Doç. Dr. Ayfer TEZEL

Ankara Üniversitesi



İmza

Yrd. Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU

Hacettepe Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar.....	iv
KISALTMALAR.....	v
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Tanımı	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Yaşlanma ve Yaşlılık	5
2.2 Yaşlılarda Diyabet.....	6
2.3. Sağlık İnanç Modeli (SİM).....	8
2.3.1. Algılanan Duyarlılık	10
2. 3.2. Algılanan Ciddiyet / Tehdit	10
2.3.3. Algılanan Yararlar	10
2.3.4.Algılanan Engeller.....	11
2.4. Diyabetin Bakım ve Tedavisinde Sağlık İnanç Modeli	11
2.5. Diyabette Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü	12
2.5.1. Birincil Koruma.....	13
2.5.2. İkincil Koruma	13
2.5.3. Üçüncül Koruma	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. Araştırmanın Tipi	15
3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtılması	15
3.3. Araştırmanın Evreni	16

3.4. Araştırmanın Örneklemi	16
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	18
3.6. Etik İlkeler	18
3.7. Araştırmanın Uygulanması	18
3.7.1. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar	18
3.7.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	19
3.7.1.2. Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	19
3.7.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması:	21
3.7.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	21
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.8.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	22
3.8.2. Verilerin Analizi	22
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
6.1. Sonuçlar.....	56
6.2. Öneriler	59
7. ÖZET	61
8. SUMMARY	63
9. KAYNAKLAR	64
10. EKLER	76
11. TEŞEKKÜR.....	90
12. ÖZGEÇMİŞ.....	91

TABLÖLER

Tablo 1. Diyabetli Yaşlı Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri.....	25
Tablo 2. Diyabetli Yaşlı Bireylerin Sağlık/Hastalığa İlişkin Özellikleri.....	26
Tablo 3. Diyabetli Yaşlı Bireylerin SİMÖ Toplam Puan Ortalaması Ve Alt Gruplara İlişkin Puan Ortalamaları.....	28
Tablo 4. Diyabetli Yaşlı Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre SİMÖ Toplam Ve Alt Gruplara Ait Puan Ortalamaları.....	29
Tablo 5. Diyabetli Yaşlı Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre SİMÖ Toplam Ve Alt Gruplara Ait Puan Ortalamaları.....	34
Tablo 6. Diyabetli Yaşlı Bireylerin Diyabetin Yönetimine İlişkin Özelliklerine Göre SİMÖ Toplam Ve Alt Gruplara Ait Puan Ortalamaları.....	38

KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü; (WHO: World Health Organization)

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

IDF : International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)

ADA : American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Birliği)

TURDEP : Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Projesi

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

DPT : Devlet Planlama Teşkilatı

SİMÖ : Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

OAD : Oral Antidiyabetik

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Biyolojik bir olay olan yaşlanma, döllenme ile başlayan ve hayat boyu devam eden, bireyin biyolojik, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarında gerilemelerin, yetersizliklerin ve değişikliklerin yaşandığı bir süreç olarak tanımlanmaktadır ¹. Günümüz demografik verileri dünya nüfusunun giderek yaşlandığını göstermektedir ². Dünya nüfusunun %10'unun 65 yaş üzerinde olduğu bildirilmekte ve bu oranın 2050 yılında %16'ya çıkacağı tahmin edilmektedir ³. TÜİK 2011 genel nüfus sayımı verilerine göre Türkiye' de nüfusun %7.3'ünü 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Bu oranın 2023'de %10 düzeyine ulaşacağı tahmin edilmektedir ^{2, 4}.

İlerleyen yaş ile birlikte, bireyin organizmasında ortaya çıkan değişiklikler, yaşam kalitesini önemli oranda etkilemekte, kronik hastalıkların sayısında artış görülmekte ve yaşlıların büyük kısmı yaşamını bu kronik hastalıklarla birlikte devam ettirmek zorunda kalmaktadır ². Ülkemizde 65 yaş ve üzeri bireylerin %90'ında bir, %35'inde iki, %23'ünde üç, %15'inde dört ve daha fazla kronik hastalığın olduğu tahmin edilmektedir ⁵. Ulusal Hastalık Yüğü Araştırması 2004'e göre ulusal düzeyde sağlıklı yaşam yılı kaybına neden olan ilk on hastalık içerisinde iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, koroner arter hastalığı, kanserler ve diyabet gibi kronik hastalıklar yer almaktadır ⁶. Diyabet, her yaş grubunu ilgilendirmesi, prevalansının giderek artması iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalıkların oluşmasına zemin hazırlaması nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır ⁷.

Uluslararası Diyabet Federasyonu'na göre 2010 yılında tüm dünyada yetişkin (20-79 yaş) nüfusta diyabet prevalansı %6.6' dır ⁸. Diyabetin görülme sıklığının gelişmekte olan ülkelerde 45-64 yaş grubunda, gelişmiş ülkelerde ise 65 yaş üzeri bireylerde daha fazla olduğu, dünyadaki insidans ve prevalansının yaş artışına paralel olarak arttığı ve her beş yaşlıdan birinde diyabet görüldüğü bildirilmiştir ⁷. Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Projesi II'ye (TURDEP-II) göre Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığı %13.7, altmış yaş ve üzeri nüfusta ise ortalama %30'dur ⁹.

Diyabet kontrolü bireyin günlük yaşamında önemli değişiklikler yapmasını gerektirir. Diyabetli bireylerin iyi bir metabolik kontrol gerçekleştirebilmeleri için, istek ve motivasyona sahip olmaları, kan glukoz düzeyini istenen seviyeye getirmek ve devamlılığını sağlamak için günlük yaşam aktiviteleriyle ilişkili olarak ilaç, beslenme ve egzersizi içeren tedavi programına uyum göstermeleri gerekmektedir ¹⁰. Yapılan çalışmalar başarılı bir tedavi için tanımlanan davranış uyumu ile bireyin hastalığa ilişkin inanç ve tutumları arasında anlamlı ilişki bulunduğunu göstermektedir ^{11,12,13,14,15}. Diyabete yönelik olumlu tutuma sahip bireylerin glukoz kontrollerinin, öz bakım becerilerinin, diyabet hakkındaki bilgi düzeylerinin daha iyi olduğunu göstermektedir ^{16,17}. Hastalığını ciddi olarak görmeyen diyabetli bireyin öğrenmeye motive edilemediği, diyabet bakımında negatif tutuma sahip olan bireylerin, pozitif tutuma sahip olan bireylere göre daha fazla engelle karşılaştıkları saptanmıştır ^{18,19}. Sağlık İnanç Modeli'ne göre bireyin sağlığı ve hastalığıyla ilgili öznel algılamaları bireyin davranışlarını etkilemekte ve sağlığı korumaya yönelik davranışları gerçekleştirmesinde bireysel inançların rolü bulunmaktadır ²⁰. Bununla birlikte bireyin sağlığına, hastalığının ciddiyetine ve yapılan önerileri yararlı bulup bulmamasına ilişkin inanç ve tutumları, hastalığına ilişkin

düzenlemelere aktif katılımını etkilemektedir ^{16,21}. Ayrıca cinsiyet, sosyoekonomik durum, öğrenim düzeyi, diyabetin tipi ve süresi gibi değişkenlerin hastalığın ciddiyetini algılamayı, tedavi ve önerileri yararlı görmeyi etkileyebileceği bildirilmiştir ¹⁹. Sağlık İnanç Modeli'nin sağlık profesyonellerinin bireyin gerçekleştirdiği davranışla ilgili ipuçları edinmesine ve hastalık riskini azaltan davranışların yapılmasını engelleyen durumlar konusunda hastalara yardımcı olmasına olanak tanıdığı vurgulanmıştır ²⁰.

Yaşlılarda sağlık sorunlarının daha az farkında olunması, semptomların inkar edilmesi, yaşlının şikayetlerini ifade etmede ve sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük yaşaması, yakınmaların olağan sayılması, sağlık personelinin yetersiz ilgisi ve öğrenim düzeyinin düşük olmasının diyabetin kontrol altına alınmasını güçleştirici faktörler olduğu bildirilmiştir ²². Bu nedenle yaşlı bireylerde diyabet yönetiminde komplikasyonların izlenmesi ve bakımı, çoklu ve karmaşık ilaç tedavileri ile birlikte beslenme tedavisine uyumu, tıbbi bakımın uygulanması ve sürekliliğinin sağlanmasında uzun dönem işbirliği önemlidir ^{22,23}. Diyabetli yaşlının uygun periyotlarda hemşirenin de içinde yer aldığı diyabet ekibi tarafından değerlendirilmesi, bakımını engelleyen faktörlerin belirlenmesi ve bireysel izlemin özenle sürdürülmesi gerekmektedir. Diyabet bakım ekibi içinde diyabetli bireyin öz yönetim eğitiminden birinci derecede sorumlu olan sağlık personeli hemşiredir. Hemşireler diyabet bakımında öz bakım gücünün geliştirilmesi, tedaviye uyumun artırılması ve davranış değişiminde rol alan temel diyabet bakım elemanıdır. Ayrıca diyabetli bireylerde iyi bir diyabet kontrolü sağlamak amacı ile bireyselleştirilmiş bakımı planlamadan sorumludurlar. Hemşire, diyabetli bireyler için hazırlanan bakım planında, öncelikle bireylerin sağlık davranışlarının belirleyicisi olan sağlık ve hastalıklarıyla ilgili inançlarını değerlendirmesi

gerekmektedir. Diyabet eğitiminde bireylerin olumlu inançları pekiştirilirken bakım ve tedaviye uyumu olumsuz etkileyen negatif sağlık inançlarının nedenlerini birey, aile sağlık çalışanları, sağlık ve sosyal kuruluşlar ile işbirliği içinde ortadan kaldırmaya çalışmalıdır ^{10,24,25,26}. Sağlık İnanç Modeli ile yapılan araştırmalar, bireylerin sağlık davranışlarının nedenlerinin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile değerlendirilmesinin pratik değeri olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yanı sıra kronik hastalıklarda hastalığa ilişkin öz bakım davranışlarının nedenlerini daha pratik olarak anlama olanağı sağlamaktadır. Özellikle yaşlı bireylerin yaşam biçimini ve dolayısı ile sağlık/hastalık ile ilişkili davranışlarını değiştirmenin yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan kısıtlılıklardan dolayı daha zor olabileceği düşünüldüğünde sağlık inançlarını değerlendirmenin oldukça önemli olduğu ortaya çıkmaktadır.

Araştırmanın amacı: Bu araştırma, diyabetli yaşlıların diyabetin bakım ve tedavisine yönelik sağlık inançlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlanma ve Yaşlılık

Yaşlanma, her canlı için intrauterin hayatta başlayıp, ölüme kadar devam eden kaçınılmaz ve geri dönülmez bir süreç olarak tanımlanmaktadır ². Yaşlılık ise, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılığın yaşamın diğer evreleri gibi doğal, kaçınılmaz ve tüm insanlar için geçerli olan bir durum olduğu, bireyin kalıtımla getirdiği özelliklere, beslenmesine, çevre koşullarına ve kültürel çabalarına göre erken ya da geç, sorunlu ya da az sorunlu olabildiği bildirilmektedir. Yaşlanmayı etkileyen ve hazırlayan bu faktörler dikkate alınarak yaşlılık, biyolojik yaşlanma, ekonomik yaşlanma, psikolojik yaşlanma ve sosyal yaşlanma şeklinde farklı boyutlarıyla ifade edilebilmektedir ²⁷.

Yaşlanmanın değişik boyutları, yaşlılığın her bireyde aynı seyretmeyen, bireysel bir olgu olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte bazı konularda pratik karar verebilmek için kronolojik yaşlılık sınıflamasının kullanılması gerekli görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılık dönemini, 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmekte ve sıklıkla kronolojik yaşlılığı üç kategoride değerlendirmektedir;

65-75 yaş arası; erken yaşlılık evresi

75-85 yaş arası; orta yaşlılık evresi

85 yaş ve üstü; ileri yaşlılık evresi ².

2.2 Yaşlılarda Diyabet

Diyabet, pankreasın insülin salgısının yetersizliği ya da yokluğu nedeniyle karbonhidrat, yağ, protein metabolizmasında ve damar yapısında bozukluklarla karakterize olan, komplikasyonları ağır seyreden ve erken mortaliteye neden olan kronik, metabolik bir hastalıktır.²⁸ Diyabetin tüm tiplerinde temel özelliğın hiperglisemi olduğu, ancak hiperglisemiye neden olan fizyopatolojik mekanizmanında farklı şekillerde olabileceğı bildirilmektedir. Diyabetin bazı formlarında mutlak insülin yokluğu, yetersizliği veya bozuk insülin salgılanmasına neden olan genetik bir kusur varken, bazı tiplerinde ise temel özelliğın insüline karşı gelişen bir direnç olduğu bilinmektedir^{29,30}. Karbonhidrat metabolizmasındaki bozulmanın yanı sıra diyabetli bireylerde kan yağlarının yıkımıyla açığa çıkan, keton cisimlerin hızla metabolize edilememesi ile oluşan ketoasidoz tablosu, protein ve yağ metabolizmasının da etkilendiğinin bir göstergesidir³⁰. Diyabetin, metabolizmanın farklı boyutlarda etkilenmesi sonucu nöropati, nefropati, retinopati, serebrovasküler hastalıklar, iskemik kalp hastalıkları ve periferik arter hastalığı gibi komplikasyonlara neden olduğu bilinmektedir^{7,31}. Klasik semptomlar (poliüri, polidipsi, polifaji) ve komplikasyonların varlığı, diyabet tanısını kolaylaştırırken, yaşlı bireylerde yaşlanmaya bağılı olarak meydana gelen normal fizyolojik değışiklikler nedeniyle, tipik hiperglisemi semptomlarının nadiren görülmesinin, hastalığın tanısını güçleştirdiğı ifade edilmektedir^{32,33}. Yaşlılarda glukozun renal eşiğının yükselmiş olması nedeniyle poliürinin az görüldüğü, susama duygusunun bozulabilmesi sonucu polidipsinin daha az belirgin olduğu bilinmektedir. Yaşlılarda poliüri, polidipsi gibi klasik semptomlardan daha yaygın olarak kilo kaybı, halsizlik, konfüzyon, üriner inkontinans, ani ortaya çıkan seksüel disfonksiyon ve mono-okülo nöropati (tek gözde görme kaybı) gibi şikâyetlerin çoğı kez eşlik eden diğeri durumlara bağlandığı veya karıştırıldığı bildirilmiştir^{34, 35}.

Diyabette metabolik kontrolün sağlanması ve sürdürülmesi, hiperglisemi semptom ve belirtilerinin ortadan kaldırılması, kardiyovasküler komplikasyonların ortaya çıkışının veya ilerlemesinin engellenmesi, genel durumu ve bilinç düzeyi iyi olan yaşlıda normal yaşam beklentisinin sağlanması, yüksek riskli yaşlıda akut metabolik komplikasyonların önlenmesi, nefropati, nöropati gibi kronik komplikasyonların önlenmesi veya geciktirilmesi, sağlığın geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi hedeflenmelidir ^{32,35}. Gerek yaşlı gerek ise genç bireylerde diyabetin bakım ve tedavisi için belirlenen hedeflere ulaşmada bazı uyum sorunları yaşanmaktadır. Özellikle yaşlı bireylerin birçoğunun tremor, osteoartrit, afektif ve kognitif hastalıklardan dolayı kendi kendilerine bakım sağlayamadıkları, bir başkasının yardımına gereksinim duyabildikleri ve yaşam kalitesinde bozulmalar olduğu bilinmektedir. Multi-morbiditeli (birden fazla hastalığı olan) bir diyabetik hastanın bakımı ve takibi daha zordur. Ciddi demans durumlarında açlık hissine duyarsızlık sonucu ağırlık kaybı, tokluk hissine duyarsızlık sonucu da dehidratasyon oluşumunun düzeltilmemesi sonucu yaşlılarda hiperozmolar nonketotik koma oluşabildiği bildirilmiştir. Yine yaşlılıkta sık görülen depresyonun kötü hijyen, anoreksiya ve ilaç tedavisine uyumsuzluğa yol açabileceği bildirilmiştir ^{32,36}. Bu nedenlerden dolayı yaşlı bireylerde diyabetin bakım ve tedavisine yönelik belirlenen hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için daha esnek bir tedavi planı yapılmalı ve tedavi yaşlıya özgü bireyselleştirilmelidir. Bireysel tedavi planında diyabetli bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, gelir durumu, bilinç durumu, hastalığa ilişkin bilgisi, var olan diğer hastalıkları, yaşam beklentisi, hastalık süresi, kronik komplikasyonların varlığı, hipoglisemi gibi akut metabolik komplikasyonların gelişme riski, tedavisini kimin uygulayacağı, düşerek yaralanma riski olup olmadığı gibi durumlar dikkate alınmalıdır ^{32,35,37,38}. Tedavi planı hastanın durumuna göre hedef kan şekerinin belirlenmesi, hastaya uygun diyetin düzenlenmesi, hastaya uygun fiziksel aktivite önerilerinin yapılması, hastanın ve/veya bakım veren kişinin kan şekeri

takibi ve olası akut komplikasyonlar yönünden eğitilmesi, hastanın sigara ve alkol alımının bırakılması yönünden bilgilendirilmesi gibi konuları kapsamalıdır ³². Hedeflere ulaşmada uyumu etkileyen önemli bir diğer konuda yaşlının hastalığına ilişkin inançlarıdır. Yaşlının tedavi için gerekli davranışları gerçekleştirmesinde hastalığına ve tedavisine ilişkin inançlarının rolü büyüktür. Bunun için de tedavide; olumlu davranışların desteklenmesi, olumsuz davranışların olumlu yönde değişikliğinin sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle davranış değişiminde etkili olan faktörlerin bilinmesi diyabet yönetiminde büyük önem taşımaktadır. Yaşlılıkla birlikte görülme sıklığı artan diyabet ile ilgili olumlu ya da olumsuz sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde rolü olan sağlık/hastalık inançlarının, bireylerin tedaviye uyumlarının ve diyabet yönetimindeki başarılarının artmasında etkili olduğu bildirilmiştir ^{10, 37}.

2.3. Sağlık İnanç Modeli (SİM)

Sağlık İnanç Modeli (SİM) ilk olarak 1950 yılında Birleşmiş Milletler Temel Sağlık Hizmetlerinde çalışan bir grup sosyal psikolog (Hochbaum, Rosenstock, Leventhal ve Kegeles) tarafından geliştirilmiştir ²¹. Sağlık İnanç Modeli bazı bireylerin hastalıklardan korunmada sorumlu davranışlar sergilerken, bazılarının korunmada sorumluluk almayı neden başaramadıklarını anlamak ve bireylerin sağlığını geliştirecek davranışları yapmalarına ya da yapmamalarına etkisi olan faktörler konusunda fikir sahibi olabilmek için geliştirilmiştir ^{39, 40}.

Sağlık İnanç Modeli sağlık davranışlarının nedenlerinin irdelenmesinde en yaygın kullanılan kavramsal yapılardan biridir. Bireylerin sağlık inançlarının, sağlık davranışını benimseme durumunu,

uygulamalara katılımını ve uygulamalardaki hızını etkilediği bildirilmiştir. Sağlık İnanç Modeli'ne göre, bireyin sağlığı ve hastalığıyla ilgili öznel algılamalarının bireyin davranışlarını etkilediği, özellikle kendi sağlığı, hastalığının ciddiyeti ve yapılan önerileri yararlı bulup bulmamasına ilişkin inanç ve tutumlarının, kişilerin hastalığına ilişkin düzenlemelere aktif katılımını etkilediği, bunlar göz ardı edildiğinde ise yapılan girişimlerin sonuçsuz kaldığı bildirilmiştir. Sağlık İnanç Modeli'nin diyabet bakımı ve eğitiminde hasta uyumuna ve tedavi rejimine etkisi olan faktörlerin açıklanmasında yararlı olduğu ve davranış değişikliğini kolaylaştıran ya da engelleyen faktörlerin anlaşılmasına yardımcı olduğu bildirilmiştir. Bu modele göre hastalığın ya da hastalığı tehdit eden risklerin ciddiyeti arttıkça bireylerin öz-bakıma uyumlarının arttığı görülmektedir. Sağlık İnanç Modeli sağlık hizmet sunucularına, bireyin önerilen tedavi rejimine uyumsuzluğunun olası nedenlerini ve girişimlerin değiştirilebileceğini göstermektedir ^{19,41}. Yapılan literatür incelemelerinde; kendi kendine meme muayenesi yapılması, hipertansiyonun kontrol altında tutulması, serviks kanseri için pap-smear uygulanması, tüberküloz, sigara bıraktırma, diyabet yönetimi ve koroner kalp hastalığının önlenmesi gibi sağlık davranışlarını kapsayan, sağlığı korumaya yönelik alanlarda sıklıkla kullanıldığı görülmektedir ^{42,43,44}. Sağlık İnanç Modeli 4 temel bileşenden oluşmaktadır;

1. Algılanan Duyarlılık

2. Algılanan Ciddiyet

3. Algılanan Yararlar

4. Algılanan Engeller ^{21,45}

2.3.1. Algılanan Duyarlılık

Duyarlılık algısı, bireyin hastalık ya da sağlık konusunda kendisini nasıl algıladığı ve hissettiği şeklinde tanımlanmıştır. Her insanın kendine y6nelik bireysel algılarının olduğu ve bu algıların bireyin sağlığına y6nelik tutumlarını etkilediği bildirilmiştir. Bir kişi hastalık ile ilgili bir durum geliştiğinde değişimleri değerlendirilebiliyorsa bu durum bireyin eyleme ge6çmedeki davranışlarını da etkileyeceği bildirilmiştir. Bireysel algılama, koruyucu sağlık davranışlarını yerine getirme a6ısından olduk6a 6onemli bulunmuştur ^{21,39,45}.

2.3.2. Algılanan Ciddiyet / Tehdit

Koruyucu sağlık davranışlarının kazanılmasında yardımcı fakt6rlerden birinin de hastalığın bir tehdit (hastalığın doğurduğu zararlı sonu6lar) olarak algılanması olduğu bildirilmiştir. Bireyin hastalığına ilişkin ciddiyet algısı ile sergilediği koruyucu davranışlar arasında g666l6 bir ilişki olduğu bildirilmiştir. 6rneğin; diyabeti olan bireyin hastalığının kendisinde fiziksel yetersizlik, sosyal kısıtlama ya da ağrı gibi 6eşitli sorunlara neden olabileceğini algılaması onun davranışlarını etkileyebilecektir ^{21,39,45}.

2.3.3. Algılanan Yararlar

Koruyucu sağlık davranışlarının sergilenmesinin, davranışın bireye sağlayacağı yarar ile davranışı uygulamada karşılaşacağı sorunlar arasındaki dengeye bağlı olduğu bildirilmiştir. Bu dengeyi yarar algısı ile engel algısı arasındaki farkın belirlediği ifade edilmiştir. Bireyin, hastalığın 6nlenmesi, sağlığın korunması ve s6rd6r6lmesinde koruyucu davranışın yararına olan inancının, koruyucu davranışın sergilenmesinde 6ok etkili olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle bireyin sergileyeceği koruyucu

davranışın, sağlığına olan yararını bilmesi gerekmektedir. Yarar algısının pekiştirilmesi için bireylere koruyucu sağlık davranışlarının yaşam süresi ve yaşam kalitesine olan etkilerinin öğretilmesi gerektiği bildirilmiştir ^{21,39}.

2.3.4. Algılanan Engeller

Engel algısı, bireyin hastalığın önlenmesi, sağlığın korunması ve sürdürülmesine yönelik olarak koruyucu davranışın sergilenmesinde tanımladığı engellerdir. Engelleyen durumlar arasında, "maliyet, ağrı, zahmet ve utanma" olabilir. Örneğin; sağlığı tehdit eden bir davranış konusunda kendisinin değişmeyeceğine inanma ya da o hastalıktan kurtulamayacağına inanmak bir engel algısı olabilmektedir. Sergilenecek davranışa yönelik engellerin bireylere göre değişebileceği, bu engellerin ortadan kaldırılması için çaba gösterilmesinin de önemli olduğu vurgulanmıştır ^{21, 45}.

2.4. Diyabetin Bakım ve Tedavisinde Sağlık İnanç Modeli

Sağlık çalışanlarının, diyabetin neden olduğu komplikasyonların önlenmesi, tedaviye uyumun sağlanması ve tedaviye yönelik stratejilerin geliştirilebilmesi için hastaların inanç ve tutumlarını içeren bilgilere sahip olmaları gerektiği bildirilmiştir ^{46,47,48}. Diyabeti olan bireylerin sağlık inançları, sağlık davranışlarını etkileyen önemli bir faktör olarak ele alınmaktadır. Diyabetin etkili yönetimi ve kontrolü, davranış uyumunu gerektirmektedir. Diyabetli bireylerde SİM'in kullanıldığı çalışmalarda, kişilerin hastalığa ilişkin inanç ve tutumları ile tedavinin gerekliliği için tanımlanan davranış uyumu arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ^{12,16,49,50}. Gökdoğan'ın çalışmasında diyabeti olan bireylerin birçoğunun ancak diyabet komplikasyonları ortaya çıktıktan sonra hastalığı ciddi olarak algılamaya başladıkları ve tedaviye daha çok uyum

sağladıkları görülmüştür ⁵¹. Yandım'ın çalışmasında ise diyabetik ayağı olan ve olmayan hastaların ayak bakımına ilişkin sağlık davranışları ile sağlık inançları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ¹². Wdowik ve arkadaşlarının diyabetli üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada sağlığın önemi ile ilgili düşünce, inanç ve tutumların, olumlu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde etkili belirleyiciler olduğu sonucuna varılmıştır ⁴⁹. Bir başka çalışmada ise, Tip 2 diyabeti olan bireylere ayak bakımına yönelik verilen eğitimin sonunda bireylerin ayak bakımı uygulamalarındaki davranış ve inançlarının olumlu yönde değiştiği saptanmıştır ⁵⁰. Benzer şekilde Tan'da çalışmasında diyabetin komplikasyonlarını önleme davranışları ile tedaviye ilişkin sağlık inançları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu saptamıştır ¹⁶.

2.5. Diyabette Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Diyabet, toplumda sık görülen bir hastalık olması nedeni ile diyabet riski taşıyan ya da diyabeti olan bireylerle her alanda karşılaşılacaktır. Diyabet hizmetlerinin sunumunda hemşirenin diyabetli bireylerde sağlığı geliştirme ve yaşam kalitesini yükseltmede önemli bir yere sahip, önemli bir ekip elemanı olduğu belirtilmekte, hemşirelerin birey ve aile ile bütüncül bir yaklaşımla terapötik etkileşime girerlerse, diyabete uyumu arttırabilecekleri vurgulanmaktadır ^{24, 25}.

Diyabet bakımı, her bireyde farklı özellikler gösteren ve her bireyde yeni planlamalarla farklı bireysel yaklaşımları gerektiren dinamik bir süreçtir. Bu sürecin yönetiminde geleneksel ekip yaklaşımının yerine, disiplinler arası modelin getireceği dinamik ve esnek yönetime ihtiyaç vardır. Diyabet yönetiminde disiplinler arası ekip yaklaşımının başarıyı

artıran temel faktörlerden biri olduğu ve diyabetli bireyden beklenen davranış değişikliklerini kolaylaştırdığı, kaliteli bir hizmet olanağı sunduğu bildirilmiştir ^{48, 52}.

Toplum sağlığını geliştirme ve diyabetten koruma birincil, ikincil ve üçüncül koruma olmak üzere 3 aşamada gerçekleştirilmektedir ^{10,25}. Bu aşamalar ve yapılması gerekenler aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır.

2.5.1. Birincil Koruma

Genel olarak toplumun ve sağlıklı bireylerin sağlığını geliştirmeye yönelik uygulamaları kapsar. Toplum içindeki risk grupları tanımlanır. Diyabetin ortaya çıkmasının önlenmesi ve başlama yaşının geciktirilmesi için toplumdaki bireylere destek olunur ⁴⁸. Toplum ve bireyler diyabet ve risk faktörleri konusunda bilinçlendirilir, risk faktörlerini azaltmaya yönelik kilo kontrolü, uygun beslenme alışkanlıklarının kazanılması, fiziksel aktivitenin artırılması gibi yaşam biçimi değişikliklerinin sağlanması için sürekli eğitim programları gerçekleştirilir ¹⁰.

2.5.2. İkincil Koruma

Erken tanı konmasını ve toplumda tanılanmamış diyabetlilerin belirlenmesini hedefler. Erken tanıyı sağlamak için toplum taramaları yapılır ve riskli bireyler / gruplar belirlenerek izlenir ¹⁰. Hastanın değerlerini, inançlarını, gereksinimlerini, öğrenme yeteneğini ve var olan kaynakları dikkate alarak, önerilen tedavinin yerine getirilmesi için uygun

girişimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirmesi yapılır. Olası komplikasyonların önlenmesine yönelik öneriler hastalara sunulur ve onları eğiterek yaşamları konusundaki karar ve uygulamalarında etkin olmaları sağlanır^{10,48}.

2.5.3. Üçüncül Koruma

Diyabetli bireylerin en üst düzeyde diyabeti yönetmelerinin sağlanması, erken ve geç dönem komplikasyonlarının önlenmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması temel hedeflerdir. Diyabetli bireylerin bağımsızlıklarını sağlamak, sorumluluk ve öz güvenlerinin gelişmesine katkıda bulunmak ve rehabilitasyon hizmetlerinin yürütölmesi bu aşamada yapılacak uygulamalardır¹⁰.

Birincil ve ikincil korumada halk sağlığı hemşiresinin eğitimci rolü ağırlıklı olarak yer alırken, üçüncül korumada, bireysel yönetimi sağlayan eğitici rolün yanı sıra bakım sağlayıcı rolü devreye girmekte ve ağırlık kazanmaktadır. Diyabette tedavi rejimine uyum sürekli ve kompleks bir özelliğe sahip olduğu için, diyabetin yönetiminde insan davranışlarını açıklamaya yardım eden modellerin (öz etkililik, değişim evreleri modeli, hastayı güçlendirme / yetkilendirme, sağlık inanç modeli) bireylerin ve grupların eğitiminde hemşire için kullanışlı olduğu bildirilmiştir. Bu modellerden biri olan Sağlık İnanç Modeli'nin diyabet bakımı ve eğitiminde hasta uyumuna ve tedavi rejimine etkisi olan faktörleri açıklamada yararlı olduğu bildirilmiştir^{10,16,53}.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtılması

Mersin ilinin yüzölçümü 15.737 km²'dir. Mersin merkez nüfusu 1.303.018 ve Mersin ilinde kayıtlı 65 yaş ve üstü nüfus ise 116.545'dir ⁴. Mersin ilinde 4 'ü merkez ilçe olmak üzere, toplam 13 ilçe bulunmaktadır. Araştırmanın yürütülmesi için merkez bir ilçe seçilmiştir. Kolay ulaşılabilir olması nedeniyle merkez ilçeler arasından Mezitli ilçesi tercih edilmiştir. Araştırma bölgesi olarak tercih edilen Mezitli ilçesinde toplam yaşlı sayısı 8524'tür ⁴. Aile Sağlığı Merkezi (ASM) kayıtlarından elde edilen verilere göre Mezitli ilçesindeki toplam diyabetli yaşlı sayısı ise 1176'dır. Mezitli İlçesine bağlı 8 ASM bulunmaktadır. Bunlar; Tece ASM, Davultepe ASM, Nafiz Çolak ASM, Sahil ASM, Kale Yolu ASM, Merkez ASM, Kuyuluk ASM, Fındıkpınar ASM' dir. Bu ASM'lerden beşi (Nafiz Çolak ASM, Kale Yolu ASM, Merkez ASM, Sahil ASM, Kuyuluk ASM) şehir merkezinde, diğer üç ASM (Davultepe ASM, Tece ASM, Fındıkpınar ASM) ise merkeze değişen uzaklıktadırlar. Bu ASM'lerde toplam 29 aile hekimi ve 39 hemşire hizmet vermektedir. (ASM'lerde çalışan hekim ve hemşire sayıları aşağıdaki tabloda ayrıntılı olarak gösterilmiştir.) ASM'lerin hiç birinde diyabet polikliniği olarak hizmet veren bir birim bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, Mersin iline bağlı merkez bir ilçe olan Mezitli'deki ASM'lerde kesin kayıtları bulunan 65 yaş ve üstü 1176 diyabetli yaşlı bireyden oluşmaktadır. Birey sayılarına ASM kayıtlarından ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Öncelikle ASM'lerdeki kayıtların incelenmesi sonucu toplam diyabetli yaşlı birey sayısı belirlenmiştir (1176). Daha sonra araştırmada kullanılan Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nde 33 madde yer aldığından, madde sayısının 10 katı olacak şekilde örneklem sayısı 330 olarak belirlenmiştir. ASM'lerin her biri, bir küme olarak kabul edilmiş ve kümelerden örneğe alınacak birey sayısı tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Bireylerin basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmesi ve belirlenen örnekleme 1 Ocak-31 Mart 2012 tarihleri arasında ulaşılması planlanmıştır. Bireylere evlerinde ulaşmada yaşanan zorluk (telefonlarının olmaması, güvenlik problemi nedeniyle kapıyı açmama gibi) nedeniyle örneklemin ASM'ye herhangi bir nedenle gelen diyabetli yaşlılardan oluşmasına karar verilmiştir. Belirlenen sürede ASM'lerde 280 diyabetli yaşlı bireye ulaşılabilmiştir. Her bir ASM'de kayıtlı olan, her bir ASM' den çalışmaya dahil edilmesi planlanan ve çalışmaya dahil edilebilen diyabetli yaşlı birey sayısı ile ASM'lerde çalışan hekim ve hemşire sayıları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

ASM adı	ASM' ye kayıtlı diyabetli yaşı birey sayısı	Ağırlık	ASM' den çalışmaya dahil edilmesi planlanan diyabetli yaşı birey sayısı	ASM' den çalışmaya dahil edilebilen diyabetli yaşı birey sayısı	ASM' de çalışan hekim sayısı	ASM'de çalışan hemşire sayısı
Davultepe ASM	99	(99/1176) x330	28	25	3	4
Tece ASM	122	(122/1176) x330	34	30	3	4
Kaleyolu ASM	139	(139/1176) x330	39	33	5	7
Nafiz Çolak ASM	241	(241/1176) x330	68	56	6	6
Sahil ASM	169	(169/1176) x330	47	38	5	5
Merkez ASM	249	(249/1176) x330	70	60	8	9
Kuyuluk ASM	129	(129/1176) x330	36	31	3	3
Fındık Pınarı ASM	28	(28 /1176) x330	8	7	1	1
Toplam	1176		330	280	29	39

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Mental problemi olmadığını ifade eden, çalışmaya katılmaya istekli, iletişim kurulabilen, görüşmeyi engelleyecek acil sağlık problemi olmayan 65 yaş ve üstü diyabetli bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca Standardize Minimental Testin oryantasyon ve dikkat/hesap yapmayı değerlendiren sorularından yararlanılarak içinde bulunduğumuz yıl, ay,gün, sabah/öğlen, yaşadığı şehir/semt soruları ve haftanın günlerinden 5 tanesini geriye doğru sayabilme şeklinde sorular sorularak verdikleri cevapların doğruluğuna göre çalışmaya dahil edilmişlerdir.

3.6. Etik İlkeler

Araştırmanın etik açıdan değerlendirilebilmesi için Mersin Üniversitesi Etik kuruluna başvurulmuş. Kurul 13.01.2012 tarih ve B.30.2. MEÜ.0.05.06.00/22 sayı ile araştırmayı onaylamıştır. Çalışmaya katılan yaşlı bireylere araştırmanın amacı açıklanmış, yazılı onam alındıktan sonra veri toplanmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Mersin Valiliği ve İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır

3.7. Araştırmanın Uygulanması

3.7.1. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

Verilerin toplanmasında

1. Tanıtıcı Bilgi Formu
2. Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

3.7.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı Bilgi Formu, diyabetli yaşlıların tanıtıcı bilgilerini içeren sosyo-demografik sorular ile hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerini belirlemek amacı ile literatür bilgileri rehberliğinde hazırlanan 23 sorudan oluşmaktadır. Bu formda “sosyo-demografik özelliklere ilişkin” (hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi, kiminle yaşadığı, daha önce şeker hastalığının bakımı ve tedavisi ile ilgili bilgi alıp almadığı) 9 soru ve “ hastalık ve tedavi ile ilgili özelliklere ilişkin” (diyabetin süresi, diyabetin tedavi şekli, kan şekerini kontrol edip etmediği, diyabet nedeniyle herhangi bir komplikasyon gelişip gelişmediği, başka bir hastalığın olup olmadığı, ailesinde diyabetli bir bireyin olup olmadığı, hastalığın tedavisi ve masrafları nedeniyle zorluk yaşayıp yaşamadığı, istenilen zamanda sağlık kuruluşuna ulaşip ulaşmadığı, düzenli kontrole gidip gitmediği, ilaçlarını düzenli olarak kullanıp kullanmadığı, diyetine uyup uymadığı, spor yapip yapmadığı, sigara kullanıp kullanmadığı) 13 soru yer almaktadır. Bu sorulardan diyabet uyumunu gösteren (diyabet ilaçlarının kullanılması, kan şekeri takibi, doktor kontrolüne gitme, önerilen fiziksel egzersizi yapma, diyetle uyma ve sigara kullanımı) sorular hastaların evet yapıyorum ya da hayır yapmıyorum şeklindeki ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

3.7.1.2. Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Bu ölçek Tan (2004) tarafından Sağlık İnanç Modeli'nin 5 alt boyutu temel alınarak, diyabetli hastaların diyabete bağlı komplikasyonlarının önlenmesi, hastalığın bakım ve tedavisine yönelik inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi ve sağlık davranışlarının incelenmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek algılanan duyarlılık (5 madde), algılanan ciddiyet (3 madde), algılanan yararlar (7 madde) , algılanan

engeller (11 madde) ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler (10 madde) olmak üzere 5 alt boyut ve 36 maddeden oluşmaktadır. ⁴⁶

Ölçeğın değerlendirilmesinde, ölçek maddeleri 1’den 5’e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir. Derecelendirme “kesinlikle katılmıyorum” (1) , “kesinlikle katılıyorum” (5) puan olacak şekilde yapılmıştır. Ölçeğın yorumlanmasında tutarlılık olması için negatif sorular tersine kodlanmıştır. Algılanan engeller alt boyutunda yer alan 16, 17,18, 19, 20, 21, 22, 23. maddeler ve algılanan duyarlılık alt boyutunda yer alan 3, 4. maddeler ters kodlanmıştır. Tüm ölçek için puan ortalaması, ölçekteki tüm maddelerin toplanarak toplam madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Alt boyut puan ortalaması ise; her bir alt boyuta ait maddelerin toplanarak ilgili alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Ölçekten alınan dört ve üstü puan yüksek (pozitif) sağlık inancını, dört’ten küçük puan ise düşük (negatif) sağlık inancını göstermektedir. ^{16, 53}

Ölçeğın ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması 2005 yılında Kartal ve Özsoy tarafından Tip 2 diyabetli hastalarda yapılmıştır. Toplam 352 Tip 2 diyabetli hastada yapılan çalışmada, ölçeğın madde toplam korelasyonlarına bakılmış ve bunun sonucunda algılanan duyarlılık alt boyutuna ilişkin madde 3 (Kendimi iyi hissettiğim sürece diyabetim kontrol altındadır) ve algılanan engeller alt boyutundaki madde 17 (Kan şekeri testleri tip 1 diyabetli bireyler için gereklidir) ile madde 20’nin (Gün içinde tatlandırılmış şekerli yiyecekler almak düşük kan şekeri belirtilerinin ortaya çıkmasını önlemede gereklidir) r değerleri 0.20’in altında bulunmuştur. Bu üç madde bu nedenle ölçekten çıkartılmış ve sonuç olarak toplam 36 maddelik ölçek 33 maddeye inmiştir. Ölçeğın test retest

güvenirliğinin 0.90 bulunduğu, ölçeğin alt boyutlarının cronbach alpha değerlerinin 0.73 ile 0.86 arasında değiştiği ve toplam ölçek için cronbach alpha değerinin 0.89 olduğu bildirilmiştir. ⁵³ Bu çalışmada toplam ölçek içincronbach alpha değerinin 0.71; algılanan duyarlılık 0.55; algılanan ciddiyet 0.55; algılanan yararlar 0.86; algılanan engeller 0.82 ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutu içi 0.88 olduğu saptanmıştır.

3.7.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması:

Veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla, Mersin ili Mezitli ilçesine bağlı Kale Yolu ASM' ye herhangi bir nedenle başvuran diyabet tanısı almış 10 diyabetli yaşlıya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda tanıtıcı bilgi formundan bir soru çıkarılmıştır. Ön uygulama formları örnekleme dahil edilmemiştir.

3.7.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler araştırmanın uygulanacağı kurumlardan resmi izin alındıktan sonra, 1 Ocak - 31 Mart 2012 tarihleri arasında Mersin ili merkez Mezitli ilçesine bağlı ASM'lere mesai saatleri içerisinde sıra ile gidilerek toplanmıştır. Veri toplama formları hafta içi mesai saatlerinde ASM' ye gelen diyabetli bireyler muayene işlemini tamamladıktan ve araştırma hakkında bilgilendirilerek izinleri alındıktan sonra uygulanmıştır. Veriler yüz-yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Görüşmenin sağlıklı olması için ASM' nin kullanılmayan bir odası tercih edilmiş ve veri toplama işlemi ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

3.8.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği toplam puanı ve ölçek alt boyut puanları araştırmanın bağımlı değişkenleri olarak alınmıştır.

Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi, kiminle yaşadığı, ailede başka diyabetli birey olup olmadığı, diyabetin süresi, tedavi şekli, başka bir hastalığın varlığı, diyabete ait komplikasyon varlığı/yokluğu araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak alınmıştır.

3.8.2. Verilerin Analizi

Yapılan çalışmada, ölçek genel puanlarının ve ölçek alt boyut puanlarının normal dağılıma uygunluğunu kontrol etmek için Shapiro-Wilk testi kullanılmış, normal dağılım gösteren verilere yönelik karşılaştırmalarda parametrik yöntemler, normal dağılım göstermeyenlerde ise parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Kategorik bir değişkene ait alt grup sayısının iki olduğu puan karşılaştırmalarında dağılım şekline göre Student t testi ya da Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik bir değişkene ait alt grup sayısının ikiden fazla olduğu puan karşılaştırmalarında dağılım şekline göre tek yönlü varyans analizi ya da Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Yapılan

karşılaştırmalarda SPSS 11.5 istatistik programı kullanılmış ve Tip 1 Hata seviyesi 0,05 olarak belirlenmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma;

1- Zamanın kısıtlılığı nedeniyle 3 ay sürmüştür.

2- Kolay ulaşılabilir olması nedeni ile Mersin iline bağlı merkez bir ilçede yapılmıştır.

3- İletişim kurulabilen yaşlılar çalışmaya dahil edilmiştir.

4- Bireylerin diyabet tedavisine uyumları (beslenme tedavisi, egzersiz, ilaç kullanma, kontrole gitme, kan şekeri takibi) kendi öznel ifadeleri ile değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu çalışmada elde edilen bulgular beş ana başlık altında sunulmuştur.

1. Diyabetli yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık/hastalık ile ilgili özellikleri

2. Diyabetli yaşlı bireylerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİMÖ) toplampuan ortalaması ve alt gruplara ilişkin puan ortalamalarına ait bulgular

3. Diyabetli yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre SİMÖ toplam ve alt gruplara ilişkin puan ortalamalarına ait bulgular

4. Diyabetli yaşlı bireylerin sağlık/hastalık özelliklerine göre SİMÖ toplam ve alt gruplara ilişkin puan ortalamalarına ait bulgular

5. Diyabetli yaşlı bireylerin diyabeti yönetebilme durumlarına göre SİMÖ toplam ve alt gruplara ilişkin puan ortalamalarına ait bulgular .

1. Diyabetli yaşı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık/hastalık ile ilgili özellikleri

Tablo 1. Diyabetli Yaşı Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler		Sayı (n)	%
Yaş	65-69 yaş	168	60.0
	70-74yaş	70	25.0
	>= 75 yaş	42	15.0
Cinsiyet	Kadın	124	44.3
	Erkek	156	55.7
Medeni durum	Evli	210	75.0
	Bekar	9	3.2
	Dul	61	21.8
Öğrenim durumu	* Okur yazar değil	52	18.6
	İlkokul	111	39.6
	Ortaokul	19	6.8
	Lise ve üzeri	98	35.0
Çalışma durumu	Çalışıyor	26	9.3
	Çalışmıyor	254	90.7
Düzenli gelir	Düzenli gelir var	220	78.6
	Düzenli gelir yok	60	21.4
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	45	16.1
	Eşi ile	189	67.5
	Çocukları ile birlikte	42	15.0
	Diğer	4	1.4
Diyabet hakkında bilgi alma durumu	Bilgi alan	177	63.2
	Bilgi almayan	103	36.8

*Hiçbir eğitim düzeyine sahip olmayıp,yalnız okuma yazma bilen 7 kişidir.

Tablo 1’de diyabetli yaşı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Araştırmada 280 diyabetli yaşı birey yer almıştır. Araştırmada yer alan diyabetli yaşı bireylerin %55.7’sinin erkek, %60’ının 65-69 yaş grubunda olduğu belirlendi. Yaşı bireylerin %39.6’sı ilkokul düzeyinde eğitime sahip olduğunu, %1.6’sı okur-yazar olmadığını ve %90.7’si aktif olarak bir işte çalışmadığını ifade etmişlerdir.

Tablo 2. Diyabetli Yaşı Bireylerin Sağlık / Hastalığa İlişkin Özellikleri

Hastalığa İlişkin Özellikler		Sayı (n)	%
Diyabet süresi	1 Yıldan az	6	2.1
	1-5 Yıl	92	32.9
	6-10 Yıl	73	26.1
	10 Yıldan fazla	109	38.9
Tedavi Şekli	Yalnız diyet	9	3.2
	OAD + diyet	218	77.9
	İnsülin+ OAD+ diyet	18	6.4
	insülin+ diyet	35	12.5
Komplikasyon	Var	81	28.9
	Yok	199	71.1
Ailede diyabet hastası	Var	145	51.8
	Yok	135	48.2
Diyabete bağlı başka hastalık	Var	218	77.9
	Yok	62	22.1
Diyabet tedavisine ilişkin zorluk yaşama durumu	Yaşayan	73	26.1
	Yaşamayan	207	73.9

Tablo 2 (Devam)

Sağlık kuruluşuna ulaşmada zorluk	Yok	270	96.4
	Var	10	3.6
Düzenli ilaç kullanma	Evet	265	94.6
	Hayır	15	5.4
Diyetine uyma	Evet	171	61.1
	Hayır	109	38.9
Kontrole gitme	Evet	239	85.4
	Hayır	41	14.6
Egzersiz yapma	Evet	134	47.9
	Hayır	146	52.1
Şeker takibi yapma	Evet	253	90.4
	Hayır	27	9.6
Sigara kullanma	Evet	28	10.0
	Hayır	252	90.0

Tablo 2’de diyabetli yaşlı bireylerin sağlık/hastalık özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Araştırmada yer alan yaşlı bireylerin %38.9’u 10 yıldan fazla süredir diyabetli olduklarını, %77.9 u tedavi şeklinin oral antidiyabetik (OAD)+diyet olduğunu, %51.8’i ailesinde de diyabet bulunduğunu, %77.9’u diyabet dışında başka bir hastalığının da bulunduğunu ifade etmişlerdir. Bireylerden %96.4’ü hastalıklarıyla ilişkili bir sağlık kuruluşuna ulaşabildiklerini ifade etmişlerdir. Yaşlı bireylerin %94.6’sı ilaçlarını önerildiği şekilde kullandığını, %61.1’i önerilen diyetle uyduğunu, %85.4’ü önerildiği şekilde doktor kontrolüne gittiğini, %52.1’i önerilen egzersiz programına uymadığını ve %90’ı sigara kullanmadığını ifade etmişlerdir.

2. Diyabetli yaşı bireylerin SiMÖ toplam puan ortalaması ve alt gruplara ilişkin puan ortalamalarına ait bulgular

Tablo 3. Diyabetli Yaşı bireylerin SiMÖ Toplam Puan Ortalaması ve Alt Gruplara İlişkin Puan Ortalamaları

SiMÖ Alt Grupları	$\bar{X}$	Ss
Algılanan duyarlılık	3.20	± 0.42
Algılanan ciddiyet	3.93	± 0.60
Algılanan yararlar	4.18	± 0.45
Algılanan engeller	3.92	± 0.54
Sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler	4.26	± 0.40
SiMÖ toplam	3.99	± 0.33

Tablo 3’de bireylerin SiMÖ puan ortalamaları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan diyabetli yaşlıların SiMÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde puan ortalamaları büyükten küçüğe doğru şöyle sıralanmıştır: Sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler 4.26 ± 0.40 algılanan yararlar 4.18 ± 0.45 SiMÖ toplam $3.99 \pm 0,33$ algılanan ciddiyet 3.93 ± 0.60 algılanan engeller 3.92 ± 0.54 ve algılanan duyarlılık 3.20 ± 0.42 puandır.

3. Diyabetli yaşı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre SİMÖ toplam ve alt gruplara ilişkin puan ortalamalarına ait bulgular

Tablo 4. Diyabetli Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SİMÖ Toplam ve Alt Gruplara Ait Puan Ortalamaları

Sosyo-Demografik Özellikler		Birey Sayısı	Algılanan duyarlılık	Algılanan ciddiyet	Algılanan yararlar	Algılanan engeller	Sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler	SİMÖ toplam puan
		n(%)	Ortalama; ± Ss	Ortalama; ± Ss	Ortalama; ± Ss	Ortalama; ± Ss	Ortalama; ± Ss	Ortalama; ± Ss
Yaş	65-69 yaş	168 (60)	3.25; ± 0.41	3.93; ± 0.64	4.19; ± 0.41	3.92; ± 0.57	4.27; ± 0.41	4.00; ± 0.34
	70-74 yaş	70 (25)	3.13; ± 0.43	3.94; ± 0.56	4.22; ± 0.37	3.88; ± 0.57	4.26; ± 0.42	3.98; ± 0.31
	>= 75 yaş	42 (15)	3.12; ± 0.44	3.91; ± 0.52	4.07; ± 0.65	3.98; ± 0.38	4,21; ± 0,38	3.96; ± 0.32
			P = 0,063	P =0,967	P = 0,211	P = 0,670	P =0,708	P =0,711
Cinsiyet	Kadın	124 (44.3)	3.20; ± 0.42	3.96; ± 0.63	4.15; ± 0.53	3.92; ± 0.61	4,24; ± 0,42	3.98; ± 0.36
	Erkek	156 (55.7)	3.20; ± 0.43	3.91; ± 0.58	4.21; ± 0.37	3.92; ± 0.49	4,27; ± 0,39	4.00; ± 0.30
			P = 0,943	P = 0.497	P = 0. 242	P = 0.684	P = 0.575	P = 0.931
Medeni durum	Evli	210 (75)	3.21; ± 0.42	3.92; ± 0.58	4.22; ± 0.39	3.92; ± 0.55	4,26; ± 0,40	4.00; ± 0.31
	Diğer	70 (25)	3.16; ± 0.44	3.96; ± 0.66	4.08; ± 0.58	3.91; ± 0.52	4,25; ± 0,43	3.96; ± 0.36
			P = 0, 405	P = 0. 607	P = 0.062	P = 0.708	P = 0.835	P = 0.693

Tablo 4. (Devam)

Öğrenim durumu	Okur yazar / okur yazar değil	52 (18.6)	3.08; $\pm$ 0.40	3.85; $\pm$ 0.61	3.99; $\pm$ 0.62	3.78; $\pm$ 0.57	4,15; $\pm$ 0,42	3.86; $\pm$ 0.36
	İlköğretim	130 (46.4)	3.18; $\pm$ 0.44	3.92; $\pm$ 0.58	4.24; $\pm$ 0.38	3.85; $\pm$ 0.57	4,24; $\pm$ 0,38	3,97; $\pm$ 0,30
	Lise ve üzeri	98 (35)	3.30; $\pm$ 0.39	4.00; $\pm$ 0.62	4.22; $\pm$ 0.39	4.07; $\pm$ 0.45	4,35; $\pm$ 0,41	4,09; $\pm$ 0,31
			P = 0,008	P = 0.321	P = 0.037	P = 0.007	P = 0.035	P = 0.003
Çalışma durumu	Çalışıyor	26 (9.3)	3.20; $\pm$ 0.39	3.79; $\pm$ 0.60	4.11; $\pm$ 0.39	3.91; $\pm$ 0.41	4,23; $\pm$ 0,39	3,95; $\pm$ 0,29
	Çalışmıyor	254 (90.7)	3.20; $\pm$ 0.43	3.95; $\pm$ 0.60	4.19; $\pm$ 0.45	3.92; $\pm$ 0.56	4,26; $\pm$ 0,41	4,00; $\pm$ 0,33
			P = 0,880	P = 0.225	P = 0.108	P = 0.408	P = 0.822	P = 0.427
Gelir durumu	Düzenli gelir var	220 (78.6)	3.21; $\pm$ 0.44	3.98; $\pm$ 0.60	4.19; $\pm$ 0.47	3.94; $\pm$ 0.54	4,26; $\pm$ 0,41	4,01; $\pm$ 0,34
	Düzenli gelir yok	60 (21.4)	3.15; $\pm$ 0.36	3.75; $\pm$ 0.55	4.16; $\pm$ 0.35	3.84; $\pm$ 0.54	4,24; $\pm$ 0,38	3,94; $\pm$ 0,27
			P = 0,098	P = 0.015	P = 0.626	P = 0.170	P = 0.712	P = 0.126
Kiminle yaşadığı	Yalnız	49 (17.5)	3.23; $\pm$ 0.42	4.04; $\pm$ 0.68	4.19; $\pm$ 0.47	4.01; $\pm$ 0.51	4,25; $\pm$ 0,42	4,03; $\pm$ 0,35
	Eşi ile	189 (67.5)	3.22; $\pm$ 0.40	3.91; $\pm$ 0.59	4.19; $\pm$ 0.38	3.89; $\pm$ 0.56	4,26; $\pm$ 0,41	3,99; $\pm$ 0,32
	Çocukları ile	42 (15)	3.08; $\pm$ 0.49	3.91; $\pm$ 0.55	4.12; $\pm$ 0.66	3.91; $\pm$ 0.53	4,28; $\pm$ 0,37	3,97; $\pm$ 0,32
			P = 0,304	P = 0.308	P = 0.960	P = 0.320	P = 0.931	P = 0.541
Diyabet hakkında bilgi alma durumu	Alan	177 (63;2)	3.23 $\pm$ 0.41	4.06 $\pm$ 0.61	4.21 $\pm$ 0.48	3.99 $\pm$ 0.53	4,30 $\pm$ 0,41	4,04 $\pm$ 0,34
	Almayan	103 (36.8)	3.15 $\pm$ 0.45	3.71 $\pm$ 0.52	4.14 $\pm$ 0.37	3.80 $\pm$ 0.55	4,18 $\pm$ 0,38	3,90 $\pm$ 0,29
			P= 0,057	P< 0.001	P=0.048	P<0.001	P=0.019	P<0.001

Tablo 4'te diyabetli yaşı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre SİMÖ toplam ve alt gruplara ilişkin puan ortalamalarına ait istatistiksel değerlendirmeler yer almaktadır.

Bireylerin yaş gruplarına göre SİMÖ'den aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; 65-69 yaş grubunun algılanan duyarlılık ve algılanan yarar puan ortalamalarının diğer yaş gruplarından belirgin şekilde yüksek olduğu, ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Erkeklerde algılanan yararlar, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ve SİMÖ toplam puan ortalamalarının kadınlara göre, kadınlarda ise algılanan engeller puanının erkeklere göre daha yüksek olduğu ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Evli bireylerin algılanan ciddiyet puanı dışındaki tüm puan ortalamalarının evli olmayanlara göre daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Öğrenim durumu lise ve üzeri olan bireylerin algılanan yararlar puanı dışındaki tüm puan ortalamalarının ilköğretim ve okur-yazar olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Çalışan bireylerin algılanan duyarlılık puanı dışındaki tüm puan ortalamaları çalışmayan bireylere göre daha yüksek bulundu. Gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Düzenli geliri olanlarda SİMÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaların düzenli geliri olmayanlara göre daha yüksek bulundu. Ancak gruplar arasındaki farkın yalnızca algılanan ciddiyet alt boyutunda istatistiksel anlam taşıdığı saptandı ($p< 0.05$).

Yalnız yaşayan bireylerin algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engeller ve SİMÖ toplam puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulundu. Gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Diyabete ilişkin bilgi alan bireylerin algılanan duyarlılık dışındaki tüm alt boyut ve SİMÖ toplam puan ortalamaları diyabete ilişkin bilgi almayan bireylere göre daha yüksek bulundu. Gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı (p<0.05).

4. Örneklem kapsamına alınan bireylerin sağlık/hastalık özelliklerine göre SİMÖ toplam ve alt gruplara ilişkin puan ortalamalarına ait bulgular

Tablo 5. Diyabetli Yaşlı Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre SİMÖ Toplam ve Alt Gruplara Ait Puan Ortalamaları

Hastalığa İlişkin Özellikler		Birey sayısı	Algılanan duyarlılık	Algılanan ciddiyet	Algılanan yararlar	Algılanan engeller	Sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler	SİMÖ toplam puan
		n(%)	Ortalama; ± Ss	Ortalama; ± Ss	Ortalama; ± Ss	Ortalama; ± Ss	Ortalama; ± Ss	Ortalama; ± Ss
Diyabet süresi	1 yıldan az	6 (2.1)	3.29; ± 0.51	4.22; ± 0.58	4.17; ± 0.58	4.02; ± 0.68	4.20; ± 0.47	4.02; ± 0.53
	1-5 yıl	92 (32.9)	3.20; ± 0.42	3.95; ± 0.53	4.19; ± 0.39	3.82; ± 0.60	4.28; ± 0.41	3.97; ± 0.32
	6-10 yıl	73 (26.1)	3.20; ± 0.47	3.95; ± 0.63	4.27; ± 0.44	3.98; ± 0.47	4.29; ± 0.39	4.04; ± 0.31
	10 yıldan fazla	109 (38.9)	3.20; ± 0.39	3.89; ± 0.64	4.12; ± 0.48	3.96; ± 0.53	4.22; ± 0.41	3.97; ± 0.33
			P = 0.970	P = 0.571	P = 0.191	P = 0.355	P = 0.619	P = 0.426
Tedavi şekli	Diyet	9 (3.2)	3.14; ± 0.66	4.07; ± 0.78	4.21; ± 0.42	3.75; ± 0.75	4.31; ± 0.42	3.97; ± 0.43
	Antidiyabetik+ diyet	218(77.9)	3.20; ± 0.42	3.92; ± 0.57	4.19; ± 0.40	3.90; ± 0.55	4.25; ± 0.41	3.98; ± 0.33
	İnsülin+diyet	18 (6.4)	3.24; ± 0.29	4.11; ± 0.56	4.18; ± 0.41	4.05; ± 0.65	4.32; ± 0.38	4.06; ± 0.35
	İnsülin+antidiyabetik+ diyet	35 (12.5)	3.20; ± 0.47	3.87; ± 0.73	4.16; ± 0.69	4.00; ± 0.38	4.26; ± 0.40	4.00; ± 0.30
			P = 0.957	P = 0.465	P = 0.992	P = 0.408	P = 0.904	P = 0.819

Tablo 5. (Devam)

Diyabete bağlı komplikasyon	Var	81 (28.9)	3.21; $\pm$ 0.43	3.90; $\pm$ 0.61	4.19; $\pm$ 0.52	3.95; $\pm$ 0.59	4.31; $\pm$ 0.39	4.01; $\pm$ 0.34
	Yok	199 (71.1)	3.20; $\pm$ 0.42	3.95; $\pm$ 0.60	4.18; $\pm$ 0.41	3.91; $\pm$ 0.52	4.24; $\pm$ 0.41	3.98; $\pm$ 0.32
			P = 0.830	P = 0.656	P = 0.525	P = 0.144	P = 0.144	P = 0.299
Ailede diyabet hastası	Var	145 (51.8)	3.24; $\pm$ 0.41	3.93; $\pm$ 0.61	4.21; $\pm$ 0.41	3.98; $\pm$ 0.48	4.26; $\pm$ 0.41	4.02; $\pm$ 0.32
	Yok	135 (48.2)	3.15; $\pm$ 0.43	3.93; $\pm$ 0.59	4.16; $\pm$ 0.48	3.85; $\pm$ 0.60	4.25; $\pm$ 0.40	3.96; $\pm$ 0.34
			P = 0.097	P = 0.838	P = 0.806	P = 0.061	P = 0.647	P = 0.080

Tablo 5'te diyabetli yaşı bireylerin hastalık özelliklerine göre SİMÖ toplam ve alt gruplara ilişkin puan ortalamalarına ait istatistiksel değerlendirmeler yer almaktadır.

Bireylerin diyabet tanısı aldıkları süreler göre SİMÖ' den aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, SİMÖ toplam puanının en yüksek 6-10 yıldır diyabeti olan yaşlılarda olduğu bulundu. Gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$).

İnsülin+diyet tedavisi uygulanan bireylerin algılanan yararlar hariç tüm alt boyut ve SİMÖ toplam puan ortalamaları, diğer tedavilerin uygulandığı bireylere göre daha yüksek bulundu. Gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Diyabete bağlı komplikasyonu olan bireylerin algılanan ciddiyet hariç tüm alt boyut ve SİMÖ toplam puan ortalamaları diyabete bağlı komplikasyonu olmayan bireylere göre daha yüksek bulundu. Gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Ailesinde diyabetli birey olanların algılanan ciddiyyet hariç tüm alt boyut ve SİMÖ toplam puan ortalamaları, ailesinde diyabetli birey olmayanlara göre daha yüksek bulundu. Gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$).

5. Diyabetli Yaşlı bireylerin diyabeti yönetebilme durumlarına göre SİMÖ toplam ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarına ait bulgular

Tablo 6. Diyabetli Yaşlı Bireylerin Diyabetin Yönetimine İlişkin Özelliklerine Göre SİMÖ Toplam ve Alt Gruplara Ait Puan Ortalamaları

Diyabetin Yönetimine İlişkin Özellikler		Birey Sayısı	Algılanan duyarlılık	Algılanan ciddiye	Algılanan yararlar	Algılanan engeller	Sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler	SİMÖ toplam puan
		n (%)	Ortalama; ± Ss	Ortalama; ± Ss	Ortalama; ± Ss	Ortalama; ± Ss	Ortalama; ± Ss	Ortalama; ± Ss
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	265 (94.6)	3.19; ± 0.43	3.94; ± 0.61	4.18; ± 0.45	3.92; ± 0.54	4.26; ± 0.40	3.99; ± 0.33
	Hayır	15 (5.4)	3.35; ± 0.35	3.87; ± 0.45	4.20; ± 0.31	3.80; ± 0.68	4.27; ± 0.41	3.98; ± 0.36
			P = 0.275	P = 0.721	P = 0.725	P = 0.352	P = 0.898	P = 0.688
Diyetine uyma	Evet	171 (61.1)	3.21; ± 0.42	3.95; ± 0.63	4.18; ± 0.47	3.98; ± 0.51	4.30; ± 0.39	4.02; ± 0.33
	Hayır	109 (38.9)	3.19; ± 0.43	3.91; ± 0.55	4.18; ± 0.40	3.82; ± 0.59	4.19; ± 0.41	3.94; ± 0.32
			P = 0.980	P = 0.892	P = 0.860	P = 0.011	P = 0.021	P = 0.135
Kontrolle gitme	Evet	239 (85.4)	3.22; ± 0.41	3.93; ± 0.60	4.19; ± 0.46	3.95; ± 0.53	4.25; ± 0.41	4.00; ± 0.33
	Hayır	41 (14.6)	3.10; ± 0.49	3.98; ± 0.59	4.13; ± 0.34	3.76; ± 0.58	4.30; ± 0.38	3.94; ± 0.27
			P = 0.214	P = 0.193	P = 0.174	P = 0.023	P = 0.538	P = 0.426

Tablo 6 (Devam)

Egzersiz yapma *	Evet	134 (47.9)	3.22; $\pm$ 0.45	3.98; $\pm$ 0.63	4.23; $\pm$ 0.48	3.89; $\pm$ 0.57	4.31; $\pm$ 0.43	4.01; $\pm$ 0.34
	Hayır	146 (52.1)	3.18; $\pm$ 0.39	3.89; $\pm$ 0.57	4.14; $\pm$ 0.41	3.94; $\pm$ 0.52	4.22; $\pm$ 0.37	3.97; $\pm$ 0.31
			P = 0.192	P = 0.523	P = 0.031	P = 0.732	P = 0.095	P = 0.229
Şeker takibi Yapma **	Evet	253 (90.4)	3.21; $\pm$ 0.42	3.96; $\pm$ 0.60	4.20; $\pm$ 0.45	3.95; $\pm$ 0.52	4.27; $\pm$ 0.40	4.01; $\pm$ 0.32
	Hayır	27 (9.6)	3.07; $\pm$ 0.40	3.73; $\pm$ 0.60	4.02; $\pm$ 0.42	3.62; $\pm$ 0.65	4.16; $\pm$ 0.45	3.81; $\pm$ 0.35
			P = 0.088	P = 0.127	P = 0.047	P = 0.006	P = 0.185	P = 0.016
Sigara kullanma	Evet	28 (10)	3.27; $\pm$ 0.50	4.06; $\pm$ 0.64	4.19; $\pm$ 0.36	3.87; $\pm$ 0.67	4.29; $\pm$ 0.42	4.01; $\pm$ 0.37
	Hayır	252 (90)	3.19; $\pm$ 0.41	3.92; $\pm$ 0.59	4.18; $\pm$ 0.45	3.92; $\pm$ 0.53	4.26; $\pm$ 0.40	3.99; $\pm$ 0.32
			P = 0.483	P = 0.282	P = 0.720	P = 0.867	P = 0.628	P = 0.944

* Egzersiz süresi ve sıklığı dikkate alınmadan önerilen egzersizi yapıp yapmadığı ifadesi ile değerlendirilmiştir.

** Yalnızca bireyin evde kan şekeri ölçümü yaptığını ifade etmektedir. Sıklıklar çok farklı olduğu için kategorize edilmemiştir.

Tablo 6 'da bireylerin diyabeti yönetebilme durumlarına göre SİMÖ toplam ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeler yer almaktadır.

Bireylerin ilaçlarını önerildiği şekilde kullanma durumuna göre SİMÖ' den aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; ilaçlarını düzenli kullandığını ifade eden bireylerin algılanan ciddiyet, algılanan engeller ve SİMÖ toplam puan ortalamaları diğer gruba göre bir miktar yüksek olduğu, puan ortalamaları arasındaki farkın ise önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Diyetine uyum gösterdiğini ifade eden bireylerin algılanan yararlar dışındaki tüm puan ortalamalarının diyetine uyum göstermediğini ifade edenlere göre daha yüksek olduğu, bu puanlardan yalnızca algılanan engeller ve sağlıkla ilgili aktiviteler boyutlarına ilişkin farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Önerildiği şekilde doktor kontrolüne gittiğini ifade edenlerin algılanan duyarlılık, algılanan yararlar, algılanan engeller, ve SİMÖ toplam puan ortalamaları önerildiği şekilde kontrole gitmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki fark yalnızca algılanan engeller alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Önerilen fiziksel aktiviteye uyduğunu ifade eden bireylerin algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, sağlıkla ilgili

önerilen aktiviteler ve toplam SİMÖ puan ortalamaları önerilen aktiviteye uymayanlara göre yüksek bulunmuştur puan ortalamaları arasındaki farkın ise önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Şeker takibi yaptığını ifade eden bireylerin SİMÖ toplam ve alt grup puan ortalamaları şeker takibi yapmayanlara göre daha yüksek olmakla birlikte bu puanlardan sadece algılanan yararlar, algılan engeller ve SİMÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu diğer puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır.

Sigara kullandığını ifade eden bireylerin algılanan engeller dışındaki tüm puan ortalamalarının sigara kullanmadığını ifade edenlere göre yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak aradaki istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, diyabetli yaşlıların diyabetin bakım ve tedavisine yönelik sağlık inançları incelenmiştir. Elde edilen bulgular mevcut araştırma sonuçları ve literatür bilgisiyle tartışılmıştır.

Ülkemizde diyabetin kronik hastalıklar içerisinde sayıca önemli bir yer tutması nedeniyle, hem toplum sağlığına hem de ülke ekonomisine katkı sağlayabilme düşüncesiyle çalışma konusu olarak seçilmiştir. Diyabet yaşlılık döneminde yaşam kalitesini etkileyen önemli hastalıklardan biridir³². Yaşlılara verilecek koruyucu sağlık hizmetleriyle, ülkemizde yaşayan diyabetli yaşlıların bağımsız yaşamlarının sağlanması, yaşam kalitesinin artırılması ve engelliliklerinin başlamasının önlenmesi düşüncesini bir kez daha vurgulamak amacıyla bu çalışma yaşlı diyabetli bireylerle yapılmıştır²⁰. Çalışmamızda diyabet gibi, bireylerin yaşam biçimi ve alışkanlıklarında değişiklik gerektiren hastalıklarda davranış kazandırma ve sağlığı geliştirmek için, tedavi planı yapılmadan önce kişilerin sağlığını ve hastalığın ciddiyetini nasıl algıladıklarının değerlendirilmesinin önemini vurgulayan literatür çalışmalarının paralelinde Sağlık İnanç Modelini kullandık. Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği de bu amaca yönelik olarak geliştirilmiştir.

Diyabetli bireylerde kullanılan Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin değerlendirilmesinde dört ve üstü puanın yüksek (pozitif) sağlık inancını, dörtten küçük puanın ise düşük (negatif) sağlık inancını gösterdiği ifade edilmiştir^{16, 53}. Kartal SİMÖ kullandığı, çoğunluğunu (%65) 50 yaş ve üzeri

diyabetli hastaların oluşturduğu girişimsel çalışmasında eğitim öncesinde hastaların diyabete ilişkin sağlık inançlarının negatif düzeyde (3.58 ± 0.47) olduğunu saptamıştır ⁴⁸. Yandım ise çoğunluğunu (%94) 40 yaş ve üzeri bireylerin oluşturduğu çalışmasında diyabetik ayağı olan (3.47 ± 0.30) ve olmayan (3.57 ± 0.27) her iki hasta grubunda da sağlık inançlarının negatif düzeyde olduğunu saptamıştır ¹². Bu çalışmada elde edilen Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puan ortalamasının (3.99 ± 0.33) negatif sağlık inancını göstermekle birlikte Kartal ve Yandım'ın çalışmalarında elde edilen puanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 3).

Sağlık İnanç Modeli'nde, yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu gibi sosyo-demografik özellikler, sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde rolü olan sağlık inançları (duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı) için değiştirici faktörler olarak açıklanmaktadır ²¹. Buna göre bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile sağlık inanç puanları arasında ilişki olması beklenmektedir. Literatür incelendiğinde bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özellikleri ile diyabetin bakım ve tedavisine yönelik sağlık inançları arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalara rastlanılmaktadır ^{12,16,18,47,48,51,54,55,56,57}.

Eğitim sosyo-demografik değişkenler arasında en belirleyici olanıdır. Bireylerin öğrenim düzeylerinin artması ile birlikte sağlık davranışlarının da olumlu yönde etkilenmesi, bireylerin öğrenim düzeyleri arttıkça hastalıklarıyla ilgili daha fazla bilgiye sahip olmaları ile açıklan

mıştır. ¹⁶ Literatür incelendiğinde Yandım, Tan ve Kartal'ın çalışmalarında öğrenim düzeyi ile diyabetli hastaların sağlık inançları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ^{12,16,48}. Bu çalışmada da öğrenim düzeyi yüksek olan yaşlıların algılanan yarar, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet ve algılanan engeller puanı ile toplam SİMÖ puan ortalamaları öğrenim düzeyi düşük olan yaşlılara göre yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark algılanan ciddiyet dışındaki tüm puan ortalamalarında anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç literatürdeki çalışmaların sonuçlarını destekler nitelikte, bireylerin öğrenim düzeylerinin artması ile birlikte sağlık davranışlarının da olumlu yönde etkilendiğini ve öğrenim düzeyinin artmasının sağlık inancı üzerine olumlu etkisi olduğunu ortaya koymaktadır (Bkz. Tablo 4). Ciddiyet algısı diyabetin ne derece ciddi bir hastalık olduğu ile ilgili inancı ifade etmektedir. Algılanan ciddiyet puanının eğitim düzeyi farklı olan bireyler arasında önemli fark göstermemesi, algılanan ciddiyet boyutundan aldıkları puan ortalamasının (ortalama 3,93) bireylerin diyabetin ciddiyeti konusundaki inançlarının negatif olduğunu gösterdiği dikkate alındığında, bunun olumsuz bir sonuç olduğu söylenebilir.

Sağlık İnanç Modeli'ne göre diyabetli bireyler, hastalıklarıyla ilgili eğitildiklerinde hastalığa ilişkin davranışlar üzerine etkisi olduğu bilinen ciddiyet algıları artmakta, engel algıları ise azalmaktadır. Mollaoğlu ve arkadaşları, Sharifirad ve arkadaşları, Tessaro ve arkadaşları, Javanshir ve Kartal çalışmalarında diyabeti olan bireylerin diyabetle ilgili bilgi alma durumu ile diyabete ilişkin sağlık inançları ve tutumları arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamışlardır ^{48, 54, 58, 59, 60, 61}. Bu çalışmada diyabet hakkında bilgi aldığını ifade eden bireylerin SİMÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının diğer grubu göre daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki ilişkinin de anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu

çalışmanın bulguları, diğer araştırmacıların çalışmalarının bulgularını desteklemekte ve diyabete ilişkin bilgi almış olmanın sağlık davranışları üzerine olumlu etkisini ortaya koymaktadır (Bkz. Tablo 4).

Cinsiyet sağlıkla ilgili davranışlarda etkili olduğu bildirilen diğer bir değişkendir. Kadınlar ve erkekler arasında sağlık inançları açısından farklı sonuçlar mevcuttur. Kartal, Tan, Kır ve Yandım'ın çalışmalarında cinsiyet ile sağlık inançları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ^{12,16,48,55}. Taşkın ile Johnson ve arkadaşlarının diyabete uyumla ilgili çalışmalarında kadınların diyabetle ilgili ciddiye algılarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu ve tedaviye uyumlarının da erkeklerden daha iyi olduğunu bildirmişlerdir ^{56, 57}. Coates ve Boore ise diyabetin yönetimine ilişkin çalışmalarında kadınların erkeklere göre diyabeti daha az riskli olarak algıladıklarını bildirmişlerdir ⁶². Bu çalışmada da erkeklerin diyabete yönelik toplam SİMÖ puanları kadınlara göre yüksek olmakla birlikte puan ortalamaları arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Bkz. Tablo 4). İstatistiksel değerlendirmeye yansımayan cinsiyetler arası puan farkının erkeklerin öğrenim düzeylerinin kadınlara göre yüksek olması ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Yaşın ilerlemesiyle birlikte bazı yetilerin kaybı nedeniyle öz bakım gücü azalmakta ve diyabeti yönetmek daha da zorlaşmaktadır ^{32,63,64}. Konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Kır'ın 40-80 yaş, Gökdoğan ve Akıncı'nın 23-80 yaş arası diyabetli hastalarla yaptıkları çalışmalarda bireylerin yaşlarının artması ile diyabetin ciddiyetini algılama

puan ortalamalarının da arttığı bildirilmiştir ($p<0.05$)^{51,55}. Tan'ın ortalama 60 yaş ile Kartal'ın 30 ve üzeri yaş grubundaki diyabetli bireylerde yaptıkları çalışmalarında ise yaş değişkeni ile sağlık inancı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir^{16,48}. Çalışmamızda da bu çalışmalara benzer şekilde yaş ile SİMÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Bkz. Tablo 4). Belirtilen çalışmalarda örnekleme alınan bireylerin yaş aralıklarının farklı olmasının yaşı n sağlık inancı ile ilişkisi açısından farklı sonuçlar elde edilmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada diğer çalışmalardakinden farklı olarak 65 yaş üzeri bireyler çalışma kapsamına alınmış olup, yaş aralığı diğer çalışmalardakinden daha azdır.

Kronik hastalıklarda aile desteğinin önemi yadsınamaz. Yaşlanmaya bağlı değişiklikler nedeniyle başkasına olan bağımlılığın artması, kronik hastalığı olan bireye destek olacak aile bireylerini, özellikle eşin varlığını daha da önemli hale getirmektedir⁶⁵. Medeni durum ile sağlık inancı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında değişik sonuçlarla karşılaşılmaktadır. Kartal çalışmasında evli olan bireylerin sağlık inanç puanlarının dul ve boşanmış hastalara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır ($p<0.05$)⁴⁸. Surit de yaptığı çalışmada evli bireylerde sağlık inanç puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir ($p<0.05$)⁴⁷. Bu çalışmada ise Javanshir ile Gökdoğan ve Akıncı'nın çalışmalarındaki gibi medeni durum ile diyabetle ilgili ciddiyet algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır^{51,58}. Ayrıca çalışmamızda sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutu dışında tüm puan ortalamalarının yalnız yaşayan diyabetli yaşlılarda en yüksek olmasıyla birlikte hiçbir grupta anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Bkz. Tablo 4). Kır'da çalışmasında bizim çalışma bulgumuza benzer şekilde

yalnız yaşıyan bireylerin sağık inançlarının ailesiyle birlikte/aile dışı kişilerle birlikte olan bireylere göre daha olumlu olduğunu bildirmiştir ⁵⁵.

Diyabetli bireylerde düzenli doktor kontrolüne gitme, glukometre ve strip edinme gibi tedavi masraflarının üstesinden gelinmesi açısından gelir önemlidir. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda diyabeti olan bireylerin gelir düzeyleri ile sağık inançları arasında anlamlı bir fark olduğu görölmektedir ^{47,48,55}. Bu çalışmada da düzenli geliri olduğunu ifade edenlerin SİMÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının düzenli geliri olmadığını ifade edenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık yalnızca algılanan ciddiyet alt boyutunda saptanmıştır. Çalışma bulgusu literatürdeki diğer çalışmaların bulgularıyla benzerlik göstermekte ve düzenli geliri olan yaşlıların diyabetle ilgili ciddiyet algılarının düzenli geliri olmayan yaşlılara göre daha yüksek olduğu sonucunu ortaya çıkarmaktadır ^{47,48,55} (Bkz. Tablo 4).

Diyabetli bireylerin olumlu ya da olumsuz sağık davranışları gerçekleştirmelerinde etkisi olabileceği düşünülen diğer bir değişken de çalışma durumlarıdır. Konuyla ilgili çalışmalarda bireylerin çalışma durumu ile sağık inançları arasındaki ilişki araştırılmamıştır ^{16,48,54,55,66}. Bu çalışmada ise çalıştığını ifade eden bireylerin SİMÖ toplam ve algılanan duyarlılık dışındaki tüm alt boyut puan ortalamaları çalışmadığını ifade eden bireylere göre yüksek olmakla birlikte gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4).

Sağlık İnanç Modeli, sosyo-demografik faktörleri (yaş, cinsiyet, öğrenim, hastalık hakkında bilgi, gelir, çalışma gibi.) sağlık davranışlarının oluşmasında değiştirici olarak belirtmiştir. Bu çalışmada modelden hareketle yapılan karşılaştırmalar bu değişkenler arasında öğrenim durumu ve hastalık hakkında bilgilenmenin diğer değişkenlere göre sağlık inançlarını değiştirmekte daha fazla etkili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlara göre öğrenim düzeyi yüksek olanların diyabetle ilgili duyarlılıklarının arttığı, engellerle ilgili daha pozitif sağlık inancına sahip oldukları, diyabete yönelik sağlık davranışlarına ilişkin inançlarının daha olumlu olduğu, bununla birlikte diyabetin ciddiyeti ile ilgili algılarının önemli ölçüde farklı olmadığı saptanmıştır. Diyabet ile ilgili bilgi aldığını ifade edenlerin sağlık inançlarının daha olumlu bulunması, diyabette bireysel öğrenimin ve hasta eğitiminin ne kadar önemli olduğunu bir kez daha göstermesi bakımından diğer çalışmaları destekleyen oldukça önemli sonuçlardır. Bu sonuçlar aynı zamanda hemşirenin eğitimci rolünün önemini ortaya koymaktadır.

Sağlık İnanç Modeli'ne göre hastalığa ilişkin ciddiyet algısı sağlık davranışının ortaya çıkmasında harekete geçirici bir etkidir. Hastalığa yönelik ciddiyet algısını etkileyebilecek olan değişkenler olarak diyabetin süresi, tedavi şekli, komplikasyon varlığı araştırılmış ve Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanları ile karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda yaşlıların diyabet süresi, tedavi şekli ile SİMÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Bkz. Tablo 5). Diyabet süresi ve tedavi şekli ile sağlık inançları arasındaki ilişkiyi araştıran bazı çalışmalarda da bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır^{16, 18, 48, 67}.

Diyabete bağlı komplikasyon varlığı ile sağlık inançları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar incelendiğinde; Tan'ın çalışmasında diyabetli bireylerin algılanan duyarlılık, algılanan ciddiye ve algılanan engeller puanları arttıkça komplikasyonları önleme davranışlarının da arttığı saptanmıştır ¹⁶. Yandım'ın çalışmasında komplikasyon süresi bir yıldan az olan diyabetli hastaların SİMÖ puan ortalamaları, komplikasyon süresi 1-4 yıl olan hastaların puan ortalamalarına yakın bulmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ¹². Bu çalışmada ise diyabete bağlı komplikasyonu olduğunu ifade eden bireylerin algılanan ciddiye dışındaki puan ortalamaları diğer gruba göre daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 5). Bu çalışmada hastalığa ilişkin belirtilen değişkenlerle Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puanı arasında önemli fark bulunmamasının, araştırma grubunun belirtilen değişkenler açısından heterojen olmamasından kaynaklanmış olabileceği düşünölmüştür.

Diyabette ailesel geçişin rolü olduğu ve diyabetten ya da diyabet komplikasyonlarından korunma açısından bireylerin bu durumun farkında olmalarının önemli olduğu bilinmektedir ⁶⁸. Ailede diyabetli birey varlığı ile sağlık inançları arasındaki ilişki incelendiğinde, Tessaro'nun çalışmasında ailesinde diyabetli bulunmayan bireylerin diyabeti daha az tehdit olarak algıladıkları saptanmıştır ⁵⁴. Kartal ve Özcan'ın diyabet tutumu ile ilgili çalışmalarında ise birinci derece yakın akrabalarında diyabetli bir bireyin varlığı ile diyabetin bakım ve tedavisine yönelik tutum arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ^{19,67}. Çalışmamızda ailesinde diyabetli birey olduğunu ifade edenlerin algılanan ciddiye dışındaki tüm puan ortalamaları, ailesinde diyabetli birey bulunmayanlara göre yüksek bulunmuştur ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızın bulguları araştırmacıların çalışma bulgularını destekler niteliktedir (Bkz. Tablo 5).

Diyabet komplikasyonlarını önlemek ve daha kaliteli bir yaşam sürdürebilmek açısından tedaviye uyum önemlidir. Sağlık İnancı Modeli'ne göre tedavinin yararına olan inanç ve hastalığa ilişkin tehdit algısının sağlık davranışının ortaya çıkmasını artıran faktörler olduğu engel algısının ise sağlık davranışının oluşumunu olumsuz etkileyen faktör olarak bildirilmektedir ²¹. Sağlık ve hastalıkla ilgili öznel algılar, hastalıkla ilgili algılanan ciddiyet ve yapılan önerilerin yararlı bulunup bulunmaması bireyin hastalıkla ilgili olan uygulamalara katılımını etkilemektedir. Yapılan bir meta analiz çalışmasında bireylerin hastalıkları ile ilgili ciddiyet algıları ile tedaviye uyumları arasında pozitif ilişki olduğu ancak hastanın sağlık durumunun bozulması halinde tedavi uyumunun olumsuz etkilendiği belirtilmektedir ⁶⁹. Literatür incelendiğinde bazı çalışmalarda diyabetli bireylerin düzenli ilaç kullanma, diyetine uyma, düzenli kontrole gitme, egzersiz yapma, şeker takibi, sigara kullanma gibi hastalık yönetimine ilişkin özellikleri ile diyabetin bakım ve tedavisine yönelik sağlık inançları arasında ilişki olduğu görülmektedir ^{34, 58, 59, 61, 65, 70, 71, 72, 73, 74}.

Diyabet yönetiminde ilaç tedavisine uyumun önemli olduğu bildirilmiştir ^{37,75}. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde; Farmer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, çalışmaya dahil edilen hastaların %61,7'sinin ilaçlarını kullandığı ve bu davranışın hastalığına faydalı olacağı inancında olduğu saptanmıştır. İlaçlarını düzenli kullanmayan hastaların ise, kullanmama nedenlerinin ilaçların yan etkilerinin olabileceği

veya kilo aldirabileceği inancıyla ilişkili olduğu saptanmıştır ⁷⁶. Taşkın ile Ayele ve arkadaşlarının çalışmalarında tedavi yöntemine ve etkinliğine inanmanın hastaların tedaviye uyumlarını olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir ^{56,74}. Taşkın aynı zamanda oral antidiyabetik (OAD) kullanan hastaların tedavi uyumunun insülin kullanan hastalardan daha iyi olduğu sonucunu saptamıştır ⁵⁶. OAD tedavisi uygulanan diyabetli bireylerin dahil edildiği bir çalışmada da katılımcıların tedaviye uyum durumları %81 bulunmuştur ⁷⁷. Çalışmamızda ilaçlarını düzenli olarak kullandığını ifade eden yaşlıların SİMÖ toplam puan ortalamaları ilaçlarını düzenli olarak kullanmadığını ifade eden bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 6).Literatürde diyabetli hastaların beslenme tedavisine uyumunun yetersiz düzeyde olduğu, özellikle yaşlıların yetişkinlerden daha güç uyum gösterdiği bildirilmiştir ^{22,58,59,70,71,72}. Gedik bu uyum sorununun yaşlıların uzun yıllar alışılmış beslenme alışkanlıklarını değiştirmeye karşı direnç göstermelerinin bir sonucu olabileceğini ifade etmiştir ³⁴. Literatür incelendiğinde; Kartal'ın çalışmasında beslenme tedavisine uyumu iyi düzeyde olan hastaların sağlık inanç puanları, beslenme tedavisine uyumu orta ve kötü düzeyde olan hastalara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$) ⁴⁸. Ayele ve arkadaşları da çalışmalarında beslenme tedavisinin ciddiyetine inanan hastaların beslenme tedavisine uyumunun daha iyi olduğunu saptamışlardır ⁷⁴. Shafirad ve arkadaşları ise Sağlık İnanç Modeli'ni kullanarak beslenme eğitimi verdiği hastaların sağlık inançlarında olumlu gelişmeler olduğunu ve beslenme tedavisine uyumlarının arttığını saptamıştır ⁶¹. Bu çalışma da diğer araştırmaların sonuçlarına benzer şekilde önerilen davranışı yararlı bularak, tedavinin ciddiyetine inanan bireylerin önerilen beslenme tedavisine uyumlarının daha iyi olduğu sonucunu ortaya koymaktadır (Bkz. Tablo 6).

Diyabet yönetiminde metabolik kontrolün sağlanması ve komplikasyonların erken teşhisi için düzenli kontrole gitmenin önemli olduğu bildirilmiştir. Özellikle önerilen sıklıktaki kontrollerle takip edilen HbA1c düzeyinin, plazma glukoz kontrolü ile komplikasyonların gelişmesi arasındaki ilişkinin incelenmesinde önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmıştır ^{28,78}. Literatür incelendiğinde Talaz'ın çalışmasında diyabetik ayak gelişen hastaların 1-3 ay arası sıklıktaki sağlık kontrollerine uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır ⁷⁸. Skovlund ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada diyabetli hastaların randevularını düzenli olarak takip etme konusundaki uyumlarının düşük olduğu saptanmıştır ⁷⁹. Bu çalışmada periyodik kontrollere düzenli olarak giden yaşlıların algılanan engeller puan ortalamasının, düzenli olarak gitmeyen yaşlılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 6). Çalışmamızın sonuçları literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstererek, bireylerin engel algısının azalması durumunda bireylerin periyodik kontrollere daha çok uyum gösterdiği sonucunu ortaya koymaktadır.

Egzersiz diyetle birlikte kilo kontrolünü sağlayarak, pek çok yaşlı diyabetlinin herhangi bir farmakolojik tedaviye ihtiyaç duymadan hedeflenen glisemik değerlere ulaşmasını sağladığı bildirilmiştir. Literatür incelendiğinde Ayele ve arkadaşları çalışmalarında egzersiz tedavisine uyumun, beslenme ve ilaç tedavisine göre daha kötü düzeyde olduğunu saptamışlardır. Bunun sebebinin de egzersiz tedavisinin ciddiyetine olan inancın düşük olmasından kaynaklanabileceğini bildirmişlerdir ⁷⁴. Koch, Kartal ve Yandım'ın çalışmalarında ise egzersiz yapan hastaların egzersiz yapmayan hastalara göre sağlık inançlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır ^{12,48,66}. Javanshir'in diyabet tutumuyla ilgili çalışmasında da egzersiz yapan hastaların daha yüksek pozitif tutuma sahip oldukları saptanmıştır. ⁵⁸ Çalışmamızda da egzersiz yaptığını ifade eden bireylerin

diyabet tedavisine yönelik yarar algılarının egzersiz yapmadığını ifade eden bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 6). Çalışmamızın bu bulgusu literatürdeki çalışmalarla uyumlu olarak bireylerin önerilen davranışın yararına olan inancının artması ile birlikte egzersiz tedavisine uyumlarının da arttığı sonucunu ortaya koymaktadır.

Düzenli şeker takibinin diyabetin kontrolünde önemli bir yere sahip olduğu bildirilmiştir ^{48,67,80}. Literatürde incelendiğinde yapılan çalışmalarda düzenli olarak şeker ölçümü yapan hastaların diyabete ilişkin sağlık inançlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır ^{16,18,48,73}. Bu çalışmada da, düzenli olarak şeker takibi yaptığını ifade eden bireylerin SİMÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının düzenli olarak şeker takibi yapmadığını ifade eden bireylere göre daha yüksek olmakla birlikte, yalnızca algılanan yararlar, algılanan engeller ve SİMÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 6). Çalışmamızın bu sonucu literatürdeki çalışmalara paralel şekilde bireylerin egzersiz yapmanın yararına olan inancının artması ve egzersiz yapmayı engelleyen algılarının azalması ile birlikte egzersiz tedavisine uyumunun arttığı sonucunu ortaya koymaktadır.

Sigaranın diyabetli bireylerde komplikasyon gelişme olasılığını artırdığı ve iyileşme hızında bir düşüş meydana getirdiği bildirilmiştir ^{81,82}. Yandım ve Javanshir'in çalışmalarında algılanan ciddiyet puan ortalaması ile sigara kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ^{12,58}. Bu çalışmada da yaşlıların sigara kullanma durumu ile SİMÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Bkz. Tablo 6). Diyabet ve sağlık inancı konulu diğer çalışmalarda sağlık inançları ile sigara kullanma durumu arasındaki ilişki araştırılmamıştır ^{16,48}.

Bireylerin diyabet kontrolüne ilişkin sağlık davranışlarını (beslenme planı, egzersiz, ilaç kullanma, kan şekeri takibi, kontrole gitme) düzenli olarak uygulayıp uygulamadıkları, bireylerin verdikleri öznel yanıtlara göre değerlendirilmiştir. Bu nedenle diyabete ilişkin sağlık davranışlarının ne derece uygulandığı bilinmemekle birlikte sağlık inançları ile örtüşmesi anlamlı bulunmuştur.

Çalışmada maddi sıkıntısı olan, sağlık kurumuna ulaşmada sıkıntı yaşayan, sağlık güvencesi olmayan bireyler az sayıdadır (Bkz. Tablo 1). Sağlık davranışının ortaya çıkmasında engel oluşturan bu durumların araştırma grubunda fazla olmadığı dikkate alındığında, diyabet öz yönetim eğitiminin içeriğinin, diyabet tedavisine uyumun komplikasyonları geciktirebileceği/ önleyebileceğine ve yaşam kalitesini artıracığına vurgu yaparak hazırlanmasının önemi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bireylerin yaşlarına uygun olarak öz bakım gücü ve öğrenme kapasiteleri dikkate alınarak hazırlanan uygun eğitim programları ile öz bakım davranışlarını öğrenmeleri ve uygulamalarında desteklenmelerinin engel algısının azaltılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Bu niceliksel çalışma ile yaşlıların diyabete ilişkin sağlık inançlarının düzeyi belirlenmiş olmakla birlikte araştırma sürecinde yaşlıların dile getirdikleri, ancak araştırma bulgularına yansımayan engeller arasında hastaneye ulaşmada zorlanma, yeti kayıpları nedeniyle öz bakım gücünde azalma, yalnızlık ve sosyal destek eksikliği gibi nedenler belirtmişlerdir. Bu nedenle yaşlılarda diyabetle ilişkili sağlık davranışlarını engelleyen faktörlerin kapsamlı olarak değerlendirilmesi için niteliksel çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Diyabetli yaşlıların diyabetin bakım ve tedavisine yönelik sağlık inançlarını incelemek amacıyla yürütölmüş olan bu araştırmanın sonuçları şu şekildedir.

Araştırmamızda yer alan yaşlı bireylerin diyabete ve diyabet yönetimine ilişkin özellikleri incelendiğinde; % 38.9'unun 10 yıldan fazla süredir diyabetli oldukları, %77.9 unun tedavi şeklinin OAD + diyet olduğu, %51'8 inin ailesinde de diyabet bulunduğu ve %77.9'unun diyabet dışında başka bir hastalığının da bulunduğu saptanmıştır. Bireylerin %96.4'ünün hastalıklarıyla ilişkili bir sağlık kuruluşuna ulaşabildiğı, %94.6'sının ilaçlarını düzenli şekilde kullandığı, %61.1'inin diyabet diyetine uyduğu, %85.4'ünün düzenli olarak doktor kontrolüne gittiğı, %52.1'inin düzenli olarak egzersiz yapmadığı ve %10'unun sigara kullandığı görölmüştür.

Sağlık İnanç Modeli Ölçeğı genel olarak değerlendirildiğinde toplam ölçek puan ortalamasının 3.99 ± 0.33 olduğu ve bu sonucun negatif sağlık inancını ifade ettiğı görölmüştür.

Eğitim düzeyi yüksek olan yaşlıların, S M  toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının, eğitim düzeyi düşük olan yaşlılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Diyabete ilişkin bilgi almış olan yaşlıların S M  toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının, diyabete ilişkin bilgi almamış olan yaşlılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Düzenli geliri olan yaşlıların algılanan ciddiye puan ortalamalarının, düzenli geliri olmayan yaşlılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Yaş, cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu değişkenleri ile diyabetin bakım ve tedavisine yönelik sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Diyabet süresi, tedavi şekli, diyabete bağlı komplikasyon gelişme durumu ve ailede diyabetli birey varlığı ile diyabetin bakım ve tedavisine yönelik sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Diyabet diyetini uygulayan yaşlıların algılanan engeller ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puan ortalamaları diyabet diyetini uygulamayan yaşlılara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) .

Düzenli olarak şeker takibi yapan yaşlıların SİMÖ toplam ve algılanan yararlar, algılanan engeller puan ortalamalarının düzenli olarak şeker takibi yapmayan yaşlılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Düzenli olarak kontrole giden yaşlıların algılanan engeller puan ortalamalarının düzenli olarak kontrole gitmeyen yaşlılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Düzenli olarak egzersiz yapan yaşlıların algılanan yararlar puan ortalamalarının düzenli olarak egzersiz yapmayan yaşlılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sigara kullanımı ve ilaç tedavisine uyum değişkenleri ile bakım ve tedaviye yönelik sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

6.2. Öneriler

Diyabet tanısından sonra diyabet ekibi tarafından uygun zamanda başlayarak diyabet kontrolüne ilişkin yeterlilik algılarının geliştirilmesini sağlayacak bireyselleştirilmiş sürekli eğitim programlarının yürütülmesi.

Hemşirelerin, özellikle de toplumu yakından tanıma fırsatı bulan halk sağlığı hemşirelerinin, diyabetli yaşlıların hastalıklarıyla ilgili bireysel algılarını değerlendirerek hastalıklarının tedavisine ne derece duyarlı oldukları, hastalıklarını ne kadar ciddiye aldıkları konusunda fikir sahibi olmaları ve tedavi planı yapılırken bunları dikkate almaları gerektiği.

Yaşlıların, diyabette iyi bir metabolik kontrolün sağlayacağı yararı algılamaları ve tedavinin ciddiyetine olan inançlarının artırılması için belirli aralıklarla sağlık eğitim programlarının düzenlenmesi. Tedavinin yararına ve hastalığın ciddiyetine ilişkin algılarının pekiştirilerek, tedaviye uyumlarının artırılması amacıyla her toplantı da bireylerin hastalıklarına ilişkin gerekli izlemlerin yapılarak, hastalıklarının yönetimi konusunda kendi davranışlarının sonuçlarını görmelerinin sağlanması.

Multi-disipliner bir ekip tarafından, diyabetli yaşlı bireylerin genel sağlık durumlarının değerlendirilerek, diyabetin yönetimine ilişkin

davranışlarını gerçekleştirmelerini engelleyen ya da zorlaştıran durumların saptanması ve uygun girişimlerin planlanması.

Diyabetli yaşlıların, diyabetin tedavi ve kontrolüne ilişkin engellerinin ve günlük yaşamla ilgili sorunlarının en aza indirilmesi için hizmetin yakın ve kolay ulaşılabilir olması.

Diyabetle ilgili sağlık davranışlarını gerçekleştirmede rolü olan sağlık inançlarının değerlendirilmesi için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak kabul edilen “Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin” diyabetli yaşlılarla çalışan hemşireler tarafından kullanılması.

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu gibi sosyo-demografik özelliklerin yanı sıra sağlık davranışlarını etkileyen faktörlerin daha kapsamlı olarak irdelendiği araştırmalar yapılması önerilmiştir.

7. ÖZET

Diyabetli Yaşlıların Diyabetin Bakım ve Tedavisine Yönelik

Sağlık İnançları

Bu çalışma; diyabetli yaşlıların diyabetin bakım ve tedavisine yönelik sağlık inançlarının belirlenmesi amacı ile yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini Mersin ilinin Mezitli ilçesine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde kaydı olan 1176 diyabetli yaşlı birey arasından kendilerine ulaşılabilen 280 diyabetli yaşlı birey oluşturmuştur.

Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde Shapiro-Wilk testi, Student t testi, Mann Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği genel olarak değerlendirildiğinde diyabetli yaşlıların negatif sağlık inancına (3.99 ± 0.33) sahip oldukları görülmüştür. Öğrenim düzeyi ve hastalıkla ilgili bilgi almanın SİMÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları ile pozitif olarak ilişkili faktörler olduğu saptanmıştır. Düzenli şeker takibi yaptığını ifade eden yaşlıların SİMÖ toplam puan ve algılanan yararlar, algılanan engeller puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Beslenme tedavisine uyum gösterdiğini ifade eden yaşlıların algılanan engeller ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puan ortalamalarının, periyodik kontrollere düzenli olarak gittiğini ifade eden yaşlıların algılanan engeller puan ortalamalarının, düzenli olarak egzersiz yaptığını ifade eden yaşlıların ise algılanan yararlar puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çalışma sonucunda diyabetli yaşlıların sağlık inançlarının ve dolaylı olarak diyabet tedavisine uyumlarının artırılması için diyabet öz

yönetim eğitimine önem verilmesi, eğitim gereksinimlerinin saptanmasında SİMÖ'nin kullanılması ve sağlık inançlarını etkileyen faktörlerin niteliksel çalışmalarla incelenmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetes Mellitus, Yaşlı, Sağlık İnancı, Sağlık İnanç Modeli.

8. SUMMARY

Health Beliefs of Elders with Diabetes About Care and Treatment of Diabetes

This study is descriptive research which was held to determine health belief of old patients with diabetes about nursing and treatment of diabetes. The study sample consisted of accessible 280 of the 1176 old individuals with diabetes registered in the Family Health Centre in Mezitli district of Mersin.

Data was collected using introductory information form, Scale of Health Belief Model of Patients with Diabetes. Shapiro-Wilk test, Student test, Mann Whitney U test, One Way Analysis of Variance, Kruskal-Wallis test were used in analysis of data.

When Scale of Health Belief Model was evaluated generally, it was seen that old patients with diabetes had negative health belief ($3,99 \pm 0,33$). It was determined that education level and taking knowledge of sickness were factors positively associated. It was determined that the total points of SIMÖ and the average points of perceived benefits and perceived barriers of the elders who meant they controlled their blood glucose levels were higher ($p < 0,05$). It was determined that the average points of perceived barriers and offered activities of the elders who meant to adjust diet, perceived barriers of the elders who meant to check up regularly also perceived benefits of the elders who meant to do exercise regularly were higher ($p < 0,05$).

As a result of study, It was offered to notice education of self-management of diabetes to improve health beliefs also compliance with treatment, using SIMÖ to determine educational requirement and investigating the factors which affect health belief with qualitative studies.

Key Words: Diabetes Mellitus, Old, Health Belief Model.

9. KAYNAKLAR

1. Arpacı F. Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. Ankara: Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları; 2005.

2.DPT Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Türkiye’ de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Ankara: DPT Yayın No: 2741; 2007. <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/ eylempla.pdf> (ET: 20.11.2011)

3. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye’de yaşlıların demografik özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2010; 49 (3): 39-45.

4. TÜİK 2011 Genel Nüfus Sayımı Verileri. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi (ADNKS) veritabanı.http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_turkiye_il_koy_sehir.RDF&p_kod=1&p_yil=2011&p_dil=1&desformat=html ET: 18.06.2012

5. GEBAM. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam [online] [Erişim tarihi: 01.09.2012] ElektronikAdres:http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf

6.Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi Ulusal Hastalık Yüğü Final Raporu. Ankara: RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi; 2004.

7. Dünya Sağlık Örgütü (WHO). Diabetes Mellitus [online]. 2011 [ET: 13.02.2012]. Elektronik adresi:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en/>

8. Uluslar Arası Diyabet Federasyonu (IDF). Diabetes Atlas 5th edition. 2011. <http://www.worlddiabetesfoundation.org/composite-58.htm> Erişim tarihi: 10.05.2012
9. Türkiye Diyabet, Obezite, Hipertansiyon ve Endokrin Hastalıkları Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP-II) 2010.
10. Özcan Ş. Diyabetes Mellituslu hastanın yönetimi ve hemşirelik. İçinde: Yenigün M, Altuntaş Y, editörler. Heryönüyle Diyabetes Mellitus. 2. Baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri; 2001. s. 969-996.
11. Hannah JB, Alberts J. Motivators and Barriers to Attending a Diabetes Education Class and Its Impact on Beliefs. Behaviors and Control Over Diabetes. Geriatric Nursing 2005; 26 (1): 50-58.
12. Yandım A. Diyabetik Ayağı Olan ve Olmayan Diyabetes Mellituslu Hastaların Sağlık İnançları. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2011.
13. Cadarette SM, Beaton DE, Hawker GA. Osteoporosis Health Belief Scale: Minor Changes Were Required After Telephone Administration Among Women. Journal of Clinical Epidemiology 2004; 57(2): 154-166.
14. Koch J, Roberts AE, Cannon JH. College Students, Tattooing and the Health Belief model: Extending Social Psychological Perspectives on Youth Culture and Deviance. Sociological Spectrum 2005; 25: 79- 102.
15. Lawson B, Aarsen KV, Latter C, Putnam W, Natarajan N, Burge F. Self Reported Health Beliefs, Lifestyle and Health Behaviours in Community–

Based Patients with Diabetes and Hypertension. Canadian Journal of Diabetes 2011; 35 (5): 490-496.

16. Tan MY. The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of chinese individuals with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Research and Clinical Practice 2004; 66 (1): 71- 77.

17. Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Religious and Cultural Distance in Beliefs About Health and Illness in Women With Diabetes Mellitus of Different Origin Living in Sweden. International Journal of Nursing Studies 2003; 40(6): 627-643.

18. Daniel M, Messer LC. Perception of Disease Severity and Barriers to Self Care Predict Glysemic Control in Aboriginal Persons With Type 2 Diabetes Mellitus. Chronic Diseases in Canada 2002; 23 (4): 130-128.

19. Özcan Ş. Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış doktora tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1999.

20. Grubbs LM, Tabano M. Use of Sunscreen in Health Care Professionals: The Health Belief Model. Cancer Nursing 2000; 23 (3) : 164-167.

21. Champion LV, Skinner CS. The Health Belief Model. İçinde: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. editörler. Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice. Fourth Edition. San Francisco: Jones and Bartlett LLC; 2008. s. 31- 44.

22. Can S. Diyabetli Yaşlıların Bakım Gereksinimleri ve Karşılaştıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi; 2006.
23. Bilir N, Aslan D, Göngör N, Ağaç M, Sıddıquiz, Uluç F, ve ark. Ankara'da Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Kişilerin Bazı Sağlık ve Sosyal Durumlarının Saptanması. Turkish Journal of Geriatrics 2002; 5 (3): 97-102.
24. Mcdonald PE, Tilley BC, Havstad SL. Nurse's Perception: Issues that Arise in Caring for Patients with Diabetes. Journal of Advanced Nursing 1999; 30 (2): 425-430.
25. Peters J, Hutchinson A, MacKinnon M, MacIntosh A, Cooke J, Jones R. What role do nurses play in Type 2 diabetes care in the community: a Delphi study. Journal of Advanced Nursing 2001; 34 (2): 179-188.
26. Türk Hemşireler Derneği. Diyabet Eğitimcileri İçin Diyabet Ajandası [online] 2011 [Erişim tarihi: 15.08.2012] Elektronik Adres: http://www.tdhd.org/web_arsivi/2011_icerik.pdf
27. Tümerdem Y. Gerçek Yaş (Real Age). Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9 (3): 195-196.
28. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, 2010; 33(1): 62-69.
29. Özata M. Yöner A. Diyabetes Mellitus Tanısı, Sınıflaması, Klinik Özellikler. İçinde: Özata M. Yöner A editörler. Endokrinoloji Metabolizma

ve Diyabet. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2006. s. 275-283.

30. Yenigün M. Diyabetes Mellitus Fizyopatolojisi. İçinde: Yenigün M, Altuntaş Y, editörler. Her Yönüyle Diyabetes Mellitus. 2. Baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri; 2001. s. 85-128.

31. Association Of Glycaemia With Macrovasculer And Microvaskuler Complications Of Type 2 Diabetes. (UKPDS 35): prospective observational study. British Journal of Midwifery. 2000; 321: 405

32. Beğer T, Erdiñler SD, Çurgunlu A. Yaşlıda Diyabetes Mellitus. Akademik Geriatri Dergisi 2009; 1: 20-30. Being, and Glycemic Control. Diabetes Care 2001; 24 (5): 828-833.

33. Joslin PE. Joslin's Diabetes Mellitus. Yumuk V (Çev), 1.Baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2008.

34. Gedik O. Diyabetes Mellitus ve Yaşlı. İçinde: Arıoğul S, Cankurtaran M, Halil M, Yavuz BB, Editörler. Geriatri ve Gerontoloji. 1. baskı. Ankara: MN Medikal ve Nobel Ltd. Şti; 2006. s. 441-446.

35. American Geriatrics Society Panel on Improving / California Healthcare Foundation. Guidelines for Improving the Care of the Older Person with Diabetes Mellitus American Geriatrics Society 2003; 51 (5): 265-280.

<http://www.americangeriatrics.org/files/documents/JAGSfinal05.pdf> ET:
20.06.2012

36. Altuntaş Y. Yaşlılık ve Diabetes Mellitus. İçinde: Yenigün M, Altuntaş Y, editörler. Her yönüyle Diabetes Mellitus. 2. Baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri; 2001. s. 245-253.

37.Badur F. Diyabetli Yaşlılarda İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2009.

38.MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadyway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing Medication Adherence in the Elderly. Drugs Aging 2005; 22 (3): 231-255.

39. Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health Behavior Models. The International Elektronik Journal of Health Education 2003; 3 (special issue): 180-193.

40. Poss JE. Developing a new model for cross- cultural research: synthesizing the health belief model and the theory of reasoned action. Advancesin Nursing Science 2001; 23 (4): 1-15.

41. Gagliardino JJ, Etchegoyen G, Pedrid-La Research Grup. A Model Educational Program For People With Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2001; 24 (6): 1001-1007.

42.Turner LW, Hunt SB, Dibirezzo R, Jones C. Health Belief Model [İnternette]. 2004 [Erişim tarihi: 01.05.2012]. Elektronik adres: <http://www.jbpub.com/samples/0763743836/Chapter%204.pdf>.

43. Bahar Z, Aydoğdu GN.Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Ve Serviks Kanseri Erken

Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011; 4 (1): 34-40.

44. Canbulat N. Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi Ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi. Yayınlanmış yüksek lisans. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2006.

45. Finfgeld DL, Wongvatnya S, Conn VS, Grando VT, Russel CL. Health belief model and reversal teheory: a comperative analysis. Journal of Advenced Nursing 2003; 43 (3): 288-297.

46. Schwab T, Meyer M, Merrell R. Measuring Attitudes and Health Beliefs among Mexican- Americans with Diabetes. The Diabetes Educator 1994; 20 (3): 221-227.

47. Surit P. Health Beliefs, Social Support and Self Care Behaviors of Older, Thai Persons With Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus, A Dissertation Submitted to The Faculty of the School Nursing, The Catholic University of America, Doctor of Nursing Science 2001.

48. Kartal A. Diyabetli hastalarda planlı eğitim programının sağlık inancına ve diyabet yönetimine etkisinin incelenmesi. Yayınlanmış doktora tezi. İzmir: Ege Üniversitesi; 2006.

49.Wdowik MJ, Kendal PA, Harris MA, Garry A. Expanded Health Belief Model Predicts Self Managamet in College Students. Journal of Nutrition Education 2001; 33: 17- 23.

50. Hazavehei SMM, G Sharifirad, S Mohabi. The effect of educational program based on health belief model on diabetic foot care, 2007; 27 (1): 23-28.
51. Gökdoğan F, Akıncı F. Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Derg 2001; 5 (1): 10-17.
52. Hiss RG, Anderson RM, Hess GE, Stepien CJ, Davis WK. Community Diabetes Care: A 10 year Perspective. Diabetes Care 1994; 17 (10): 1124-1134.
53. Kartal A, Özsoy S. Validity and reliability study of the Turkish version of Health Belief Model Scale in diabetic patients. International Journal of Nursing Studies 2007; 44 (8): 1447 - 1458 .
54. Tessaro I, Smith SL, Rye S. Knowledge and Perceptions of Diabetes in an Appalachian Population. Trinidad. Journal of National Black Nurses Association, 2005; 16 (2). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/apr/04_0098.htm. ET: 18.06.2012
55. Kır E. Diyabetli hastaların sağlık inançlarının bakımlarına olan etkilerinin incelenmesi. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi; 2003.
56. Yalçın Taşkın M. Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyumunu Etkileyen Faktörler. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2006.

57. Johnson C, Whetstane WR. Assessing Transcultural Attitudes Towards Diabetes in Trinidad. Journal of National Black Nurses' Association 2005; Dec;16(2):15-9.
58. Javanshir M. Tip 1 ve Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Tutumlarının değerlendirilmesi. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2006.
59. Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F, Kars FT, Çelik Z. Diyabet Eğitim Programının Diyabetik Hastaların Tutumları Üzerine Etkisi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5 (13): 95-105.
60. Sharifirad GH, Hazavehei MM, Baghianimoghadam MH, Mohebi S. The effect of educational program based on health belief model on diabetic foot care.Int J Endocrinol Metab 2007; 5 (2) : 82-90.
61. Sharifirad G, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model.Journal of Research in Medical Sciences 2009;14(1):1-6.
62. Coates VE, Boore JR. Knowledge and diabetes self management. Patient Education and Counseling 1996; 29 (1): 99-108.
63. Samancıoğlu S. Karadakovan A. Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5 (13).
64. Ünsal E, Kızılcı S. Diyabetli Bireylerin Bilgi Düzeyi Özbakım Gücü ve A1c Düzeyi Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009; 2 (2): 16-20.

65. Kitiş Y, Emiroğlu NO. The Effects of Home Monitoring by Public Health Nurse on Individuals Diabetes Control. *Applied Nursing Research* 2006; 19 (3): 134-143.
66. Koch U. The Role of exercise in the african american woman with type 2 diabetes mellitus applications of the health belief model. *Journal of American Academy Nurse Practitioners* 2002; 14(83): 126-129.
67. Kartal A, Çağırgan G, Tıǧlı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutumları ve Tutumu Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2008; 7(3): 223-230.
68. American Diabetes Association. Diagnosis and Classificaition of Diabetes Mellites. *Diabetes Care*, 2006; 29 (1): 43-48.
69. Dimatteo MR, Haskard KB, Williams SL. Health Beliefs Disease Severity and Patient Adherence : Analysis. *Med Care* 2007; 45 (6):521-8.
70. Tekin O, Eraraslan E, Işık B, Özkara A. Diyabetik Hastalarda Tedavi Bariyerleri ve Bunların Glisemik Kontroldeki Önemleri: Ankara-Pursaklar Bölgesinde Kesitsel Bir Çalışma. *Yeni Tıp Dergisi* 2007; 24 (2): 105-109.
71. Vincent D, Clark L, Zimmer LM, Sanchez J. Using focus groups to develop a culturaly compenent diabetes self management program for mexican americans. *The Diabetes Educator* 2006; 32 (1): 89-97.
72. Christensen NK, Steiner J, Whalen J, Pfister R. Contrubition of Medical Nutrition Therapy and Diabetes Self Management Education to

Diabetes Control as Assessed by Hemoglobin A1c. *Diabetes Spectrum* 2000; 13 (2): 72-79.

73. Mann DM, Ponieman D, Leventhal H, Halm EA. Predictors of Adherence to Diabetes Medications: The Role of Disease and Medications Beliefs. *Journal of Behavioral Medicine* 2009; 32: 278-284.

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

75. Fisher BE, Walker EA, Bostrom A, Fischhoff B, Haire-Joshu D, Johnson BS. Behavioral Science Research in the Prevention of Diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 599-606.

76. Farmer A, Kinmonth AL, Sutton S. Measuring beliefs about taking hypoglycaemic medication among people with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine* 2005; 23 (3): 265–270.

77. Rozenfeld Y, Hunt SJ, Plauschinat C, Wong KS. Oral Antidiabetic Medication Adherence and Glycemic Control in Managed Care. *The American Journal of Managed Care* 2008 ; 14 (2): 58

78. Talaz A. Diyabetik ayak gelişen ve gelişmeyen hastalarda kan şekeri kontrolünün ve psikososyal uyumun değerlendirilmesi. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2007.

79. Skovlund SE, Peyrot M. The Diabetes Attitudes, Whishes and Needs (DAWN) Program: A New Approach to Improving Outcomes of Diabetes Care. *Diabetes Spectrum* 2005; 18 (3): 136-142.

80.Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosey GM, Jansen B et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. The Diabetes Educators 2010; 33 (1): 89-96.

81. Iversen MM, Ostbye T, Clipp E, Midthjell K, Uhrlving S, Graue M, Hanestad BR. Regularity of preventive foot care in persons with diabetes: Results from the Nord-Trondelag health study. Research in Nursing& Health 2008; 31 (3): 226-237

82. CDA. The Foot Care: A Step Toward Good Health [online] 2009
[Erişim tarihi: 12.05.2012] Elektronik Adres:
<http://www.diabetes.ca/files/footcare-new.pdf>.

10. EKLER

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Şeker hastalığı olan yaşlıların hastalığın bakım ve tedavisine yönelik sağlık inançlarını belirlemek amacıyla bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Diyabetli Yaşlıların Diyabetin Bakım ve Tedavisine Yönelik Sağlık İnançları” dır.

Bu bölgedeki şeker hastalığı olan yaşlıların bakım ve tedavilerine yönelik sağlık inanç düzeylerini belirlemek amacıyla oluşturulan anket formundaki ilk 9 soru tanıtıcı bilgilerinizi, sonraki 13 soru hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilerinizi ve son 33 soru hastalığa ilişkin sağlık inançlarınızı belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Anketi cevaplamanız 15-20 dakikanızı alacaktır.

Bu araştırmaya katılmanız dahilinde isminiz kullanılmayacak ve kimlik haklarınız korunacaktır. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Sorunuz olduğunda bizimle 05437281900 ve 05362129311 numaralı telefonlardan iletişime geçebilirsiniz. Katılım ve desteğiniz için teşekkürlerimizi sunarız.

Doç. Dr. Yeter KİTİŞ (Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Y.L.Ö. Şenay ŞERMET(Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İmza:

TANITICI BİLGİ FORMU

1.Kaç yaşındasınız :

2.Cinsiyetiniz nedir :

☐ Kadın ☐ Erkek

3.Medeni durumunuz nedir
Boşanmış

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul ☐

4. Öğrenim durumunuz nedir
var

☐ Okuma yazma yok ☐ Okuma yazma

☐ İlkokul mezunu ☐ Orta okul mezunu

☐ Lise ve üzeri öğrenim

5.Halen Çalıştığınız bir işiniz var mı?

☐ Var ☐ Yok

6.Düzenli bir geliriniz var mı?

☐ Var ☐ Yok

7.Sağlık güvenceniz var mı ?

☐ Var ☐ Yok

8. Kiminle yaşıyorsunuz?

☐ Yalnız yaşıyorum

☐ Sadece eşimle yaşıyorum

☐ Çocuklarımla birlikte yaşıyorum

☐ Diğer :

9. Daha önce şeker hastalığının bakımı ve tedavisi ile ilgili size bilgi verildi mi ?

- ☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise kim tarafından bilgi verildi?

- ☐ Hemşire
☐ Doktor
☐ Diğer

10. Ne kadar zamandır şeker hastasıdır?

11. Doktorunuz tarafından önerilen tedavi şekliniz nedir?

- ☐ Sadece diyet ☐ Oral antidiyabetik
☐ Oral antidiyabetik ve insülin ☐ İnsülin

12. Kan şekerinizi ölçer misiniz / ölçtürür müsünüz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise ne sıklıkta ;

- ☐ Sadece kendimi rahatsız hissettiğimde ölçerim / ölçtürürüm
☐ Kan şekerimi günde kez ölçerim / ölçtürürüm
☐ Kan şekerimi haftada kez ölçerim / ölçtürürüm
☐ Kan şekerimi haftada kez ölçerim / ölçtürürüm

13. Şeker hastalığı vücudunuzda başka rahatsızlıklara neden oldu mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır
- ☐ Evet ise rahatsızlığınız nedir :

14. Şeker hastalığınız dışında başka bir hastalığınız var mı:

- ☐ Var ☐ Yok
- ☐ Var ise; hastalığınızın adı nedir :

15. Ailenizde sizden başka şeker hastalığı olan biri var mı?

- ☐ Var ☐ Yok

16. İsteddiğiniz zaman hastaneye / sağlık ocağına ulaşabiliyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır
- Hayır ise nedeni nedir?

17. Hastalığınızın tedavisi ve masrafları nedeniyle zorluk yaşıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

18. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

19. Size önerilen egzersizleri (yürüyüş vb) yapıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

20. Önerilen beslenme tedavisine (diyetinize) uyuyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

21. Düzenli olarak doktor kontrolüne gidiyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

22. Sigara kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

DIYABET HASTALARINDA SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

Sayın Katılımcı

Aşağıda diyabet konusunda çeşitli açıklamalar sıralanmıştır. Her açıklamaya vereceğiniz yanıt sizin hastalık hakkında inandıklarınız ile ilgilidir. Her bir açıklama için düşüncenizi anlatan sözcük ya da sözcük grubunun altındaki kutu içine işaretleyiniz. Her bir açıklamaya cevap vermeniz önem taşımaktadır. Katkı ve katılımınız için teşekkür ederim.

ALGILANAN DUYARLILIK

	Kesinlikle katılmıyorum	katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Tip I (genç tipi) diyabetli kişilerde diyabet komplikasyonu gelişme şansı yüksektir					
2. Tip 2 (erişkin tip)diyabetli kişilerde genellikle diyabet komplikasyonları gelişmeyeceğini düşünüyorum.					
3. Kendimi iyi hissettiğim sürece bende diyabet komplikasyonlarının gelişmesi mümkün değildir					
4.Yaralarım çabuk iyileştiği için bende diyabet komplikasyonu gelişmez					

ALGILANAN CİDDİYET

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
5. Diyabetin ciddiye alınması gereken bir hastalık olduğunu düşünüyorum					
6. Tip I diyabet ciddi bir hastalıktır					
7. Tip 2 diyabet Tip I diyabet kadar ciddi bir hastalıktır.					

ALGILANAN YARARLAR

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
8. Kan şekeri normale yakın düzeyde tutmak diyabet komplikasyonlarını önler					
9. Düzenli olarak egzersiz yapmanın kan şekerinin kontrolüne yardımcı olacağına inanıyorum					
10. Aşırı kilolu diyabetlilerde kilo vermek (zayıflamak) komplikasyonların gelişmesini önlemeye ya da geciktirmeye yardım eder					
11. Sigarayı bırakma diyabet komplikasyonlarını önlemeye ya da geciktirmeye yardım eder					
12. Düzenli olarak şekerli yiyeceklerden uzak durmak (kaçınmak) diyabetin kontrol altında tutulmasına yardım eder					
13. Az yağlı diyetle beslenmenin diyabet komplikasyonlarını geciktireceğini inanıyorum.					
14. Kan basıncının kontrol altında tutulması diyabetin komplikasyonlarını önlemede ya da geciktirmede yardım eder					

ALGILANAN ENGELLER

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
15. Diyabetin komplikasyonu mutlaka oluşacağı için kan şekeri kontrol altında tutmaya çalışmanın bir yararı olmadığına inanıyorum.					
16. Tip 2 diyabetli bireylerin düzenli olarak kan şekeri testi yapmasına gerek yoktur.					
17. Düzenli olarak doktora gittiğim için evde kan şekeri testi yapmama gerek yoktur.					
18. Kızartılmış ve yağlı yiyecekler tüketmek diyabetli bireyler için zararlı değildir					
19. İlaçlarımı her gün düzenli aldığım sürece diyetimi kontrol etmem gerekmez					
20. Sigara içme ile diyabet komplikasyonları arasında bir ilişki yoktur					
21. Bedenin hafifçe şişman görünmesi sağlığın iyi olduğunun bir işaretidir					
22. Ayaklarım sağlıklı görüldüğü sürece her gün ayaklarımı kontrol etmek zorunda değilim					
23. Diyabet tedavi edilebilir bu yüzden de ciddi bir hastalık değildir					

SAĞLIKLA İLGİLİ ÖNERİLEN AKTİVİTELER

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
24. Kan şekeri kontrol altında tutmak önemlidir					
25. Kan şekeri haftada birkaç kez evde kontrol etmem önemlidir.					
26. Kilomu kontrol altında tutmam önemlidir					
27. Sigarayı bırakmak önemlidir					
28. Az yağlı diyet almak önemlidir					
29. Düzenli olarak şekerli gıdalar yemekten kaçınmak önemlidir					
30. İlaçların reçetede yazıldığı gibi alınması önemlidir					
31. Her gün ayaklarımı kontrol etmem önemlidir					
32. Düzenli olarak kan basıncının kontrol edilmesi önemlidir					
33. Düzenli olarak egzersiz yapmam önemlidir					

T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

11.3 HAZ 2011

Sayı : B.10.4 İSM.4.33.00.09 / Eğitim Şb.

Konu : Klinik Uygulama. 21649

MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
MERSİN

İlgi : 02.06.2011 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.03.00- 605.01-875/8243 sayılı yazınız.

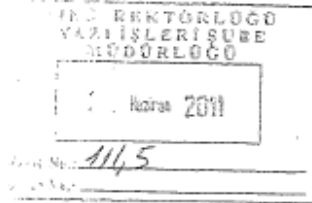
İlgi yazınız gereği, Sağlık Bilimleri Hemşirelik Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Şenay ŞERMET 'in "Diyabetli Yaşlıların Diyabetin Bakım ve Tedavisine Yönelik Sağlık İnançlarının Belirlenmesi" konulu anket uygulamasının İlimiz Mezitli İlçesine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine kesin kayıtlı, 65 yaş üstü diyabet hastalarına yönelik yapılmasının uygun görüldüğüne dair alınan Valilik Onayı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. K. Çağlar ÇATAK
Vali a.
İl Sağlık Müdürü

EKİ:

1-Valilik Onayı (1 adet)



Cami Şerif Mah. Uray Cad./ MERSİN
Ayrıntılı Bilgi İçin: Eğitim Şube Dah Tel:178-177

Tel: 0-324-2382810 (pbx) Fax:0 324-2382814



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Şenay

Sayı : B.30.2.MEÜ.0.42.00.00-302.08/ 699
Konu : Klinik Uygulama

29 / 06 / 2011

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İLGİ: 30/05/2011 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.42.00.00.303.08/63 sayılı yazınız.

Anabilim Dalımız Arş.Gör.Şenay ŞERMET'in anket çalışması ile ilgili olarak Mersin Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 17/06/2011 tarih ve B.10.4. İSM.4.33.00.09/Eğitim Şb.-21649 sayılı yazısı ve eki ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Ülku ÇÖMELEKOĞLU
Enstitü Müdürü

EKLER
EK-1 Yazı ve eki (2 Sayfa)

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI BŞK.
KAYIT TARİHİ : 06.07.2011
KAYIT NO : 102

53

T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı :B.10.4 İSM.4.33.00.09 / Eğitim Şb. 21648
Konu:Klinik Uygulama.

11'3 HAZ 2011

VALİLİK MAKAMINA
MERSİN

Mersin Üniversitesi Rektörlüğünün 02.06.2011 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.03.00-605.01-875/8243 sayılı yazıları ile;

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Şenay ŞERMET 'in "Diyabetli Yaşlıların Diyabetin Bakım ve Tedavisine Yönelik Sağlık İnançlarının Belirlenmesi" konulu anket çalışmasını 01 Haziran- 01 Aralık 2011 tarihleri arasında Mezitli İlçesine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine kesin kayıtlı, diyabet tanısı almış 65 yaş üstü hastalara yönelik uygulanabilmesi, uygun görülen saatlerde yapması ve çalışma sonuç raporunun bir suretinin Müdürlüğümüze gönderilmesi, kaydıyla uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Dr.K.Çağlar ÇATAK
İl Sağlık Müdürü

OKUR
01/06/2011

Kadir OKATAN
Vali a.
Vali Yardımcısı



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

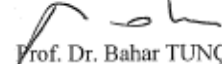
Sayı : B.30.2.MEÜ.0.05.06.00/22
Konu : Kurul Kararı

13.01/2012

Sayın Doç. Dr. Yeter KİTİŞ
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Sorumluluğunuzda yapılması tasarlanan "Diyabetli Yaşlıların Diyabetin Bakım ve Tedavisine Yönelik Sağlık İnançlarının Belirlenmesi" adlı çalışmaya ilişkin 22/12/2011 tarihli ve 2011/112 sayılı Kurul Kararı ile Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Kurul Başkanı

EKLER:

- 1- Kurulun 22/12/2011 tarihli ve 2011/112 sayılı kararı (1 sayfa)
- 2- Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (2 sayfa)

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
22/12/2011	06	2011/112

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Yeter KİTİŞ'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Diyabetli Yaşlıların Diyabetin Bakım ve Tedavisine Yönelik Sağlık İnançlarının Belirlenmesi" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 02/12/2011 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yapılacağı merkezlerden alınacak olan izin belgelerinin başvuru formuna eklenmesi, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliğiyle karar verilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Doç. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Başkan Yrd.

İmza
Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI
Raportör

İmza
Prof. Dr. Lütfüfer TAMER GÜMÜŞ
Üye

İmza
Doç. Dr. İrfan AYAN
Üye

İmza
Doç. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI
Üye

İmza
Doç. Dr. Mehmet Sami SERİN
Üye

İmza
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

İmza
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE
Üye

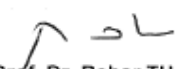
İmza
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK
Üye

(Katılamadı)
Uzm. Dr. Oğuz KARDAŞ
Üye

İmza
Hürrem Betül LEVENT
Üye

İmza
Lale DAĞLI
Üye


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan
ASLI GİBİDİR

11. TEŞEKKÜR

Çalışmamın planlanmasını ve yürütülmesini yönlendiren, her aşamasında destek olan ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli tez danışman hocam Sn. Doç. Dr. Yeter KİTİŞ'e, çalışmamın yöntemi ve analizi konusunda katkıda bulunan; Sn. Yrd. Doç. Dr. İlter HELVACI' ya, uzmanlık eğitim sürecini birlikte paylaştığım ve her konuda bana destek olan hocalarım Sn. Doç. Dr. Sabire YURTSEVER, Sn. Öğr. Gör. Sümbüle KÖKSOY ve İş arkadaşlarım Ebru YILDIZ, Şeyda BİNAY, Ezgi MUTLUAY ve Ulviye ÖZCAN'a, çalışmamı yürüttüğüm süre boyunca güler yüzlerini esirgemeyen Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan tüm sağlık personeline, çalışmaya içtenlikle katılan tüm yaşlı hastalara, çalışmamın her aşamasında, göstermiş olduğu desteği kelimelerle anlatılamayacak kadar çok olan arkadaşım Dolu KAYA' ya, beni her konuda destekleyen ve bütün zorlukları aşmamda her zaman yanımda olan anneme, babama kardeşime, her konuda tecrübelerinden faydalandığım, bütün seçimlerimde bana ışık tutan ablam Ülkü ŞERMET ELBAY ve ağabeyim Mesut ELBAY'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

12. ÖZGEÇMİŞ

Adı : Şenay
Soyadı : ŞERMET
Doğum Yeri : KONYA
Doğum Tarihi : 26.07.1985

EĞİTİM DURUMU

2009 - 2012 : Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı.
2005 – 2009 : Selçuk Üniversitesi Karaman Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü .
2000 – 2004 : Meram Konya Lisesi Yabancı Dil Ağırlıklı Program.

Yabancı Dil: İngilizce

Üye olduğu bilimsel kuruluşlar: Türk Hemşireler Derneği

E- mail adresi: sermetsenay@hotmail.com