

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

**DİYABET HASTALARININ SAĞLIK İNANÇ**  
**DURUMLARI İLE YAŞAM KALİTELERİ**  
**ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**YÜKSEK LİSANS BİTİRME PROJESİ**

**Belgin ÇEVİK**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Behice ERCİ**

**MALATYA-2016**

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

**DİYABET HASTALARININ SAĞLIK İNANÇ**  
**DURUMLARI İLE YAŞAM KALİTELERİ**  
**ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**YÜKSEK LİSANS BİTİRME PROJESİ**

**Belgin ÇEVİK**

**Danışman: Prof. Dr. Behice ERCİ**

**MALATYA-2016**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Uzaktan Eğitim Tezsiz Yüksek Lisans Programında Bitirme Projesi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Behice ERCİ

Danışman:

Prof. Dr. Behice ERCİ

İnönü Üniversitesi

Üye:

Doç. Dr. Rukiye AYLAZ

İnönü Üniversitesi

Üye:

Doç. Dr. Seyhan SARITAŞ

İnönü Üniversitesi

### ONAY SAYFASI:

Bu bitirme projesi, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Anabilim Dalı Başkanlığı'nın ...../...../..... tarih ve ..... sayılı yazısıyla kabul edilmiştir.

Onay

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

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ

Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Çalıőmamın her aőamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaőan, hiçbir yardımını esirgemeyen danıőmanım Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye,

Çalıőmama katılımlarıyla destek sağlayan tüm hastalara,

Araőtirmamın her aőamasında yanımda olan, destek, sabır, ilgi ve anlayıőla benden hiç bir yardımını esirgemeyen değerli aileme ve arkadaőlarıma teşekkür ederim.

**Belgin ÇEVİK**

## ÖZET

Bu çalışma diyabet hastalarının sağlık inançları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla ilişkisel tanımlayıcı türde yapılmıştır. Araştırma 15 Ağustos 2014-Mayıs 2015 tarihleri arasında Karaman ili Ermenek Devlet Hastanesinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini, Ermenek Devlet Hastanesinden tip 2 diyabet tanısı konulan ve hastane otomasyon sisteminden belirlenen 1103 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın Örneklemini ise; 0.05 yanılğı, %95 güven aralığında güç analizi ile belirlenen 278 hasta oluşturmuştur. Veriler 15 Ağustos- 15 Aralık 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Sosyo-demografik özellikler formu, Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Yaşam Kalitesi (SF-36) ölçeği kullanılmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından EKG polikliniğine gelen diyabet hastalarıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, ortalama, standart sapma, medyan en düşük ve en yüksek, değer,sıklık kullanılmıştır. Nicel verilerin analizinde Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi, korelasyon analizinde spearman korelasyon analizi kullanılmış olup analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

Araştırmada yaşam kalitesinin ağrı faktörü ile sağlık inancının algılanan engeller puanı ve Canlılık faktörü ile algılanan duyarlılık puanı arasında önemli ( $p < 0.05$ ) negatif korelasyon bulunuşken, Emosyonel rol kısıtlılığı faktörü ile algılanan engeller puanı ve canlılık faktörü ile sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puanı arasında önemli ( $p < 0.05$ ) pozitif korelasyon mevcuttur.

**Anahtar Kelime:** Diyabet, Sağlık İnançları, Yaşam Kalitesi

## ABSTRACT

### **State Relationship Between Faith and Health Quality Of Life Of Patients With Diabetes**

This study is done in the type of associative descriptive in order to determine the relationship between health beliefs and quality of life. The research is done between 15 August 2014-May 2015 at Ermenek Public Hospital.

The research is composed of 1103 patients from Ermenek Public Hospital who are diagnosed type 2 diabetes and determined from hospital's automation system. The research's samples is composed of 278 patients who are determined with power analysis at 0.05 fault, 95% confidence interval. Datas collected between 15 August-15 December 2014. During collecting the datas Sociodemographic Features form and Health Belief Model Scale in Diabetes and Life Quality Scale (SF-36) is used. Data were collected by face to face interviews with the diabetes clinic by researchers from the ECG.

In the statistical analyzes of the data, the mean, standard deviation, median lowest and highest value, frequently used. In the analysis of quantitative data Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U Test, in the correlation analysis Spearman correlation analysis is used and in these analysis the program SPSS 22.0 is used.

In the research between perceived barriers score of health belief and quality of life of the pain factor and perceived susceptibility score and vitality factor has found a significant ( $p < 0.05$ ) negative correlation; between emotional role limitations with perceived barriers score factor and Scores of proposed activities related to health with vitality factor significant ( $p < 0.05$ ) positive correlation is existing.

**Key Words:** Diabetes Health Belief, Life Quality

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI:	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GEREÇ VE YÖNTEM	3
2.1 Araştırmanın Türü	3
2.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	3
2.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	3
2.3.1 Araştırmaya Alınma Kriterleri	3
2.4. Veri Toplama Araçları	3
2.5 Verilerin Toplanması	5
2.6. Etik İlkeler	5
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi	5
3.BULGULAR	6
4.TARTIŞMA	15
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	20
5.1. Sonuç	20
6. KAYNAKLAR	21
EKLER	27
EK 1: Tanıtıcı Bilgi Formu	27
EK 2: DİYABET HASTALARINDA SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ	29
EK 3: MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU	34
EK 4: ETİK KURUL ONAY FORMU	38

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 3.1:</b> Katılımcıların Demografik Özellikleri	6
<b>Tablo 3.2:</b> Yaşam Kalitesi Atl Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı	7
<b>Tablo 3.3:</b> Sağlık İnanç Modeli Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı	7
<b>Tablo 3.4:</b> Cinsiyete Göre Sağlık İnanç Modeli ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	8
<b>Tablo 3.5:</b> Sağlık İnanç Modelinin Yaş ve DM Süresi ile Karşılaştırılması	9
<b>Tablo 3.6:</b> Sağlık İnanç Modeli ve Yaşam Kalitesinin Tedavi Şekliyle Karşılaştırılması	10
<b>Tablo 3.7:</b> Sağlık İnanç Modeli ve Yaşam Kalitesinin Diyet Durumuyla Karşılaştırılması	11
<b>Tablo 3.8:</b> Sağlık İnanç Modeli ve Yaşam Kalitesi Puanının Eğitim Durumuyla Karşılaştırılması	12
<b>Tablo 3.9:</b> Yaşam Kalitesi ile Sağlık İnanç Modeli Arasındaki İlişki	14

## **SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

<b>DM</b>	: Diyabetes Mellitus
<b>SİM</b>	: Sağlık İnanç Modeli
<b>SF-36</b>	: Yaşam Kalitesi Ölçeği
<b>SPSS</b>	: Statistical Package For The Social Sciences

## 1. GİRİŞ

Diyabet, günümüzün en önemli sağlık problemlerinden biridir. Tüm dünyada çok sayıda insanı etkilemekte ve birçok ülkede ölüme neden olan ilk 5 hastalık içerisinde yer almaktadır (1). Toplumsal büyüme, sağlıksız beslenme, obezite ve fiziksel inaktivite prevalanslarında artışlar, yaşlanma ve kentleşme nedeniyle diyabetli hasta sayısı da hızla artmıştır. Uluslararası Diyabet Federasyonu 2025' te dünyada Diyabetes Mellitus (DM)'lu hasta sayısının tahminen 334 milyona yükseleceği bildirilmiştir (2). Tüm dünyada en sık görülen endokrin hastalıklardır (4,5). Son on yıl içinde sağlık alanında kullanılan değerlendirme ve ölçüm parametrelerinin gittikçe gelişmesiyle birlikte, artık klinisyenlerin yaşam süresini uzatma, hastalığın ilerlemesini yavaşlatma ve major fiziksel semptomlar kontrol altına alma gibi geleneksel tedavi başarı göstergelerinin yan sıra, yeni arayışlar içine girdiklerini görmekteyiz. Özellikle kronik hastalıklarda tıbbi teknolojinin gelişmesiyle birlikte hastanın fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sağlığına, yani yaşam kalitesine yöneldiklerini görmekteyiz (7). Sağlığın sadece hastalığın olmaması olarak tanımlanamayacağı gibi, yaşam kalitesi de sadece şikayetlerin olmaması olarak açıklanamamaktadır.(8) Yaşam kalitesi çok geniş alanı kapsayan bir kavramdır ve karmaşık bir şekilde bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, şahsi inançları, sosyal ilişkileri ve çevresindeki olaylar ile ilişkilene şekliinden etkilenmektedir (9). Tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile yaşam süresinin uzaması dolayısıyla da kalitesi değişmiştir. Bazen de tek bir uygun tedavi bulunmamakta ancak hastaların hastalıklar ile nasıl başa çıkabilecekleri öğretilerek yaşamlarının kalitesi yükseltilmeye çalışılmaktadır (10,11). Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığa yeni bakış açısı, sadece hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halinin olması şeklinde tanımlamasının ardından yaşam kalitesi konusunun önemi artmıştır. Diyabetik hastalarda yaşam kalitesinin tedavi sonucunun bir göstergesi olduğu genel olarak kabul edilmektedir. Diyabetes Mellitus tedavi kılavuzunda, diyabet tedavisinde birincil amacın yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olduğu vurgulanmıştır (12). Yapılan çalışmalar başarılı bir tedavi için tanımlanan davranış uyumu ile bireyin hastalığa ilişkin inanç ve tutumları arasında anlamlı ilişki bulunduğunu göstermektedir (14,15). Diyabete yönelik olumlu tutuma sahip bireylerin glukoz kontrollerinin, öz bakım becerilerinin, diyabet hakkındaki bilgi

düzeylerinin daha iyi olduğunu göstermektedir (16). 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 (17). Bununla birlikte bireyin sağlığına, hastalığının ciddiyetine ve yapılan önerileri yararlı bulup bulmamasına ilişkin inanç ve tutumları, hastalığına ilişkin düzenlemelere aktif katılımını etkilemektedir (16,18). 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 (19,20). Diyabeti olan bireylerin sağlık inançları, sağlık davranışlarını etkileyen önemli bir faktör olarak ele alınmaktadır. Diyabetin etkili yönetimi ve kontrolü, davranış uyumunu gerektirmektedir. Diyabetli bireylerde Sağlık İnanç Modelinin kullanıldığı çalışmalarda, kişilerin hastalığına ilişkin inanç ve tutumları ile tedavinin gerekliliği için tanımlanan davranış uyumu arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (15,16,21,22).

**Araştırmanın Amacı:**Tip 2 Diyabet hastalarının sağlık inançları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

## **2. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **2.1 Araştırmanın Türü**

Araştırma ilişkisel tanımlayıcı olarak yapıldı.

### **2.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma Ağustos 2014- Mayıs 2015 tarihleri arasında Karaman ili Ermenek Devlet Hastanesi EKG polikliniğinde, EKG çektirmeye gelen hastalardan Tip-2 tanısı olanlar ile yapıldı. EKG polikliniği hastanenin poliklinikler katında, tek hemşirenin çalıştığı, bütün branşlardan istenilen EKG'lerin çekildiği bir bölümdür. Bu birimde ameliyat öncesi değerlendirme ve kronik hastalıklarda rapor yenileyebilmek için EKG çekilmektedir.

### **2.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Ermenek Devlet Hastanesi otomasyon sisteminden belirlenen 1103 tip 2 diyabet hastası oluşturdu. Örneklemine ise; 0.05 yanılğı, %95 güven aralığında güç analizi ile belirlenen 278 diyabet hastası olarak belirlendi. Örneklem grubu evrenden olasılıksız rastlantısal olarak seçildi.

#### **2.3.1 Araştırmaya Alınma Kriterleri**

İletişim ve algılama sorunu olmayan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

### **2.4. Veri Toplama Araçları**

Bu araştırmanın verileri araştırmacı tarafından hazırlanan Hastaları tanıtıcı form (Ek.1), Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Ek.2) ve Yaşam Kalitesi (SF-36) Formu ( Ek.3) ile toplandı.

#### ***Hastaları Tanıtıcı Form (Ek.1)***

Çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak sosyo-demografik bilgileri almak amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan bu formda sosyo-

demografik özelliklere ilişkin 7 soru, hastalık ve tedavi ile ilgili özelliklere ilişkin 11 soru yer almaktadır.

### ***Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Ek.2)***

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 (16).

Ölçeğin 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. Ölçeğin 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 - 28). Ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Kartal ve Özsoy tarafından Tip 2 diyabetli hastalarda yapılmıştır. Bu çalışmada toplam ölçek için cronbach 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 için 0.88 olduğu saptanmıştır (28).

### ***Yaşam Kalitesi(SF-36) Formu (Ek.3)***

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanılmıştır (29). Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır (30). Jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini

değerlendirme ölçeğidir. Sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel algılanması. Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu gösterir. Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir (31). SF-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (30). 2009 yılında Bilir Kaya ve arkadaşları tarafından romatoid artritli hastalar üzerinde yapılan çalışmada ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiş cronbach alfa katsayıları 0.792- 0.992 olarak bulunmuştur (39). Bu çalışmada ise cronbach alfa değeri 0.71 bulunmuştur.

## **2.5 Verilerin Toplanması**

Veriler 15 ağustos- 15 kasım 2014 tarihleri arasında diyabet ilaç raporu almak için hastaneye başvuran hastalardan, EKG çekimi sırasında ortalama yarım saatlik bir sürede toplanmıştır. Haftanın beş iş günü mesai saatleri içerisinde toplanan veriler için Tanıtıcı bilgi formu (18 soru), Diyabet sağlık İnanç Ölçeği (36 soru) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (33 soru) kullanıldı. Veriler araştırmacı tarafından hastaneye gelen gönüllü diyabet hastalarıyla yüz yüze görüşülerek, sorular hastalara okunarak alınan cevaplar veri toplam formlarına işaretlenerek toplandı. Verilerin toplanması için her bir hasta ile ortalama yirmi dakika görüşme yapıldı.

## **2.6. Etik İlkeler**

Araştırmanın etik açıdan değerlendirilebilmesi için Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı ( Kurul 13.08.2014 tarih ve2014/127) Çalışma yapılırken araştırmaya katılanlardan ve Ermenek Devlet Hastanesi Baştabipliğinden yazılı izin alındı.

## **2.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, ortalama, standart sapma, medyan en düşük ve en yüksek, değer, Mann-whitney u testi, sıklık kullanılmıştır.

Korelasyon analizinde sperman korelasyon analizi kullanılmış olup analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

### 3. BULGULAR

Hastalara görüşmeci tarafından hazırlanan demografik özellikler formu, SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Diyabet Sağlık İnanç Ölçeği uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucu elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

**Tablo 3.1:** Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

		Ort.±S.S./n-%
Yaş		65.9 ± 8.5
Cinsiyet	Kadın	224 80.6%
	Erkek	54 19.4%
Öğrenim Durumu	Okuma Yazma bilmeyen	212 76.3%
	Okuma Yazması Var	48 17.3%
	İlkokul Mezunu	18 6.5%
Tedavi Şekli	Oral Anti Diyabetik	251 90.3%
	İnsülin	27 9,7%
Diyet	Var	211 75.9%
	Yok	67 24.1%
DM Süresi		9.9 ± 6.0

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 65.9'dur. Ortalama 9.9 yıldır şeker hastası olan grubun %80.6'sı kadın %19.4 'ü erkektir, öğrenim durumları incelendiğinde %76.3'ü okuma yazma bilmiyor, %17.3'ü okuma yazma biliyor, %6.5 hastada ilkokul mezunudur.Tedavi şekline baktığımızda %90.3'ü oral anti diyabetik alırken, %9.7'si insülin tedavisi almaktadır, hastaların %75.9'u diyetine uyduğu derken %24.1'inin dikkat etmediği belirlendi (Tablo 3.1)

**Tablo 3.2:** Yaşam Kalitesi Atl Ölçeklerinin Puan Ortalamaları Dağılımı

	Ort.±S.S.
<b><i>SF-36</i></b>	
Fiziksel Fonksiyon	39.0 ± 27.6
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	27.2 ± 34.4
Sosyal Fonksiyon	57.6 ± 34.3
Ağrı	36.5 ± 19.8
Ruhsal Sağlık	48.4 ± 13.2
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	29.9 ± 45.8
Canlılık	34.0 ± 9.0
Genel Sağlık Algısı	35.6 ± 12.6

Yaşam Kalitesi Atl Ölçeklerinin puan ortalamaları dağılımına baktığımızda, en yüksek değerini sosyal fonksiyon  $57.6 \pm 34.3$  olduğu, en düşük değerini ise fiziksel rol kısıtlı  $27.2 \pm 34.4$  olduğu bulundu (Tablo 3.2)

**Tablo 3.3:** Sağlık İnanç Modeli Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları Dağılımı

	Ort.±S.S.
<b><i>Sağlık İnanç Modeli</i></b>	
Algılanan Duyarlılık	2.8 ± 0.3
Algılanan Ciddiyet	4.4 ± 0.4
Algılanan Yararlar	3.4 ± 0.7
Algılanan Engeller	2.1 ± 0.6
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	4.5 ± 0.4
<b>SİMÖ Toplam Puan</b>	<b>3.4 ± 0.2</b>

Kadın ve erkeklerde sağlık inanç modeli toplam ve alt grupları ile yaşam kalitesi alt grupları puanları önemli ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. (Tablo 3.4)

**Tablo 3.4:** Cinsiyete Göre Sağlık İnanç Modeli ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kadın	Erkek	P
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	
<b><i>Sağlık İnanç Modeli</i></b>			
Algılanan Duyarlılık	2.8 ± 0.3	2.8 ± 0.3	0.758
Algılanan Ciddiyet	4.4 ± 0.4	4.4 ± 0.4	0.610
Algılanan Yararlar	3.4 ± 0.7	3.3 ± 0.7	0.100
Algılanan Engeller	2.1 ± 0.6	2.3 ± 0.5	0.111
Sağ. İlgili Önerilen Aktiviteler	4.5 ± 0.4	4.5 ± 0.4	0.874
SİM Toplam Puanı	3.4 ± 0.2	3.4 ± 0.2	0.571
<b><i>SF-36</i></b>			
Fiziksel Fonksiyon	39.9 ± 27.9	35.5 ± 26.2	0.335
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	28.8 ± 35.3	20.4 ± 30.0	0.127
Sosyal Fonksiyon	57.6 ± 34.0	57.6 ± 35.8	0.800
Ağrı	36.0 ± 19.8	38.7 ± 19.8	0.341
Ruhsal Sağlık	48.4 ± 13.3	48.5 ± 12.9	0.541
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	31.3 ± 46.5	24.1 ± 43.2	0.302
Canlılık	34.1 ± 8.9	33.5 ± 9.3	0.746
Genel Sağlık Algısı	35.5 ± 12.6	35.9 ± 13.0	0.903

Mann-whitney u test

Yaş ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon yokken, yaş ile SİMÖ toplam puanı arasında önemli ( $p < 0.05$ ) negatif korelasyon mevcuttu. DM süresi ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon bulunmazken, DM süresi ile SİMÖ toplam puanı arasında önemli ( $p < 0.05$ ) negatif korelasyon bulunmuştur. (Tablo 3.5)

**Tablo 3.5:** Sağlık İnanç Modelinin Yaş ve DM Süresi ile Karşılaştırılması

		Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Yararlar	Algılanan Engeller	Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	SİMÖ Toplam Puanı
Yaş	R	-0.024	-0.113	-0.020	-0.043	-0.107	-0.171
	P	0.686	0.060	0.744	0.478	0.075	<b>0.004</b>
DM Süresi	R	0.007	-0.077	-0.042	-0.068	-0.079	-0.136
	p	0.907	0.203	0.485	0.262	0.190	<b>0.023</b>

Spearman Korelasyon

Yaş ile fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon, ağrı, ruhsal sağlık, emosyonel rol kısıtlılığı, genel sağlık algısı puanları arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon yoktu. DM Süresi ile fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon, ağrı, ruhsal sağlık, emosyonel rol kısıtlılığı, genel sağlık algısı puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon yoktu. Canlılık puanı ile hastaların yaşı ve DM Süresi arasında önemli ( $p < 0.05$ ) negatif korelasyon mevcuttur.

**Tablo 3.6:** Sağlık İnanç Modeli ve Yaşam Kalitesinin Tedavi Şekliyle Karşılaştırılması

	Oral Antidiyabetik	İnsülin	p
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	
<b><i>Sağlık İnanç Modeli</i></b>			
Algılanan Duyarlılık	2.7 ± 0.3	2.8 ± 0.3	0.092
Algılanan Ciddiyet	4.4 ± 0.4	4.4 ± 0.4	0.846
Algılanan Yararlar	3.4 ± 0.7	3.4 ± 0.6	0.899
Algılanan Engeller	2.1 ± 0.6	2.1 ± 0.6	0.791
Sağ. İlgili Önerilen Aktiviteler	4.5 ± 0.4	4.5 ± 0.4	0.430
SİMÖ Toplam Puanı	3.4 ± 0.2	3.2 ± 0.2	<b>0.000</b>
<b><i>SF-36</i></b>			
Fiziksel Fonksiyon	41.2 ± 27.2	18.9 ± 22.2	<b>0.000</b>
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	28.5 ± 34.9	14.8 ± 27.1	<b>0.045</b>
Sosyal Fonksiyon	58.8 ± 34.3	46.8 ± 33.0	0.064
Ağrı	36.8 ± 20.3	34.1 ± 14.7	0.332
Ruhsal Sağlık	48.7 ± 13.5	45.0 ± 9.8	0.259
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	29.1 ± 45.5	37.0 ± 49.2	0.392
Canlılık	34.4 ± 8.8	30.2 ± 10.0	<b>0.027</b>
Genel Sağlık Algısı	35.6 ± 12.5	35.6 ± 14.2	0.749

Mann-whitney u test

Diyet olan ve olmayanlarda algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puanı önemli ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Diyet yapan grupta SİMÖ toplam puanı diyet yapmayan gruptan önemli ( $p < 0.05$ ) olarak daha yüksektir. Diyet yapan grupta fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, canlılık, genel sağlık algısı puanı diyet yapmayan gruptan önemli ( $p < 0.05$ ) olarak daha yüksekti. Diyet yapan ve yapmayan grupta sosyal fonksiyon, ağrı, ruhsal sağlık, emosyonel rol kısıtlılığı puanı önemli ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. (Tablo 3.7)

**Tablo 3.7:** Sağlık İnanç Modeli ve Yaşam Kalitesinin Diyet Durumuyla Karşılaştırılması

	Diyet-Var	Diyet-Yok	p
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	
<b><i>Sağlık İnanç Modeli</i></b>			
Algılanan Duyarlılık	2.7 ± 0.3	2.8 ± 0.3	0.592
Algılanan Ciddiyet	4.4 ± 0.4	4.5 ± 0.4	0.483
Algılanan Yararlar	3.4 ± 0.7	3.4 ± 0.6	0.600
Algılanan Engeller	2.1 ± 0.6	2.2 ± 0.6	0.381
Sağ. İlgili Önerilen Aktiviteler	4.5 ± 0.4	4.6 ± 0.4	0.717
SİMÖ Toplam Puanı	3.5 ± 0.2	3.3 ± 0.2	<b>0.000</b>
<b><i>SF-36</i></b>			
Fiziksel Fonksiyon	41.8 ± 26.5	30.2 ± 29.2	<b>0.001</b>
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	29.9 ± 35.0	18.7 ± 31.5	<b>0.011</b>
Sosyal Fonksiyon	59.5 ± 34.1	51.7 ± 34.5	0.108
Ağrı	35.4 ± 19.6	40.1 ± 20.0	0.122
Ruhsal Sağlık	48.9 ± 13.3	46.7 ± 12.8	0.265
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	28.0 ± 45.0	35.8 ± 48.3	0.222
Canlılık	34.7 ± 8.6	31.7 ± 9.8	<b>0.022</b>
Genel Sağlık Algısı	36.7 ± 12.4	32.2 ± 12.8	<b>0.003</b>

Mann-whitney u test

Eğitim durumuna göre algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler, SİMÖ toplam puanı önemli ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Eğitim durumuna göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, ruhsal sağlık, emosyonel rol kısıtlılığı, canlılık, genel sağlık algısı puanı önemli ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Okuma yazması olmayan grupta sosyal fonksiyon puanı okuma yazması olan ve ilkokul mezunu gruptan önemli ( $p < 0.05$ ) olarak daha düşüktü. (Tablo 3.8)

**Tablo 3.8:** Sağlık İnanç Modeli ve Yaşam Kalitesi Puanının Eğitim Durumuyla Karşılaştırılması

		Okuma Yok	Yazması	Okuma Var	Yazması	İlkokul Mezunu	p
<b><i>Sağlık İnanç Modeli</i></b>							
Algılanan Duyarlılık	Ort.±s.s.	2.8	± 0.3	2.7	± 0.3	2.7 ± 0.3	0.412
Algılanan Ciddiyet	Ort.±s.s.	4.4	± 0.4	4.5	± 0.4	4.6 ± 0.4	0.051
Algılanan Yararlar	Ort.±s.s.	3.4	± 0.7	3.3	± 0.7	3.4 ± 0.5	0.452
Algılanan Engeller	Ort.±s.s.	2.1	± 0.6	2.1	± 0.5	2.0 ± 0.4	0.496
Sağ. İlgili Önerilen Aktiviteler	Ort.±s.s.	4.5	± 0.4	4.5	± 0.4	4.5 ± 0.4	0.729
SİMÖ Tolam Puanı	Ort.±s.s.	3.4	± 0.2	3.4	± 0.2	3.5 ± 0.2	0.287
<b><i>SF-36</i></b>							
Fiziksel Fonksiyon	Ort.±s.s.	39.3	± 27.5	35.4	± 26.8	45.3 ± 30.2	0.412
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Ort.±s.s.	25.9	± 33.4	33.3	± 37.7	25.0 ± 37.4	0.459
Sosyal Fonksiyon	Ort.±s.s.	54.7	± 33.7	64.1	± 34.4	74.3 ± 36.0	<b>0.006</b>
Ağrı	Ort.±s.s.	35.5	± 19.8	39.4	± 20.6	41.1 ± 17.8	0.248
Ruhsal Sağlık	Ort.±s.s.	47.8	± 12.7	50.2	± 14.6	50.9 ± 14.9	0.407
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	Ort.±s.s.	27.8	± 44.9	35.4	± 48.3	38.9 ± 50.2	0.403
Canlılık	Ort.±s.s.	34.2	± 8.9	33.5	± 9.3	33.3 ± 9.7	0.941
Genel Sağlık Algısı	Ort.±s.s.	35.7	± 12.4	35.8	± 13.6	33.6 ± 12.8	0.692

Kruskal-wallis / Mann-whitney u test

Fiziksel fonksiyon faktörü ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon yokken, SİMÖ toplam puanı ile önemli ( $p < 0.05$ ) pozitif korelasyon mevcuttur. (Tablo 3.9)

Fiziksel rol kısıtlılığı faktörü ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler toplam puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon yokken SİMÖ toplam puanı ile önemli ( $p < 0.05$ ) pozitif korelasyon bulunmuştur. (Tablo 3.9)

Sosyal fonksiyon faktörü ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ve SİMÖ toplam puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon yoktu. (Tablo 3.9)

Ağrı faktörü ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiye, algılanan yararlar, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ve SİMÖ toplam puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon yoktu. Ağrı faktörü ile algılanan engeller puanı arasında önemli ( $p < 0.05$ ) negatif korelasyon mevcuttur. (Tablo 3.9)

Ruhsal Sağlık faktörü ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiye, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ve SİMÖ toplam puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon yoktu. (Tablo 3.9)

Emosyonel rol kısıtlığı faktörü ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiye, algılanan yararlar, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler toplam puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon yoktur. Emosyonel rol kısıtlığı faktörü ile algılanan engeller puanı arasında önemli ( $p < 0.05$ ) pozitif korelasyon varken SİMÖ toplam puanı ile önemli ( $p < 0.05$ ) negatif korelasyon bulunmuştur. (Tablo 3.9)

Canlılık faktörü ile algılanan ciddiye, algılanan yararlar, algılanan engeller puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon yoktu. Canlılık faktörü ile algılanan duyarlılık puanı arasında önemli ( $p < 0.05$ ) negatif korelasyon mevcuttur. Canlılık faktörü ile sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ve SİMÖ toplam puanı arasında önemli ( $p < 0.05$ ) pozitif korelasyon mevcuttur. (Tablo 3.9)

Genel sağlık algısı faktörü ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiye, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon yokken, SİMÖ toplam puanı ile önemli ( $p < 0.05$ ) pozitif korelasyon bulunmuştur. (Tablo 3.9)

**Tablo 3.9:** Yaşam Kalitesi ile Sağlık İnanç Modeli Arasındaki İlişki

		Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Yararlar	Algılanan Engeller	Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	SİMÖ Toplam Puanı
Fiziksel Fonksiyon	r	0.008	0.092	0.017	-0.035	0.066	0.431
	p	0.896	0.126	0.773	0.559	0.269	<b>0.000</b>
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	r	-0.069	-0.018	-0.087	0.017	-0.065	0.350
	p	0.252	0.760	0.146	0.772	0.281	<b>0.000</b>
Sosyal Fonksiyon	r	-0.071	-0.114	-0.075	-0.031	-0.032	0.013
	p	0.237	0.058	0.215	0.604	0.598	0.833
Ağrı	r	-0.009	0.065	0.017	-0.124	-0.014	-0.085
	p	0.882	0.280	0.773	<b>0.039</b>	0.815	0.157
Ruhsal Sağlık	r	-0.072	-0.074	-0.069	0.022	0.008	0.094
	p	0.230	0.219	0.251	0.716	0.897	0.117
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	r	-0.008	0.016	0.026	0.128	0.000	-0.147
	p	0.893	0.795	0.670	<b>0.032</b>	0.996	<b>0.014</b>
Canlılık	r	-0.124	-0.027	-0.072	0.058	0.135	0.331
	p	<b>0.039</b>	0.658	0.233	0.338	<b>0.024</b>	<b>0.000</b>
Genel Sağlık Algısı	r	-0.085	-0.036	-0.043	-0.029	0.044	0.217
	p	0.159	0.548	0.473	0.630	0.461	<b>0.000</b>

Spearman Korelasyon

#### 4.TARTIŞMA

Bu çalışmada diyabet hastalarının sağlık inançları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki incelenmiş ve elde edilen bulgular literatür bilgisiyle tartışılmıştır.

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, 28). Bu çalışmada elde edilen Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puan ortalaması  $3.4 \pm 0.2$  negatif sağlık inancını göstermekte olduğu bulunmuştur (Tablo 3.3). Kartal SİMÖ kullandığı, çoğunluğunu (%65) 50 yaş ve üzeri diyabetli hastaların oluşturduğu girişimsel çalışmasında eğitim öncesinde hastaların diyabete ilişkin sağlık inançlarının negatif düzeyde ( $3.58 \pm 0.47$ ) olduğunu saptamıştır(20). Yandım ise çoğunluğunu (%94) 40 yaş ve üzeri bireylerin oluşturduğu çalışmasında diyabetik ayağı olan ( $3.47 \pm 0.30$ ) ve olmayan ( $3.57 \pm 0.27$ ) her iki hasta grubunda da sağlık inançlarının negatif düzeyde olduğunu saptamıştır (15).

Bu araştırmanın analiz sonuçlarına göre; sağlık inanç modeli toplam ve alt grupları ile cinsiyet, yaşam kalitesinin alt grupları ile cinsiyet arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde kadınlar ve erkekler arasında sağlık inançları açısından farklı sonuçlar mevcuttur (Tablo 3.4). Kartal, Tan, Kır ve Yandım'ın çalışmalarında cinsiyet ile sağlık inançları arasında önemli bir farklılık olmadığı saptanmıştır (15,16,20,40). 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 (41,42). Şermet Ş.'nin yapmış olduğu Diyabetli Yaşlıların Diyabetin Bakım ve Tedavisine Yönelik Sağlık inançları isimli çalışmasında; 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 önemli farklılık olmadığı bulunmuştur. ( $p > 0.05$ )(43) Güven T. 'nin yapmış olduğu diyabet hastalarda yaşam kalitesi ve depresyon etkisinin araştırılması isimli çalışmada yaşam kalitesinin alt grupları ile cinsiyet arasında önemli bir ilişki bulunmuştur.(44) Jacobson ve Johnson diyabetikler üzerinde yaptıkları 2 çalışmada global olarak yaşam kalitesi

puanlarının kadınlarda daha düşük olarak bulmuşlardır(45,50). Keinanen ve arkadalar diyabetik hastalarda cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında çok zayıf bir ilişki belirlemişlerdir(46). Brazier ve arkadalar SF 36 geçerlilik güvenilirlik çalışması sırasında erkek hastaların tüm yaşam kalitesi alt skalalarında kadınlardan daha yüksek puanlar elde ettiklerini saptamışlardır (47).

Bu çalışmada sağlık inanç modeli toplam puanı ile hastaların yaşı arasında önemli ( $p < 0.05$ ) negatif korelasyon mevcuttur (Tablo 3.4). 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 ( $p < 0.05$ )(34,40). Tan'ın ortalama 60 yaş ile Kartal'ın 30 ve üzeri yaş grubundaki diyabetli bireylerde yaptıkları çalışmalarında ise yaş değişkeni ile sağlık inancı arasında önemli bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (16,20).

Bu çalışmada sağlık inanç modeli ölçek toplam puanı ile hastaların DM süresi arasında önemli ( $p < 0.05$ ) negatif korelasyon mevcuttur (Tablo 3.5). Karşılaştırma sonucunda yaşlıların diyabet süresi ile SİMÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki saptanmamıştır. Diyabet süresi ile sağlık inançları arasındaki ilişkiyi araştıran bazı çalışmalarda da bu değişkenler arasında önemli bir ilişki olmadığı saptanmıştır (16,17,20,51).

Çalışmamızda yaş ile SF-36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon, ağrı, ruhsal sağlık, emosyonel rol kısıtlılığı, genel sağlık algısı puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) ilişki saptanmamıştır. SF-36 canlılık puanı ile hastaların yaşı arasında önemli ( $p < 0.05$ ) negatif korelasyon mevcuttur (Tablo 3.6). Bregner ve arkadaları yaş artışına paralel olarak fiziksel yetersizliklerin meydana geldiğini ve bunun hem emosyonel doyumunu, hem de global olarak yaşam doyumunu azalttığını belirtmişlerdir.(52,53). Lustman ve arkadaşları, Chan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda da ilerleyen yaşın yaşam kalitesini düşürdüğü bildirilmiştir (54,55)

Çalışmamızda DM süresi ile SF-36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon, ağrı, ruhsal sağlık, emosyonel rol kısıtlılığı, genel sağlık algısı puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) ilişki yoktu. Sf-36 canlılık skoru ile hastaların

DM süresi arasında önemli ( $p < 0.05$ ) negatif korelasyon mevcuttur (Tablo 3.6). Güven T. 'nin yapmış olduğu çalışmada diyabet ile geçirilen yaşam süresi uzadıkça yaşam kalitesinin tüm alt basamaklarında skorların düştüğü, yani hastalık ile geçirilen sürenin uzaması halinde yaşam kalitesinin düştüğü gözlenmiştir (44). Buna karşın Redekop ve arkadalarının yaptıkları çalışmada hastalık süresinin uzaması ile yaşam kalitesinin azalmasının ilişkili olmadığını göstermişlerdir (56).

Çalışmamızda tedavi türüne göre, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puanı önemli ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Oral antidiyabetik kullanan grupta sağlık inanç modeli ölçek toplam puanı insülin kullanan gruptan önemli ( $p < 0.05$ ) olarak daha yüksektir. Taşkın aynı zamanda oral anti diyabetik (OAD) kullanan hastaların tedavi uyumunun insülin kullanan hastalardan daha iyi olduğu sonucunu saptamıştır (41).

Çalışmamızda oral anti diyabetik kullanan grupta Sf-36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, canlılık puanı insülin kullanan gruptan önemli ( $p < 0.05$ ) olarak daha yüksekti. Oral anti diyabetik ve insülin kullanan grupta sosyal fonksiyon, ağrı, ruhsal sağlık, emosyonel rol kısıtlılığı, genel sağlık algısı puanı önemli ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Literatür incelendiğinde Tip 2 oral anti diyabetik ilaç kullanımını olan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin hemen her alt başlığında diğer iki grup hastaya kıyasla daha yüksek puanlar aldıkları; Tip 2 insülin kullanan hasta grubunun fiziksel işlevsellik alanında, tip 1 ve tip 2 oral anti diyabetik tedavi alan hastalara kıyasla daha düşük puanlar aldıkları gözlenmiştir. Bu durum insülin kullanmanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu savını desteklemektedir (57,58,59).

Diyet yapan grupta Sf-36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, canlılık puanı diyet yapmayan gruptan önemli ( $p < 0.05$ ) olarak daha yüksekti. Diyet yapan ve yapmayan grupta sosyal fonksiyon, ağrı, ruhsal sağlık, emosyonel rol kısıtlılığı, genel sağlık algısı puanı önemli ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Diyet olan ve olmayanlarda algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puanı önemli ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermezken, diyet yapan grupta sağlık inanç modeli ölçek toplam puanı diyet yapmayan gruptan önemli ( $p < 0.05$ ) olarak daha yüksektir. Şenay Şermet'in yapmış

olduğu Diyabetli Yaşlıların Diyabetin Bakım ve Tedavisine Yönelik Sağlık İnançları adlı çalışmasında, 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 ( $p < 0.05$ ) (43).

Eğitim durumuna göre algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puanı ve sağlık inanç modeli toplam puanı önemli ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 3.8). Literatür incelendiğinde Yandım, Tan ve Kartal'ın çalışmalarında öğrenim düzeyi ile diyabetli hastaların sağlık inançları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptanmıştır (15,16,20). 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.

Eğitim durumuna göre SF-36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, ruhsal sağlık, emosyonel rol kısıtlılığı, canlılık, genel sağlık algısı puanı anlamlı ( $p > 0,05$ ) farklılık göstermemiştir. Okuma yazması olmayan grupta SF-36 sosyal fonksiyon puanı okuma yazması olan ve ilkokul mezunu gruptan anlamlı ( $p < 0,05$ ) olarak daha düşüktü. Literatürdeki çalmalarda; hastaların eğitim düzeyi arttıkça sosyal fonksiyon, enerji ve pozitif iyilik hali puanlarının artmakta, emosyonel rol güçlüğü puanlarının ise azalmakta olduğu bildirilmiştir (62,63,47,61,64,65). Yapılan bir tez çalmasıda eğitim düzeyi yükseldikçe fiziksel fonksiyon, vitalite, enerji ve mental sağlık değerlerinin arttığını göstermiştir (60). Ters yönde eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı sonuçların gösterilmediği çalışmalar da bulunmaktadır (66,54,67).

Bu çalışmada, Fiziksel fonksiyon faktörü ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon bulunmazken, sağlık inanç modeli toplam puanı ile önemli ( $p < 0.05$ ) pozitif korelasyon bulunmuştur. Fiziksel rol kısıtlılığı faktörü ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar,

algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon yoktur, sağlık inanç modeli toplam puanı ile önemli ( $p < 0.05$ ) pozitif korelasyon mevcuttur. Sosyal fonksiyon faktörü ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler, sağlık inanç modeli toplam puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon bulunmamıştır. Ağrı faktörü ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler, sağlık inanç modeli toplam puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon yoktur. Ağrı faktörü ile algılanan engeller puanı arasında önemli ( $p < 0.05$ ) negatif korelasyon mevcuttur. Buradan kişinin ağrısını gidermek için algıladığı engelleri daha basit görebileceği ve engelleri aşmaya çalışabileceği sonucu çıkarılabilir. Ruhsal Sağlık faktörü ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler, sağlık inanç modeli toplam puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon bulunmamıştır. Emosyonel rol kısıtlılığı faktörü ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon yoktur. Emosyonel rol kısıtlılığı faktörü ile algılanan engeller puanı arasında önemli ( $p < 0.05$ ) pozitif, sağlık inanç modeli toplam puanı ile önemli ( $p < 0.05$ ) negatif korelasyon mevcuttur. Buradan kişinin ruhsal olarak sınırlılıklar yaşayınca algıladığı engellerin daha büyük veya önemli görülebileceği sonucuna varılabilir. Canlılık faktörü ile algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon yoktu. Canlılık faktörü ile algılanan duyarlılık puanı arasında önemli ( $p < 0.05$ ) negatif korelasyon mevcuttur. Kişi kendisini iyi hissettiği için oluşabilecek ağrı veya farklı semptomlara karşı duyarsız kalabilmektedir. Canlılık faktörü ile sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ve sağlık inanç modeli toplam puanı arasında önemli ( $p < 0.05$ ) pozitif korelasyon mevcuttur. Kişi kendisini iyi hissettiği için önerilen aktiviteleri yapmakta herhangi bir olumsuzluk yaşamayacağı düşünülebilir. Genel sağlık algısı faktörü ile algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puanı arasında önemli ( $p > 0.05$ ) korelasyon bulunmamıştır. Genel sağlık algısı ile sağlık inanç modeli toplam puanı arasında önemli ( $p < 0.05$ ) pozitif korelasyon bulunmuştur (Tablo 3.9).

## 5. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 5.1. Sonuç

Çalışmamızın analiz sonuçlarına göre; yaş ile SF-36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon, ağrı, ruhsal sağlık, emosyonel rol kısıtlılığı, genel sağlık algısı puanı arasında önemli fark bulunmamıştır. SF-36 canlılık puanı ile hastaların yaşı arasında önemli negatif korelasyon mevcuttur.

Çalışmamızda DM süresi ile SF-36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon, ağrı, ruhsal sağlık, emosyonel rol kısıtlılığı, genel sağlık algısı puanı arasında önemli fark bulunmamıştır. SF-36 canlılık puanı ile hastaların DM süresi arasında önemli negatif korelasyon olduğu gözlenmiştir

Çalışmamızda tedavi türüne göre algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puanı arasında önemli fark bulunmamıştır. Ayrıca oral anti diyabetik kullanan grupta SF-36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, canlılık puanı insülin kullanan gruptan önemli olarak daha yüksek bulunmuştur.

### 5.2. Öneriler

Bu sonuca göre;

- Hastalara diyabet hakkında planlı eğitimin verilmesi,
- Hastaların diyabet rahatsızlıkları yönünden düzenli olarak izlenmesi ve hastalıkları hakkında eğitim verilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. WHO The World Health Report 1998. Life in the 21st Century-a Vision for All. Geneva, Switzerland:1998, WHO.
2. Gren A, Hirsch NC, et al. The changing world demography of type 2 diabetes. *Diabetes Metab. Res. Rev.* 2003; 19:3-7.
3. Okutur K. Tip I Diabetes Mellitus Hastalarda vücut demir depolar ile metabolik kontrol, insülin rezistansve mikroalbuminüri arasndaki ilişki.Uzmanlk Tezi,2006
4. Garber A.J: Diabetes Mellitus internal medicine, editor: Stein JH, Mosby Year Book, St Lois, Missouri. p: 1391-92”, 1994.
5. Köloğlu S. Endokrinoloji, Temel ve Klinik, Medical Network, 1. baskı, Köloğlu S. Diabetes Mellitus, p: 367-386. 1996, Ankara.
6. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes. *Diabetes Care.* 2003 Jan;26 Suppl 1:S5-20.
7. Fitzpatrick R. Quality of life measures in health care. Applications and issues in assesment *BMJ* 1992;305:1074-1077
8. Cramer JA, A Clinimetric Approach to Assessing Quality of Life in Epilepsy. *Epilepsia*, Raven Press Ltd. New York, ;nternational League Against Epilepsy 1993;34:9-13
9. ICIDH-2: International Classification of Impairments, Activities and Participation. A manual of Dimensions of Disablement and Functioning. Beta-1 draft for field trials. WHO, Geneva, 1997;2-22
10. Hanestad BR. Quality of life perceived difficulties in adherence to diabetic regimen and blood glucose control. *Diabetic Med* 1991;8:759-769.
11. Harry H. Measuring the quality of life: Why, how, what? *Theor Mad.*1991; 12:97- 116
12. Gries FA, Alberti KGMM. Management of non-insülin-dependent diabetes mellitus in Europe: a consensus statement, *IDF Bull* 1987; 32:169-174

13. Özcan ş. Diyabetes Mellituslu hastanın yönetimi ve hemşirelik. içinde: Yenigün M, Altuntaş Y, editörler. Heryönüyle Diyabetes Mellitus. 2. Baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri; 2001. s. 969-996.
14. 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.
15. Yandım A. Diyabetik Ayağı Olan ve Olmayan Diyabetes Mellituslu Hastaların Sağlık İnançları. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2011.
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. 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.
18. 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.
19. Schwab T, Meyer M, Merrell R. Measuring Attitudes and Health Beliefs among Mexican- Americans with Diabetes. The Diabetes Educator 1994; 20 (3): 221-227.
20. Kartal A. Diyabetli hastalarda planlı eğitim programının sağlık inancına ve diyabet yönetimine etkisinin incelenmesi. Yayınlanmış doktora tezi. İzmir: Ege Üniversitesi; 2006.
21. Wdowik MJ, Kendal PA, Harris MA, Garry A. Expanded Health Belief Model Predicts Self Managemet in College Students. Journal of Nutrition Education 2001; 33: 17- 23.
22. 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.
23. 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.

24. Poss JE. Developing a new model for cross- cultural research: synthesizing the health belief model and the theory of reasoned action. *Advances in Nursing Science* 2001; 23 (4): 1-15.
25. Özcan ş. Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış doktora tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1999.
26. 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.
27. Finfgeld DL, Wongvatnya S, Conn VS, Grando VT, Russel CL. Health belief model and reversal theory: a comparative analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 43 (3): 288-297.
28. 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 .
29. Ware JE, Sherbourne CD The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*,1992, 30:473-83.
30. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N. ve ark. SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*.1999
31. Aydemir Ö. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: kısa Form-36 (SF-36). *3 P Dergisi* 7 (Ek. 2), 1999,14- 22.
32. 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.
33. 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.
34. Gökdoğan F, Akıncı F. Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi HYO Derg* 2001; 5 (1): 10-17.
35. 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.
36. Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1996). Lifetime benefits and cost of intensive therapy as practiced in the diabetes control and complications trial. *JAMA*, 276:1409-1415
  37. Rubin RR, Peyrot M Quality of Life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*, 1999, 15:205-218
  38. Tatarkiewicz W. *Analysis of Happiness*. PWN-Polish Scientific Publishers 1976.
  39. Bilir Kaya B, İçağasıoğlu A. Romatoid Artritli Hastalarda Kısa Form 36'nın Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. 2009
  40. Kır E. Diyabetli hastaların sağlık inançlarının bakımlarına olan etkilerinin incelenmesi. *Yayınlanmış yüksek lisans tezi*. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi; 2003.
  41. Yalçın Taşkın M. Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyumunu Etkileyen Faktörler. *Yayınlanmış yüksek lisans tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2006.
  42. Johnson C, Whetstone WR. Assessing Transcultural Attitudes Towards Diabetes in Trinidad. *Journal of National Black Nurses' Association* 2005; Dec;16(2):15-9.
  43. Şermet Ş. Diyabetli Yaşlıların Diyabetin Bakım ve Tedavisine Yönelik Sağlık İnançları. *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara:Gazi Üniversitesi; 2012.
  44. Güven T. Diyabetes Mellitus'lu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Etkisinin Araştırılması. *Yayınlanmış Uzmanlık Tezi*. İstanbul:2007.
  45. Jacobson AM, De Groot M, (1994). The evaluation of two measures of quality of life in patients with type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 17:267-74
  46. Kozak GP, Cooppan R. Diabetes and Other Endocrinologic Disorders. In: Marble A, *Joslin's Diabetes Mellitus* 1985, 785-816
  47. Brazier JE. Validating the SF 36 health survey questionnaire: new outcome measure primary care. *BMJ* 1992; 30; 160 -164.
  48. Keller RJ, Jackson RA Eisenbartl GS. Beta Cell Function In Islet Cell Antibody (LCA) Positive First Degree Relatives Treated With Insulin. *Diabetes* 1992;41:13A

49. Kabadi UM. Impaired Pituitary Thyrotroph Function In Uncontralled Type-II Diabetes Mellitus: Normalisation On Recovery. *J.Clin. Endoerinol Metab.* 1984; 59:521525
50. Johnson JA. Health related quality of life of diabetic Pima Indians *Med Care* Feb 1996;3-1: 97-102
51. Kartal A, Çağırğan G, Tıgılı H, Güngör Y, Karakuğ 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.
52. Nichols GA, Brown JB. Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in Type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26:744-749
53. Gülseren, Böncü B, Aydemir Ö, Kültür S. Tip I ve Tip II diabetes mellituslu hastalarda anksiyete ve depresyon. *3P Dergisi* 2002; 10:59-64.
54. Chan JM, Stampfer MJ, Rimm EB et al Obesity at Distribution And Weight Gain As Risk Factars For Clinical Diabetes In Man *Diabetes Care* 1994; 17 961-969.
55. Lustman PJ, Grimth LS, Clouse RE Depression In Adults With DM. *Diabetes C are* 1988;1 1.605-61:
56. Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolk RP. Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*,2002 , 25:458-463
57. Masterton G. Diabetes and depressive disorders. *Diabetes Reviews International*, 1996;5 (3): 2-5
58. Yenigün M, Altuntaş Y. Her Yönüyle Diabetes Mellitus 2001;627-635
59. Balcıoğlu ;.Endokrinoloji ve Psikoloji ;İlişkisi 2006;156-163
60. Yüçetürk N. Tip I Diabetes Mellitusta Yaam Kalitesi ve Yaam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin incelenmesi. *UzmanlkTezi* 2002.
61. Campbell A. Subjective measures ofwell-being. *Am Psychologist* 1976;31:117-124.
62. Bergner M. Quality of life, health status and clinical research. *Med Care* 1989; 27: 148-156.
63. Bradley C, Lewis KS. Measures of Psychological Well-Being and Treatment Satisfaction developed from the responses of people with tablet-treated diabetes. *Diabetic Medicine* 1990;7: 445-451.

64. Fan L. F. Quality of life of the patients with diabetes mellitus and risk factors. *Chung-Hua-Hu-Li-Tsa-Chih* 1996;31 :562-567
65. Glasgow RE. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care* 1997;20:562-567.
66. Svejgoord A, Ryder LP. HLA And Insulin Dependent Diabetes: An Overview. *Gen.Epi.* 1989;6:1-14.
67. Krishman R. Medical Illness and Depressive Disorders. *Psychiatric Times* 2000; 17:9.

## **EKLER**

### **EK 1: Tanıtıcı Bilgi Formu**

**1.Kaç yaşındasınız ? :**

**2.Cinsiyetiniz nedir ?:**

Kadın  Erkek

**3.Medeni durumunuz nedir ?:**

Evli  Bekar  Dul  Boşanmış

**4. Öğrenim durumunuz nedir ? :**

Okuma yazma yok  Okuma yazma var

İlkokul mezunu  Orta okul mezunu

Lise ve üzeri öğrenim

**5.Düzenli bir geliriniz var mı?**

Var  Yok

**6.Sağlık güvenceniz var mı ?**

Var  Yok

**7. Kiminle yaşıyorsunuz?**

Yalnız yaşıyorum

Sadece eşimle yaşıyorum

Çocuklarımla birlikte yaşıyorum

Diğer :

**8.Ne kadar zamandır şeker hastasıınız? .....**

**9.Doktorunuz tarafından önerilen tedavi şekliniz nedir?**

Sadece diyet  Oral antidiyabetik

Oral antidiyabetik ve insülin  insülin

**10.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

**11. şeker hastalığı vücudunuzda başka rahatsızlıklara neden oldu mu?**

Evet  Hayır

Evet ise rahatsızlığınız nedir : .....

**12. şeker hastalığınız dışında başka bir hastalığınız var mı:**

Var  Yok

Var ise; hastalığınızın adı nedir : .....

**13. Ailenizde sizden başka şeker hastalığı olan biri var mı?**

Var  Yok

**14. ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?**

Evet  Hayır

**15. Size önerilen egzersizleri (yürüyüş vb) yapıyor musunuz?**

Evet  Hayır

**16. Önerilen beslenme tedavisine (diyetinize) uyuyor musunuz?**

Evet  Hayır

**17. Düzenli olarak doktor kontrolüne gidiyor musunuz?**

Evet  Hayır

**18. Sigara kullanıyor musunuz?**

Evet  Hayır

## EK 2: DİYABET HASTALARINDA SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

Sayın Katılımcı

Aşağıda diyabet konusunda çeşitli açıklamalar sıralanmıştır. Her açıklamaya vereceğiniz yanıt sizin hastalık hakkında inandıklarınızla ilgilidir. Her bir açıklama için düşüncelerinizi 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 süreçte bende diyabet komplikasyonlarının gelişmesi mümkün değildir					
4. Yaralarım çabuk iyileştiği için bende diyabet komplikasyonu gelişmez					

### ALGILANAN CİDDİYET

	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>
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

	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>
8. Kan şekerini 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 yada geciktirmeye yardım eder					
11. 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

	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>
15.Diyabetin komplikasyonu mutlaka oluşacağı için kan şekerini 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 sağlığım iyi olduğuna bir işarettir					
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

	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>
24.Kan şekerinin kontrol tutmak önemlidir					

25. kan şekerini haftada birkaç kez evde kontrol etmem önemlidir					
26.Kilomu kontrol altında tutmam önemlidir					
27.Sigarayı bırakmam 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 basıncımın kontrol edilmesi önemlidir					
33.Düzenli olarak egzersiz yapmam önemlidir					

### EK 3: MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine

alınız

	evet	hayır
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine

alınız

EVET

HAYIR

a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine

alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine

alınız

Hiç	1
Çok az	2

Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine

alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak

içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiç Bir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak

içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak

içine alınız

a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

## EK 4: ETİK KURUL ONAY FORMU

## KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Diyabet hastalarının sağlık inanç durumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2014/127

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü, 44280, Malatya, Türkiye
	TELEFON	+90 422 341 06 60 / 1219
	FAKS	+90 422 341 00 36
	E-POSTA	inu.dhek@inonu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Behice ERCİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ  
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

## KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Diyabet hastalarının sağlık inanç durumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2014/127

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/127	Tarih: 13.08.2014					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Saim YOLOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkan TOĞAL	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN	İç Hastalıkları	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Derya DOĞAN	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Özden KAMIŞLI	Nöroloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hakan HARPUTLUOĞLU	Onkoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ  
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

## KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Diyabet hastalarının sağlık inanç durumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2014/127

Doç. Dr. Ergül ALÇİN	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E.Ö.
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	M
Dr. Mahmut Barkın AKGÜL	Tıp Doktoru	Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	M
Metin TAY	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Zafer ERGÜZEL	Hukuk	İnönü Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Hasan KONAN	Sivil Üye	Zaloğlu Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	M

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ  
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.