

T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DİYABET HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**DİYABETLİ BİREYLERİN ÖZ-YÖNETİM ALGISINA GÖRE
KENDİNİ DÜZENLEME DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

Simge ÖNAL DUGAN
ORCID: 0000-0002-7126-4180
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL

İZMİR-2023

T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DİYABET HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**DİYABETLİ BİREYLERİN ÖZ-YÖNETİM ALGISINA GÖRE
KENDİNİ DÜZENLEME DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

Simge ÖNAL DUGAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL

İZMİR-2023

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyabet Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 29/12/2022

Tez Danışmanı: Prof. Dr. ELİF ÜNSAL AVDAL (İKÇÜ)

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Beste Özgüven ÖZTORNACI

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Gülbin KONAKÇI

ONAY: Bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen jüri üyeleri tarafından uygun görölmüş ve kabul edilmiştir.

(İMZA)

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

o Tezimin/Raporumuntarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç)

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

o Tezimin/Raporumun..... tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

29/12/2022

İmza

Simge ÖNAL DUGAN

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen atıflar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanım Prof. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Katip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığımı beyan ederim.

23/01/2023

İmza

Simge ÖNAL DUGAN

TEŐEKKÖR

Yüksek lisans tez çalışmam boyunca benden yardım, deneyim ve değerli görüşlerini esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. ELİF ÜNSAL AVDAL' a teşekkürü bir borç bilirim.

Eğitim hayatım süresince her daim yanımda olan eşim Uğur DUGAN' a ve desteğini hiç esirgemeyen arkadaşlarım Sevde DÖLEN ve Dilek NURAL ARSLAN' a sonsuz teşekkür ederim.

Simge ÖNAL DUGAN

ÖZET

Diyabetli Bireylerin Öz-Yönetim Algısına Göre Kendini Düzenleme Davranışlarının İncelenmesi

Simge ÖNAL DUGAN

Diyabet Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi/ İzmir-2022

Amaç: Bu araştırma, diyabetli bireylerde öz-yönetim algısının kendini düzenleme davranışları üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

Metod-Yöntem: Araştırma, google anket formu ile online yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, Ağustos 2020- Ekim 2020 tarihleri arasında gönüllü olarak araştırmaya katılan, araştırma dahil edilme kriterlerine uyan 59 diyabetli birey ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma öncesi etik kuruldan, araştırmanın yapılacağı kurumdan gerekli izinler ve diyabetli bireylerden onam alınmıştır. Veriler, Sosyo-Demografik-Bilgi Formu-Diyabetle İlgili Bilgi Formu, Diyabette Öz-Yönetim Algı Skalası (DÖYAS) ve Kendini Düzenleme Ölçeği (KDÖ)-Kısa Versiyon formları ile online toplanmıştır. Verilerin analizinde, bağımsız gruplarda t testi, bağımsız gruplarda varyans analizi, kruskal wallis testi, pearson korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin; çoğunluğunun kadın olduğu (%79,9), çoğunun evli (%52,5), yaş ortalamasının %23,7 oranla 32-38 ile 46 yaş ve üzeri bireylerden oluştuğu, eğitim durumlarının %30,5 ile yüksekokul olduğu, BKİ değerlerinin %33,9 ile 18-21 değer aralığında olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin; %81,4'ünün sigara kullanmadığı, %55,9'unun alkol kullanmadığı, en çok görülen diyabet tipi olarak % 69,5 ile tip 1 diyabet görüldüğü, diyabetli bireylerin (%78) en çok birinci derece yakınlarında (%52,2) diyabet olduğu, diyabet tedavi şekli olarak en çok insülin kullanıldığı (%79,7), diyabet tedavisinin düzenli uygulandığı (%88,1), diyabet dışında en çok eşlik eden kronik hastalığın hipertansiyon olduğu (%8,5), komplikasyon görülme

oranın en çok hipoglisemide olduğu (%47,5), diyabet eğitimi alındığı (%96,6) ve sağlık algısının genel olarak iyi (%50,8) olarak tanımlandığı sonucuna varılmıştır. DÖYAS ölçeğinin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,754, KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0,888 olarak bulunmuştur. Pearson korelasyon analizine göre DÖYAS ile KDÖ ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Araştırma bulgularına göre; araştırma sonuçları doğrultusunda diyabetli bireylerde öz-yönetim algısının ve kendini düzenleme davranışlarının birbiri üzerinde etkisi yoktur. Diyabette öz-yönetim algısının ve kendini düzenleme davranışlarının desteklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, öz-yönetim algısı, kendini düzenleme

ABSTRACT

Investigation of Self-Regulation Behaviors According to Self-Management Perception of Individuals with Diabetes

Simge ÖNAL DUGAN

Diabetes Nursing Department

Master Thesis/ İzmir-2022

Aim: This research was conducted as a descriptive-relationship searcher in order to examine the effect of self-management perception on self-regulation behaviors in individuals with diabetes.

Method-Procedure: The research was conducted online with a google questionnaire. The sample of the study was carried out with 59 individuals with diabetes who voluntarily participated in the study between August 2020 and October 2020, and who met the research inclusion criteria. Before the research, necessary permissions were obtained from the ethics committee, the institution where the research would be conducted, and consent from individuals with diabetes. The data were collected online using the Socio-Demographic Information Form-Diabetes Information Form, the Diabetes Self-Management Perception Scale (DLSS) and the Self-Regulation Scale (BDI)-Short Version forms. In the analysis of the data, t test in independent groups, analysis of variance in independent groups, kruskal wallis test, pearson correlation analysis and regression analysis were used.

Results: Individuals with diabetes participating in the study; Most of them are women (79.9%), most of them are married (52.5%), their average age is between 32-38 and 46 years old with a ratio of 23.7%, their education level is 30.5% and their BMI values are % It was concluded that the value ranged from 33.9 to 18-21. Individuals with diabetes participating in the study; 81.4% did not smoke, 55.9% did not drink alcohol, type 1 diabetes was the most common type of diabetes with 69.5%, most first-degree relatives (52.2%) of individuals with diabetes (78%)) diabetes, insulin is the most used form of diabetes treatment (79.7%), diabetes treatment is

applied regularly (88.1%), the most common chronic disease other than diabetes is hypertension (8.5%), the rate of complication is high. It was concluded that the patient was mostly in hypoglycemia (47.5%), received diabetes education (96.6%), and the perception of health was generally defined as good (50.8%). The Cronbach's Alpha reliability coefficient of the DSMS scale was found to be 0.754, and the Cronbach's Alpha reliability coefficient of the CAS-Short Version scale was found to be 0.888. According to Pearson correlation analysis, it was determined that there was no statistically significant relationship between DLAS and CAS scales.

Conclusion: According to the research findings; In line with the results of the research, self-management perception and self-regulation behaviors in individuals with diabetes have no effect on each other. We think that the perception of self-management and self-regulation behaviors in diabetes should be supported.

Keywords: Diabetes, self-management perception, self-regulation

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	iii
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
TABLolar DİZİNİ	xv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Diyabet ve Tanımı	4
2.2. Diyabetin Klinik Belirti ve Bulguları.....	4
2.3. Diyabetin Sınıflandırılması	4
2.4. Diyabetin Etiyolojisi	5
<i>Diyabetin-oluşmasını etkileyen başlıca faktörler:</i>	5
2.5. Diyabetin Tanı Kriterleri	6
2.6. Prediyabet ve Tanısı	7
2.7. Gestasyonel Diyabet (GDM) ve Tanısı.....	7
2.8. Diyabetin Tedavisi	8
2.9. Diyabetin Komplikasyonları	9
2.10. Türkiye’de ve Dünyada Diyabet Prevelansı.....	12
2.11. Diyabet ve Covid-19	13
2.12. Diyabetli Bireylerde Hemşirelik Yönetimi	13

2.13. Öz-Yönetim Algısı ve Diyabet.....	13
2.14. Kendini Düzenleme ve Diyabet	14
2.15. Diyabetli Bireyler İçin Kanıt Temelli Çalışmalar	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
4. BULGULAR	23
4.1. Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	24
.....	24
Tablo 4.3 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Diyabette Öz-Yönetim Algısı Skalası ile Kendini Düzenleme Ölçeği- Kısa Versiyondan Aldıkları Puanların İncelenmesine İlişkin Bulgular	28
Tablo 4.12: Ölçeklere İlişkin Bulgular.....	34
Tablo 4.15: Sosyodemografik Özelliklerin Ölçek Puanları Üzerindeki Etkisine Ait Bulgular	35
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	47
KAYNAKÇA	50
EK-I.....	59
EK-II.....	60
EK-III	64
EK-VI.....	66
EK-V. ÖLÇEK İZİNLERİ	73
EK-VI.....	74
EK-VII.....	75
ETİK KURUL İZİNİ	75
ÖZGEÇMİŞ	78

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AACE: American Association of Clinical Endocrinologists

ABD: Amerikan Bileşik Devletleri

ADA: American Diabetes Association

APG: Açlık Plazma Glikozu

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DM: Diabetes Mellitus

DKA: Diyabetik Ketoasidoz

DÖYAS: Diyabette Öz-Yönetim ve Algısı Skalası

GDM: Gestasyonel Diyabet

HbA1c: Hemoglobin A1c

HDL: High Density Lipoprotein

HHH: Hiperglisemik Hiperosmolar Durum

IDF: International Diabetes Federation

KH: Karbonhidrat

KDÖ: Kendini Düzenleme Ölçeği

KAH: Koroner Arter Hastalığı

OAD: Oral Antidiyabetik İlaçlar

OGTT: Oral Glikoz Tolerans Testi

PG: Plazma Glikozu

TEMD: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

T1 DM: Tip I Diyabet

T2 DM: Tip 2 Diyabet

TURDEP-II: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması-II

YL: Yüksek Lisans

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 4.1: Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	24
Tablo 4.2: Diyabetli Bireylerin Diyabetle İlişkili Özelliklerine Göre Dağılımları	25
Tablo 4.3 Diyabetli Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	28
Tablo 4.4: Diyabetli Bireylerin Medeni Durumu Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	28
Tablo 4.5: Diyabetli Bireylerin Yaşa Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.6: Diyabetli Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.7: Diyabetli Bireylerin Kilo Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.8: Diyabetli Bireylerin Boy Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.9: Diyabetli Bireylerin BKİ Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.10: Diyabetli Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanım Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.11: Diyabetli Bireylerin Diyabet Değişkenlerine Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.12: Diyabette Öz –Yönetim Algısı Skalası ve Kendini Düzenleme Ölçeği’ ne Göre Güvenilirlik Katsayıları.....	34
Tablo 4.13: Diyabette Öz –Yönetim Algı Skalası ve Kendini Düzenleme Ölçeği- Kısa Versiyon Tanımlayıcı İstatistikleri.....	34
Tablo 4.14: Diyabette Öz-Yönetim Algısı Skalası ile Kendini Düzenleme Ölçeği- Kısa Versiyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	35
Tablo 4.15: Sosyodemografik Özelliklerin DÖYAS Puanları Üzerindeki Etkisi.....	35

Tablo 4.16: Sosyodemografik Özelliklerin KDÖ-Kısa Versiyon Puanları Üzerindeki Etkisi.....	36
---	-----------

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Diyabet, pankreasın beta hücrelerinden salgılanan insülin hormonunun mutlak veya kısmi yetmezliği ya da periferik etkisizliği sonucu ortaya çıkan, kronik hiperglisemi, karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında bozukluklar, kapiller membran değişiklikleri ve ateroskleroz ile seyreden, makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonların geliştiği, akut komplikasyonları önlemek ve kronik komplikasyonları azaltmak için sürekli destek, tıbbi bakım ve diyabetlinin öz bakım gerektiren, kronik seyirli endokrin ve metabolik bir rahatsızlıktır (1).

Uluslararası Diyabet Federasyonu 2019'da diyabetin dünyada görülme oranının 2019'da %8,3, 2030'da %9,2, 2045'te %9,6 olacağını ve küresel sağlık harcamalarının %10' unun da diyabet için harcanacağını ileri sürülmektedir (2). Türkiye'de diyabet görülme sıklığı Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması TURDEP-I'e göre %7,2 olarak rapor edilirken, TURDEP-II' ye göre bu oranın %13,7'ye kadar yükseldiği belirtmiştir (3,4). Diyabet yetişkinlerde daha sık gelişmekte ve yaş ilerledikçe daha yaygın hale gelmektedir. Diyabetin oluşum nedenleri arasında; yanlış beslenmeye bağlı obezite, stres, yaşlılık, genetik yatkınlık ve kentleşmeye bağlı yaşam tarzı değişikliği ve fiziksel aktivitenin azalması başlıca sebeplerindendir (2,4,5).

Başka bir kaynağa göre diyabet, insülin eksikliği veya periferik dokularda insülin etkisizliğine bağlı gelişmiş olan 'insülin direnci' sebebiyle ortaya çıkan, pek çok organı etkileyerek multisistemik tutulumu neden olan hiperglisemi ile seyreden kronik ve geniş spektrumlu metabolik bir durumdur. Sürekli ve düzenli tıbbi bakım gerektiren diyabetin yönetiminde akut ve kronik komplikasyonların oluşumunu engellemek için sağlık çalışanları ve diyabetli bireylerin sık sık eğitim almaları gereklidir (6).

Diyabette erken semptomlar hiperglisemiye bağlıdır. Bunlar; polidipsi, polifaji, poliüri ve bulanık görmedir (7,8). İleriki süreçte gelişen komplikasyonlar

ise; koroner arter hastalığı, periferik nöropati, nefropati ve enfeksiyona yatkınlık yer almaktadır. Diyabetin yönetiminde komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini artırmak için bireyin bakım ve izlemi son derece önemlidir.

Diyabetli bireylerde tedavi şekli; beslenme şeklinin ve fiziksel aktivitenin düzenlenmesi, diyabet eğitimi, sağlık kontrollerinin düzenli yapılması, sürekli izlem ve farmakolojik tedavinin düzenlenmesi şeklinde olmalıdır (9,10). Diyabette amaç bireyin tedavisinin sağlanması ve bakım yönetiminin bireylere kazandırılmasıdır. Diyabetlilerin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını geliştirmelerinde ve sürdürmelerinde diyabet öz yönetimi önemlidir. Diyabetli bireylerde öz yönetim becerisi bireylerin bir durum ile karşılaştıklarında o durum ile başa çıkmaya yönelik karar alma, değerlendirme, uygun tepkiler verme şeklindedir (11). Diyabetli bireylerde sağlıklı yaşam tarzına uyum sağlandığında metabolik kontrollerin iyileştiği, komplikasyon görülme oranının azaldığı veya geciktiği saptanmıştır (12). Diyabetli bireylerin tedavi ve bakımlarının yapılması, öz yönetim becerilerinin geliştirilmesinde bireylere ailelerinin desteği gerekmektedir. Bir bireyin diyabet yönetimi, ailesi ve sosyal ortamı çerçevesine şekillenir ve gelişir. Diyabet yönetiminin çoğunluğunun gerçekleştiği yer aile ortamıdır. Diyabetli bireyler için diyabet yaşam kalitesini, sağlık sonuçlarını ve kendi kendini yönetme davranışını iyileştirmeye yönelik destek müdahaleleri ile sürekli ve etkili öz yönetim gerektirir. Diyabetli bireylerin öz yönetim bilgi ve becerilerini kendine göre düzenleme eğilimleri diyabet bakımının temelini oluşturur (13). Diyabetli bireyler olayın duygusal boyuta dikkat çekerek, diyabetin tanıdan tedaviye her aşamasına uyumunda duygularının, o anki sosyal durumlarından ve algılarından etkilendiği saptanmıştır. Diyabetli birey gündelik yaşamı boyunca bir plan çerçevesinde tedavisini yönetmek, yediklerine dikkat etmek ve özbakımını en ileri seviyede tutmalıdır (14).

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmamızın amacı, diyabetli bireylerde öz-yönetim algısının kendini düzenleme davranışları üzerine etkisinin incelenmesidir.

1.3. Araştırmanın Soruları

Çalışmamız tanımlayıcı tipte bir araştırma olduğu için araştırma sorusu oluşturulmuştur.

- Diyabetli bireylerin öz-yönetim algısına göre kendini düzenleme davranışları nasıldır?
- Diyabetli bireylerin öz-yönetim algısı ile kendini düzenleme davranışları arasında ilişki nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabet ve Tanımı

Diyabet, insülin eksikliği veya insülin yokluğu sebebiyle organizmanın karbonhidrat (KH), protein ve yağdan ihtiyacı olan glikozu karşılayamadığı, devamlı tıbbi bakım gerektiren, kronik aynı zamanda geniş çeşitliliğe sahip metabolik bir durumdur (6). Dünyada ve ülkemizde oldukça sık görülmektedir. Diyabetli bireylerin yaşam kalitesini azaltan, tedaviye uyumunu sınırlandıran, tedavi ve bakım sebebiyle bireye sorumluluk getiren, tedavi maliyetlerinin yüksek olduğu önemli bir problemdir (4). İnsülinin mutlak azlığı veya sentez ve sekresyon bozukluğu ile reseptör düzeyinde oluşan etkisizlik sonucu meydana gelmektedir.

2.2. Diyabetin Klinik Belirti ve Bulguları

Diyabetin başlıca belirti ve bulguları; poliüri, polidipsi, polifaji veya iştahsızlık, halsizlik, çabuk yorulma, ağız kuruluğu, noktüri, görme bozukluğu, kilo kaybı ve kaşıntıdır (2).

2.3. Diyabetin Sınıflandırılması

Diyabet; tip 1 diyabet (otoimmün β -hücre yıkımı nedeniyle), tip 2 diyabet (β -hücresi insülin sekresyonu azlığı nedeniyle), gestasyonel diyabet (GDM) (gebeliğin ikinci veya üçüncü trimesterinde teşhis edilen ve gebelikten önce açıkça aşikar diyabet olmayan diyabet) ve spesifik nedenlere bağlı diyabet (yenidoğan diyabeti ve gençlerin olgunluk başlangıçlı diyabeti, kistik fibroz ve pankreatit, glukokortikoid kullanımı, HIV/AIDS tedavisinde veya organ nakli sonrası) olmak üzere başlıca 4 gruptan oluşur. Toplumumuzda yaygın olarak tip 1 ve tip 2 diyabet görülmektedir (15).

2.4. Diyabetin Etiyolojisi

Diyabetin-oluşmasını etkileyen başlıca faktörler:

Yaş: Tip I diyabet vakalarının %95'i 25 yaşın altındaki bireylerde görülmektedir. Bazen 25 yaş ve üzeri bireylerde de görülmektedir. Tip II diyabet vakaları genellikle 40 yaş ve üzerinde görülmektedir (16).

Cinsiyet: Dünyada diyabet görülme oranı açısından kadın ve erkek arasında bir farklılık yoktur. Türkiye'de ise diyabet kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir (17).

Kalıtım: Diyabet genetik geçişlidir. Tip II diyabette ebeveynden geçiş, Tip I diyabete oranla daha anlaşılırdır ve bu bireylerin %40'ının en az bir akrabasında diyabet öyküsünün varlığı saptanmıştır (18).

Obezite: Dünya genelinde obezite önemli bir sağlık sorunudur (19). Obezite diyabet gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Obezitenin derecesi ve süresi uzadıkça diyabet riski de artmaktadır. Bireyin kilosunun %10-20 üzerinde ya da daha çok kilo alımında diyabet gelişme riski obez olmayanlara oranla dört kat fazladır (20-22).

Beslenme: Günümüzde yaşam koşullarının iyileşmesi, aşırı fast-food tüketimi, dengesiz beslenme, aktivite azlığı ya da sporsuz yaşam diyabete zemin hazırlamaktadır.

Fiziksel Aktivite: Hareketsiz bir yaşam diyabet görülme riskini arttırmaktadır. Fiziksel aktivite azaldığında, vücudun tüketeceği enerjinin azalacağı ve buna bağlı kilo alma riskinin artacağı bilinmektedir (20).

2.5. Diyabetin Tanı Kriterleri

Tablo 1' deki kriterlerden herhangi biri tanı için yeterlidir.

Tablo 1: Diyabet Tanı Kriterleri

Açlık plazma glikozu (APG) (En az 8 saat açlık gerekir)	≥126 mg/dl
Rastlantısal Plazma Glukozu + diyabet semptomları (poliüri, Polidipsi)	≥ 200 mg/d
Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT)' nde 2.st plazma glukozu	≥ 200 mg/d
HbA1c	≥ % 6.5 (48mmol/mol)

Kaynak: TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu 2017: syf: 14-15.

HbA1c'nin açlık gerektirmemesi, akut hastalık ve stres durumlarından etkilenmemesi gibi avantajlarının yanında; daha pahalı olması, plazma glukoz ölçümü kadar yaygın olmayışı, kan kaybı, anemi, hemoliz, hemoglobinopati gibi nedenlerden etkilenmesi gibi dezavantajları da vardır (6).

2.6. Prediyabet ve Tanısı

Tablo 2'deki kriterlerden herhangi biri tanı için yeterlidir.

Tablo 2: Prediyabet Tanı Kriterleri

Plazma Glikozu (PG)		
Riskli Grup	Açlık Kan Şekeri	Tokluk Kan Şekeri
Bozulmuş Açlık Glikozu	100-125	-
Bozulmuş Glikoz Toleransı	-	140-199
Hba1c	%5,7-6,4	

Kaynak: TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu 2017: syf: 14-15.

2.7. Gestasyonel Diyabet (GDM) ve Tanısı

Gestasyonel diyabet (GDM), gebelikte ortaya çıkan diyabet olarak da bilinmektedir. Gebeliğin 24-28. haftaları arasında tarama ve tanı testi yapılmaktadır. Genelde iki aşamalı tanı testi kullanılmaktadır. Alternatif olarak tek aşamalı tanı testi de kullanılabilir. İki aşamalı teste önce 50 gr glukozlu Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) yapılır. Değerler normal değilse 75 veya 100 gr glukozlu OGTT yapılır. Her iki testte de en az iki değer normal sınırı aşması GDM tanısı koydurur. Tek aşamalı testte 75 gr glukozlu OGTT yapılır. Tek değer yüksekliği durumunda GDM tanısı konulur (6).

Tablo 3'de OGTT testleri için normal değerler gösterilmiştir.

Tablo 3: Gestasyonel Diyabet Tanı Kriterleri

		APG	1.st PG	2.st PG	3.st PG
İki Aşamalı Test					
İlk Aşama	50 gr glikozlu test	-	≥ 140	-	-
İkinci Aşama	100 gr glikozlu test	≥ 95	≥ 180	≥ 155	≥ 140
Tek Aşamalı Test					
75 gr glikozlu OGTT (en az 1 patalojik değer tanı koydurur)		≥ 92	≥ 180	≥ 153	-

Kaynak: TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu 2017: syf: 14-15.

2.8. Diyabetin Tedavisi

Diyabet tedavisinde istenilen kan glukozunun normal düzeylere indirilmesi amaçlanır. Kilo kontrolünün sağlanması, kan basıncı ve lipid düzeyleri gibi bilinen risk faktörlerinin de kontrol altına alınması gerekmektedir. Diyabet açısından riskli ve yüksek riskli bireylerde tanı anından sonra hemen eğitimi, tıbbi beslenme tedavisi ve egzersiz başlanmalı her değerlendirmede tıbbi beslenme tedavisi durumu bireyle tartışılmalıdır (6). Tip 2 diyabetli bireylerde herhangi bir kontrendikasyon yoksa ve birey tolere edebilirse metformin tercih edilmesi gereken ilk oral antidiyabetik (OAD) seçeneğidir (23). Sulfonilüreler diyabet tedavisinde kullanılan en eski OAD ilaç grubudur. Pankreas beta hücrelerinden insülin salınımını uyarırlar. Sulfonilürelerin en bilinen yan etkileri hipoglisemi ve kilo alımına neden olmasıdır (24).

Tip 1 diyabet ve gestasyonel diyabet tedavisi için insülin tercih edilir.

Son zamanlardaki klavuzlara göre glukoz regülasyonu tedavi hedefleri şöyledir:

- HbA1c <%6,5-7,0 (<48-53 mmol/mol) olmalıdır. Genel HbA1c hedefi, Amerikan Diyabet Derneği (American Diabetes Association, ADA) rehberinde %7,0, TEMD ve Amerikan Klinik Endokrinologlar Derneği (American Association of Clinical Endocrinologists, AACE) rehberlerinde ise %6,5 olarak belirlenmiştir.
- Açlık ve öğün öncesi PG düzeyleri <70-130 mg/dL (AACE rehberinde <110 mg/dL olarak belirlenmiştir).
- Tokluk PG düzeyi <160 mg/dL (ADA rehberinde pik postprandiyal PG düzeyinin 180 mg/dL altında olması) önerilmektedir.

Gebelik diyabetinde maternal kapiller glukoz hedefleri preprandiyal \leq 60-95 mg/dL ve 1-st postprandiyal \leq 140 mg/dL veya 2-st postprandiyal \leq 120 mg/dL olarak belirlenmiştir (1).

Tedavisinde değişiklik olan ve glisemik hedeflere ulaşılamayan diyabetli bireyler 3 ayda bir, tedavi hedeflerine ulaşılabilen ve stabil glisemik kontrollü bireylerde en az yılda 2 kez HbA1c ölçümü takibi yapılmaktadır (13).

2.9. Diyabetin Komplikasyonları

Dengesiz kan glukoz düzeyi, akut ya da kronik metabolik komplikasyonlara hatta ölümlere neden olabilmektedir. Bu komplikasyonlar önlenmektedir ve hemen tedavi edilirse görülme oranlarında ciddi azalma saptanmaktadır. Diyabetin komplikasyonları akut ve kronik komplikasyonlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (26,27).

Akut Komplikasyonlar; hipoglisemi, diyabetik ketoasidoz (DKA) ve hiperglisemik hiperosmolar durum (HHD) dur.

Hipoglisemi: Plazma glikozunun 70 mg/dl'nin altında olması hipoglisemi olarak tanımlanmaktadır. Hipoglisemi nedenleri arasında; yapılan insülin dozunun fazlalığı, insülin uygulama hataları, oral antidiyabetik ilaç dozunun fazla alınması, aşırı ve yoğun yapılan egzersiz, yetersiz karbonhidrat alımı hipoglisemiye

zemin hazırlamaktadır. Hipogliseminin en temel belirtileri titreme, soğuk terleme, anksiyete, bulantı, çarpıntı, acıkma, baş dönmesi, baş ağrısı, konsantrasyon bozukluğu, sersemlik hissi, halsizlik, konuşmada güçlük, konfüzyon olarak sayılabilir (28,29).

Diyabetik Ketoasidoz (DKA): DKA; insülin salgısının yetersizliği ve kan glikozunun aşırı yükselmesi ile gelişen metabolik bozukluktur. DKA' ya neden olan faktörler; enfeksiyonlar, insülin tedavisini ani kesme, enjeksiyon uygulama hataları, insülinin son kullanma tarihinin geçmiş olması, alkol ve serebrovasküler sorunlar DKA için zemin hazırlamaktadır. Bireylerin klinik bulguları; hafif dalgınlık ya da derin komaya kadar görülebilen bilinç bozukluğu, asidotik solunum, nefeste aseton kokusu, deri turgorunda azalma, hipotansiyon ve taşikardidir. Tedavisi bozulmuş olan metabolizmanın düzenlenmesidir. Bunun için insülin dengesinin ve sıvı verilerek dolaşımın dengesini sağlanması gereklidir.

- PG düzeyi >250 mg/dl
- Arterial pH<7.30
- Ketonemi ve ketonüri (orta ya da ağır)
- Serum bikarbonat (HCO₃) düzeyi ≤15 mEq/l

DKA tedavisiyle dolaşım ve doku perfüzyonunun düzenlenmesi, serum glukoz ve osmolaritesinin normal düzeye ulaşması, elektrolit dengesinin normale dönmesi, hipergliseminin önlenmesi ve diğer semptomların gelişiminin önüne geçilmesi amaçlanmaktadır (30).

Hiperglisemik Hiperozmolar Durum (HHD): HHD' de ana sebep dehidratasyondur. Keton oluşumu gerçekleşmez. Bu duruma yol açan etmenler; kronik hastalıklar, enfeksiyonlar, serebrovasküler hastalıklar, alkol ve travma başlıca sebeplerdendir. İdrarda ya da plazmada keton olmaması, plazma glikoz düzeyinin ve ozmolaritesinin yüksek seyretmesi DKA' dan ayırt edilmesini sağlamaktadır.

- PG>600 mg/dl
- Serum ozmolaritesi >320 mOsm/kg

HHD' de; hipotansiyon, taşikardi, deri ve mukozalardaki kuruluk, bilinç bulanıklığı ve serebrovasküler olayların yol açtığı nörolojik semptomlar görülebilmektedir. Klinik laboratuvar sonuçlarında glikoz, sodyum, üre ve kreatinin değerlerinin arttığı ve hiperosmolarite ile seyrettiği görülmüştür. Tedavi esnasında önemli olan nokta parenteral sıvı verilerek intravasküler volümün normal düzeye dönmesi sağlanmalıdır (31).

Kronik Komplikasyonlar; makrovasküler ve mikrovasküler olmak üzere iki gruba ayrılır.

Makrovasküler Komplikasyonlar; koroner arter hastalığı (KAH), serebrovasküler hastalık ve periferik arter hastalığıdır.

Koroner Arter Hastalığı (KAH): Koroner arter hastalığı diyabetli bireyler için en büyük morbidite ve mortalite nedeni olarak sayılmaktadır. Yapılan çalışmalarda Tip 2 diyabetli bireylerde, koroner arter hastalığının görülme oranının diğer bireylere oranla 2-4 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (6).

Serebrovasküler Hastalık: Beyine giden damarlarda daralma, sertleşme ya da bloke olma durumunda beyine yeterli kan akımının sağlanamaması ile ortaya çıkar. Plazma glikozunun ve hipertansiyonun kontrol edilebilmesi, erken teşhis, fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmenin serebrovasküler hastalık riskini azalttığı bilinmektedir (32).

Periferik Arter Hastalığı: Alt ekstremitelerdeki kan damarlarının yağ tabakalarıyla daralması ya da tıkanmasıyla ekstremiteye giden kan akımında azalma sonucu gelişir. Yürüyüş esnasında bacakta ağrı hissedilmesi ve dinlenmeyle bu ağrının geçmesi şüphe uyandırmaktadır (29).

Mikrovasküler Komplikasyonlar; retinopati, nefropati, nöropati ve diyabetik ayaktır.

Retinopati: Erişkin diyabetik bireylerde en önemli körlük sebebidir. Bireylerin asıl sorunu kapiller göz damarlarında hasar oluşumu ve retinanın beslenememesinden kaynaklanmaktadır. Tip 2 diyabetli bireylerde tanıda retinopati taraması yapılmalı ve yılda bir kontrol sağlanmalıdır (33,34).

Nefropati: Diyabetli bireylerin %20 ile %40' ında nefropati olduğu saptanmıştır. Bu durum hipertansiyon, ödem, proteinüri ve böbrek yetersizliği ile seyretmektedir. Nefropati son dönem böbrek yetmezliğine sebep olmaktadır. Bu bireylerin albumin/kreatinin oranı hesaplanmalı ve eGFR (glomerüler filtrasyon hız) hesabı tanıdan başlayarak yılda bir kez tekrarlanmalıdır. Birçok kronik böbrek yetmezliği bulunan diyabetli bireyde 3-6 ayda bir albümin/kreatinin, eGFR'nin ölçümleri aksatmadan yapılmalıdır (35,36).

Nöropati: Diyabetik bireylerde gözlenen nöropatinin nedeni nöronları besleyen küçük damarlarda hasar oluşumuyla motorduyusal veya otonomik sinir liflerinin etkilendiği durumdur. Periferik nöropatinin ilerlediği durumda dengesiz yürüme, ataksik yürüme, Charcot ayağı, “eldivençorap” tarzı tutulum, el ve ayak kaslarında güçsüzlük ağrıya yol açmaktadır. Otonomik lifler tutulduğunda ise idrar retansiyonu, hipogliseminin farkına varamama, gastroparezi, terlemede azalma ya da artma, erektil disfonksiyon, hipotansiyon veya aritmi görülebilmektedir (37).

Diyabetik Ayak: Diyabetik ayak ülserlerinin asıl sebebi nöropatidir. Nöropati sonucu gelişen motor ve otonom hasarlar ülser gelişimine yol açmaktadır. Nöropati görülen ayakta ağrı duyusu kaybı, doku bütünlüğünde bozulma, minör travmalara ve ülser gelişimine neden olmaktadır. Buna bağlı olarak yaşam kalitesinin bozulmasına, tedavi maliyetlerinin artmasına ve ayağın amputasyonuna neden olabilmektedir. Ülser gelişiminin önlenmesi için birey ve bireyin yakınlarının diyabet hemşiresi tarafından veya sağlık personeli tarafından düzenli olarak ayak bakımı eğitimi verilmesi, nabız ve ayak muayenesi yapılması, açık renk çorap giyilmesi, tırnak kesim şeklinin anlatılması, glisemik kontrolün sağlanması, yara varsa temiz tutulması, enfeksiyonlardan korunması ve gerekli ise cerrahi müdahale yapılması önerilmektedir (38).

2.10. Türkiye’de ve Dünyada Diyabet Prevalansı

Diyabetli birey sayısı her geçen gün artarak ilerlemektedir. Türkiye’de ve dünyada önü alınamaz bir biçimde diyabetli bireylerin sayısının arttığı görülmektedir. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II, TURDEP-II’ ye göre Türk yetişkin toplumunda

diyabet prevalansı %13,7' ye yaklaşmaktadır. Bu oranın giderek artacağı düşünülmektedir (39).

ABD'de son yirmi yılda diyabetli birey sayısının üç katına çıktığı görülmüştür. Diyabet dünyada yedinci ölüm nedeni olarak sayılmaktadır. Diyabet, 2021'deki ölümlerin 6,7 milyon tanesinden sorumludur. Dünyada genel olarak her yıl ortalama 15 yaş altı çocukların 80.000'inde tip I diyabet görülmektedir. Dünyadaki 541 milyon erişkin, tip 2 diyabet için yüksek riskli olan bozulmuş glikoz toleransına sahiptir (14).

2.11. Diyabet ve Covid-19

COVID-19 enfeksiyonu kan şekeri regülasyonunda daha fazla bozulmaya sebep olarak aşikâr diyabetin ortaya çıkmasına yol açar. COVID-19 enfeksiyonu sırasında virüsün pankreas adacık hücrelerindeki ACE2 reseptörlerine bağlanması ve beta hücre hasarına yol açması ile insülin salgılamada azalmaya neden olduğu görülmektedir. Aktif enfeksiyon sırasında ortaya çıkan ve enfeksiyondan sonra vakaların çoğunda normale dönen akut hiperglisemiye yol açar. Ayrıca, koronavirüs solunum yolu enfeksiyonlarının tip 1 diyabet patogeneğinde yer alır. İleride tip 1 diyabet sıklığında artış olabileceği ön görülmektedir. COVID-19 enfeksiyonu geçiren bir hasta stabil olduktan sonra klinik olarak tip 1 diyabetle uyumlu tablo devam ediyorsa adacık otoantikörlerine bakılmalıdır (35).

2.12. Diyabetli Bireylerde Hemşirelik Yönetimi

Diyabetli bireylerin hemşirelik bakımında eğitim, destek ve danışmanlık rolleri vardır. Hemşirelik bakımında temel amaç; bireylerin yaşam kalitesinin artırılması, yaşam konforun sağlanması, semptom yönetiminin öğrenilmesi ve komplikasyonların önlenmesidir. Bakım hedeflerinin odak noktası bireylerin iyilik halinde olması ve kaliteli yaşam sürmesidir (40-42).

2.13. Öz-Yönetim Algısı ve Diyabet

Öz-yönetim bireylerin hayatında yaşam boyu öğrenme ile doğru orantılı bir kavram niteliğindedir. Yetişkinlerin eğitimlerinde genel olarak gündeme gelen öz-yönetim kavramı, öğrenenin kendisine belirlediği hedefler doğrultusunda

uygulamaya konulan ve okul dışında da devam eden bir süreci ifade etmektedir. Çeşitli yaş grupları adına öz-yönetim söz konusu iken sahip olduğu ilkeler ise genellikle yetişkinler üzerinden tarif edilmektedir. Diyabetli bireylerin öz yönetimi, diyabet komplikasyonlarını başarıyla önlemenin ya da diyabeti geciktirmenin önemli bir parçasıdır. Bireylerden öz bakım konusunda bilgili olanlar glisemik kontrollerini daha iyi sağlayabilmektedirler (43-45).

Diyabette öz-yönetim becerileri içerisinde;

- Ağrı yönetiminin kişi tarafından yapılması,
- Yorgunluk yönetiminin yapılması,
- Beslenme, ilaç kullanımı ve egzersizin kişinin kendi kontrolünde gerçekleştirilmesi,
- Duygu ve rahatlama yönetiminin sağlanması yer almaktadır (42).
-

2.14. Kendini Düzenleme ve Diyabet

Kendini düzenleme; bireyin, duygu, düşünce ve davranışlarının uyumlu bir biçimde sistematik olarak yönlendirmesidir. Birey bu sayede ihtiyaçlarını kendi başına karşılayabilecek ve sağlıklı yaşam arama davranışı edinecektir (47). Bireylerin hastalıklarını algılamada kullandıkları psikolojik parametreler hastalıkların bilişsel temsiliinde 5 temel bileşenden söz edilir;

- Hastalığı semptomatik düzeyde algılamayı içeren hastalık kimliği,
- Hastalığın fiziksel, psikososyal ve ekonomik yapıya etkisini yansıtan sonuçlar,
- Hastalığın başlangıç zamanı, hastalıkta beklenen süreç ve iyileşme zamanını ifade eden zamansal perspektif (Timeline),
- Hastalığın çevresel, davranışsal ve genetik olası nedenleri,
- İyileşme olasılığı veya ilerlemenin yavaşlatılmasına yönelik hastalığın kontrol edilebilirliğidir (48).

Diyabete bilişsel yaklaşım, bireyin diyabet ve diyabetin seyri hakkında bilgilendirilmesi, diyabetin belirti ve komplikasyonlarının anlatılması bireydeki

kaygıyı gidermeyi amaçlar. Diyabetin bilinmesi, anlaşılması ve kontrol edilebilirliği, hastalıkta kendini düzenleme modellerinde; diyabete özgü sağlık davranışları ve artan yaşam kalitesi için önemli bir rolü vardır (49,50).

Kendini düzenleme stratejilerinde beş farklı tarz vardır;

- Olumlu aktivite arama (Positive actions), problemleri çözmek için harekete geçmeyi sağlar. Olumlu duygularla beslenir. Olumsuz duygulara yer yoktur.
- İçsel kontrol (Controllability), iç odaklı kişilik özellikleri ortaya çıkarır. Duyuş ve bireysel gelişimde esas alınır.
- Duygu ve gereksinimlerini ifade etme (Expression of feelings and needs), olumlu-olumsuz duyguların rahatça ifade edilmesidir.
- Özerklik (Assertiveness), bireyin kendi istek ve dilekleri doğrultusunda davranışlarda bulunabilmesidir.
- İyilik hali arama (Well-being seeking), bireylerin olumlu yanlarını arttırmak olumsuz davranışların önüne geçmek amaçlanır (51,52).

2.15. Diyabetli Bireyler İçin Kanıt Temelli Çalışmalar

- Diyabeti veya hiperglisemisi olan (kan şekeri > 140 mg/dL [7.8 mmol/L]) hastaneye başvuran ve önceki 3 ay içinde yapılmamış tüm hastalara A1C testi yapılmalıdır. **B**
- Diyabetli bireylere uygulanacak insülin, glisemik dalgalanmalara dayalı olarak insülin dozajında önceden tanımlanmış ayarlamalara izin veren doğrulanmış yazılı veya bilgisayarlı protokoller kullanılarak uygulanmalıdır. **B**
 - Hastanede yatmakta olan diyabetli bireylerin bakımını yaparken, mümkünse uzman bir diyabet veya glukoz yönetim ekibine danışılmalıdır. **C**
 - İnsülin tedavisi, ≥ 180 mg/dL (10.0 mmol/L)'den başlayarak başlatılmalıdır. İnsülin tedavisine başlandıktan sonra, kritik hastalığı olan ve kritik olmayan hastaların çoğu için 140-180 mg/dL (7.8-10.0 mmol/L) hedef glikoz aralığı olarak önerilmektedir. **A**
 - Kan şekeri 110–140 mg/dL (6,1–7,8 mmol/L) gibi daha katı hedefler, anlamlı hipoglisemi olmaksızın elde edilebiliyorsa, seçilmiş hastalar için uygun olabilmektedir. **C**

- Bazal insülin veya bazal artı bolus düzeltme insülin, hastanede yatan ve oral alımı yetersiz olan ya da oral hiçbir şey alamayan bireyler için tercih edilmektedir. **A**
- Bazal, prandiyal ve düzeltme insülin, iyi beslenen ve kritik olmayan hastanede yatan bireyler için tercih edilmektedir. **A**
- Tüm hastanelerin kendine has bir hipoglisemi yönetim protokolü olmalı ve uygulanmalıdır. Her bireyde hipoglisemiyi önlemek ve tedavi etmek için bir plan oluşturulmalıdır. Hastanedeki hipoglisemi durumu tıbbi kayıta belgelenmeli ve izlenmelidir. **E**
- Kan şekeri <70 mg/dL (3.9 mmol/L) belgelendiğinde, tedavi tekrar gözden geçirilmeli ve sonraki hipoglisemiyi önlemek için gerektiği şekilde revize edilmelidir. **C**
- Diyabetli bireye özel hazırlanmış taburculuk planı olmalıdır **B** (25).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı-ilişki arayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ana bina 6. Katta bulunan Endokrinoloji Kliniğinde yatmakta olan diyabetli bireyler ve ana bina -2. katta bulunan Diyabet Polikliniğine tedavi ve eğitim amaçlı başvuran ve dahil edilme kriterlerine uyan diyabetli bireylerle yürütülmesi kararlaştırılmıştır ancak Covid-19 pandemisi sebebiyle kliniğe yatışlar azalmış ve Endokrinoloji Kliniği, Covid-19 Kliniğine dönüştürülmüştür. Bu sebeple klinikte araştırma yapılamamıştır. Diyabet polikliniğine kontrole gelen hasta sayısı azalmış rutin kontroller ertelenmiştir. Bu nedenlerden ötürü yazılı anket formu google anket formuna dönüştürülmüştür, araştırma tamamıyla online olarak yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırma evreni; Ağustos 2020- Ekim 2020 tarihleri arasında gönüllü olarak araştırmaya katılan İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Kliniğinde yatmakta olan diyabetli bireyler ve Diyabet Polikliniğine tedavi ve eğitim amaçlı başvuran ve dahil edilme kriterlerine uyan 100 diyabetli birey olarak kararlaştırılmıştır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırma örnekleme; İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Kliniğinde yatmakta olan diyabetli bireyler ve Diyabet Polikliniğine tedavi ve eğitim amaçlı başvuran ve dahil edilme kriterlerine uyan diyabetli bireyler olarak düşünülmüştür ancak Covid-19 pandemisi sebebi ile araştırılma yüzyüze yürütülemedi. Google anket üzerinden gönüllü katılan 59 diyabetli birey araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- ❖ Araştırmaya katılmaya gönüllü ve istekli olması
- ❖ Diyabet tanısı alması
- ❖ 18 yaş ve üzerinde olması
- ❖ Türkçe anlayıp konuşabilmesi
- ❖ Okur-yazar olması
- ❖ Zihinsel ve bilişsel yeterliliğe sahip olması
- ❖ Diyabet tanısı dışında herhangi bir engellilik durumu olmaması
- ❖ Görme ve işitme engeli olmaması
- ❖ Telefon, tablet, bilgisayar vb. kullanabiliyor olması
- ❖ İnternete ulaşabiliyor olmasıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada Sosyo-Demografik-Bilgi Formu-Diyabetle İlgili Bilgi Formu, Diyabette Öz-Yönetim Algı Skalası (DÖYAS) ve Kendini Düzenleme Ölçeği (KDÖ)-Kısa Versiyon olmak üzere üç veri toplama aracı kullanılmıştır.

3.7. Sosyo-Demografik Bilgi Formu-Diyabetle İlgili Bilgi Formu (EK-II)

Sosyodemografik özellikler esas alınarak literatüre dayalı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form Sosyo-Demografik Bilgi Formu-Diyabetle İlgili Bilgi Formu olmak üzere 2 bölümden oluşmaktadır. Toplamda 24 sorudan oluşmakta olup, bireylerin tanımlayıcı özellikleri ve diyabetle ilgili kişisel bilgilerini bize sunmaktadır. Bu formda diyabetli bireyin sosyodemografik özellikleriyle ilgili yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, boy, kilo, BKİ, diyabet tipi, diyabet tedavisi, komplikasyon olup-olmadığı gibi sorular yer almaktadır.

3.8. Diyabette Öz-Yönetim Algısı Skalası (DÖYAS) (EK-III)

Diyabetlilerin klinikte öz etkililiklerini değerlendirmek için kullanımının pratik olabileceği düşüncesi ile bu ölçek seçilmiştir. Diyabette Öz-yönetim Algısı Skalası (DÖYAS) Smith ve ark. (1995) tarafından geliştirilmiş, “Perceived Health Competence Scale” dan uyarlanarak Wallson ve ark. (2007) tarafından

hazırlanmıştır, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Diyabette Öz- yönetim Algısı Skalası 8 maddeden oluşmaktadır. Veri toplama aracı olan 5’li likert ölçeği ile değerlendirilmektedir. (“kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4) ile “kesinlikle katılıyorum” (5) şıkları mevcuttur). Ölçeğin 4 maddesi (1,2,6,7) olumsuz sorulardan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 8, en çok puan ise 40’dır. Toplam puanın yüksek olması, bireyin diyabet yönetiminde farkındalığının çok iyi olduğunu ifade etmektedir. Bizim çalışmamızda ölçeğin cronbach alpha değeri 0,754 bulunmuştur (54).

3.9. Kendini Düzenleme Ölçeği (KDÖ-Kısa Versiyon) (EK-VI)

Grossart-Maticcek ve Eysenck (1995) tarafından geliştirilen “Kendini Düzenleme Ölçeğinin” (“Self Regulation Inventory”, SRI) orijinal formu, 105 soru ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu çalışmada 25 soru ve 5 alt ölçekten oluşan kısa versiyonu kullanılmıştır. Kısa versiyon, orijinal versiyonundan esinlenerek oluşturulmuştur. Sonuçlar, kısa versiyonun, orijinal ölçekle yüksek korelasyon ve iç geçerliliğe sahip olduğunu göstermektedir (Marques ve ark. 2005).

Kendini Düzenleme Ölçeği Kısa Versiyonunun; ölçek maddeleri ve yönergeleri çeviri-tekrar-çeviri tekniğiyle (Brislin, 1986) Türkçe’ ye araştırmacı tarafından uyarlanmıştır. Literatür incelemesinde, daha önce Türkiye bağlamında konuya ilişkin Kendini Düzenleme Ölçeği ile yapılan herhangi bir çalışmayla karşılaşılmamıştır. Her bir ölçek maddesi, (1 ila 6 ve 6 ila 1 puan arasında değişen) 6 puanlık Likert tipi yanıtlamadan oluşmaktadır. Yanıtlar madde anlatım biçimiyle uyumlu hale getirilmiş, ilgili bölümlerde evet- hayır, oldukça nadir- oldukça sık, nadiren- hemen her zaman şeklinde düzenlenmiştir. Özerklik alt boyutundaki, “kendim bir talepte bulunmaktan daha çok, diğerlerine uymayı tercih ederim.” sorusu ters yanıtlamalı bir sorudur. Yine aynı şekilde olumlu aktivite arama alt boyutundaki, “davranışlarım süresince sıklıkla duygusal vızıltı yaşarım” sorusu ters yanıtlamalı soru olup toplam puandan çıkartılarak hesaplanmıştır. Puanlama, maddelere verilen cevapların toplamının alt ölçekteki madde sayısı toplamına bölünmesiyle elde edilmektedir. 6 ve 6’ya yakın puanlar yüksek kendini düzenlemeyi gösterirken, 1 ve 1’e yakın puanlar düşük kendini düzenlemeyi ifade etmektedir. Grossart- Maticcek ve Eysenck, (1995), kendini düzenleme kavramında kişilik ve sağlıkla ilgili farklı

çalışmalarda öne çıkan başa çıkma stratejilerinin ortak faktörlerinin sağlığa ilişkin boyutlarını tanımlamışlardır. Bu başa çıkma boyutu, fiziksel hastalığı olan kişilerde hastalığı iyileştirmek, sağlıklı olanlardaysa hastalık oluşmasıyla ilişkilidir. Kendini düzenleme kavramı, alt ölçeklerde tanımlanan; özerkliği, duygusal bağımsızlığı, yaşamı aktif olarak düzenleyebilmeyi, gereksinim ve duyguları ifade edebilmeyi ve sağlık için iyilik hali aramayı içerir. Bu bağlamda kendi kaynaklarına yönelme ve bunları kullanma becerisinden söz edilebilir. Daha önceki çalışmalar, Kendini Düzenleme Ölçeği' nin kısa versiyonunda sağlıklı yapıya ulaşmayı sağlayan başa çıkma stratejilerini belirlediğini göstermektedir 56 (Grossart- Maticzek ve Eysenck, 1995; Grossart- Maticzek ve ark., 2000). Orijinal çalışma, kanser, kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklar ve diğer ölüm nedeni olabilen hastalıklar arasındaki ilişkide yüksek güvenilirliğe sahip bulunmuştur.

KDÖ' nün kısa versiyonu, her biri 5 sorudan oluşan 5 alt ölçeğe sahiptir. 1- Olumlu aktivite arama (Positive actions); Belli problemlerin çözümünde uygulanabilecek aktivitelerin belirlenmesini ifade eder, "Faaliyetlerim sonucunda çok hoş bir memnuniyet aşamasına ulaşmayı sıklıkla başarırım". Coşku gibi insanın kendisini pozitif hissetmesini sağlayan duygularla mutsuzluk gibi, negatif duygulardan uzak durma eylemi örnek olarak verilebilir. 2- İçsel kontrol (Controllability); "Rahatsızlık verici bazı durumlar kişisel gelişimimi zorlaştırabilir." Örnek sorusunda görüldüğu gibi, dışsal yüklemelerin aksine, kişilik gelişimi ve duygu durumun içsel kontrol yüklemesini ifade etmektedir. 3- Gereksinim ve duyguların ifadesi (Expression of feelings and needs), "kişisel problemlerim olduğu zaman kendime ve diğer kişilere bu durumumu açıklarım", gibi hem pozitif hem negatif duygu ve dileklerin ve gereksinimlerin ifadesi ile ilişkilendirilmiştir. 4- Özerklik (Assertiveness); bir kişinin kendi dilek ve isteklerinden yeterli şekilde hoşnut olmayı betimlemektedir. "Daima kendi hayatımı yaşıyorum" örnek sorusunda görüldüğu gibi, kişinin girişkenliği, kendine güven duygusu gibi eylemlerden oluşmaktadır. Bir başka deyişle otonomluğu ifade eder. 5- İyilik hali için çaba göstermek (Well-being seeking), bir kişinin öncelikle kendi dünyasında iyilik halini hissetmesi ve diğerleriyle hoşnutluk hissetmesine dair 57 davranış düzenlemelerini ifade eder, "kendim ya da diğer kişiler için iyi sonuçlar doğuracak davranış yollarının

daima arayışı içindeyimdir”. Bizim çalışmamızdaki cronbach alpha değeri 0,888 olarak bulunmuştur.

3.10. Araştırmanın Uygulaması

Veriler, diyabetli bireylerden Mart 2020-Mayıs 2020 tarihleri arasında online toplanmıştır.

3.11. Bağımsız Değişkenler

- ❖ Diyabetli bireylere ilişkin Sosyo-Demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kilo, boy, BKİ, alkol ve sigara kullanma durumu vs.)

3.12. Bağımlı Değişkenler

- ❖ Diyabetli bireylerin Diyabette Öz-Yönetim Algısı Skalasından (DÖYAS) aldıkları puanlar
- ❖ Diyabetli bireylerin Kendini Düzenleme Ölçeğinden (KDÖ-Kısa Versiyon) aldıkları puanlar

3.13. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada veriler SPSS 22 (statistical package for social sciences) sürümü paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın verileri bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen sonuçlar $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, medyan ve maksimum) kullanılmıştır. Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılımı çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlı olarak da kontrol edilmiştir (Shao, 2002). Normal dağılıma sahip ölçümler için parametrik testler, normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için ise parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki fark normal dağılıma sahip ölçümlerde bağımsız örneklem t, normal dağılım sahip olmayan ölçümler için ise Mann Whitney U analizi kullanılmıştır, ikiden fazla grup puanlarının karşılaştırmalarında normal dağılıma sahip olan ölçümler için varyans

analizi (anova), normal dağılıma sahip olmayan ölçümleri için ise Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. Farklılık çıkan gruplar arasında ikili gruplar arası karşılaştırmanın yapılabilmesi için Bonferroni analizi yapılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alpha güvenilirlik analizi ile test edilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkinin ölçülebilmesi için Pearson korelasyon analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar paylaşılmıştır. Ölçek puanları arasında değişimi açıklamak için regresyona analizi yapılmıştır.

3.14. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı, sadece online ortamda yürütülmüş olması ve verilerin toplandığı tarihler arasında diyabetli bireylerle yüzyüze görüşülememiş olmasıdır.

3.15. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülmesi için; İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 23/07/2020 tarihli 0327 sayılı, karar no:852 olan etik kurul izni alınmıştır (EK-VII).

Diyabette Öz-Yönetim Algısı Skalası (DÖYAS) için Doç. Dr. Ayfer Bayındır Çevik'ten mail üzerinden ölçek kullanım izni alınmıştır (EK-V).

Kendini Düzenleme Ölçeği (KDÖ-Kısa Versiyon) için Dr. Haluk Alan' dan mail üzerinden ölçek izni alınmıştır (EK-VI).

Araştırmaya katılan diyabetli bireylere araştırmanın gönüllülük esaslı olduğu Google ankette yazılı olarak bildirilmiştir.

4. BULGULAR

Diyabetli bireylerde öz-yönetim algısının kendini düzenleme davranışları üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, araştırma grubunu oluşturan 59 diyabetli olgudan elde edilen bulgular bu bölümde 4 ana başlık altında sunulmuştur.

Birinci bölümde; Diyabetli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular (Tablo 4.1, Tablo 4.2)

İkinci bölümde; Diyabetli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre diyabette öz-yönetim algısı skalası ile kendini düzenleme ölçeği-kısa versiyondan aldıkları puanların incelenmesine ilişkin bulgular (Tablo 4.3, Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10 ve Tablo 4.11)

Üçüncü bölümde; Ölçeklere ilişkin bulgular (Tablo 4.12, Tablo 4.13, Tablo 4.14)

Dördüncü bölüm; Sosyodemografik özelliklerin ölçek puanları üzerindeki etkisine ait bulgular (Tablo 4.15, Tablo 4.16)

4.1. Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1: Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n:59)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	47	79,7
	Erkek	12	20,3
Medeni hal	Bekar	28	47,5
	Evli	31	52,5
Yaş	18-24	12	20,3
	25-31	7	11,9
	32-38	14	23,7
	39-45	12	20,3
	46 ve üstü	14	23,7
Eğitim	İlkokul	5	8,5
	Ortaokul	5	8,5
	Lise	14	23,7
	Yüksekokul	18	30,5
	Fakülte	13	22,0
	Yüksek lisans	3	5,1
	Doktora	1	1,7
Kilo	46-55	9	15,3
	56-70	21	35,6
	70 ve üzeri	29	49,2
Boy	151-169 cm	32	54,2
	170-189 cm	26	44,1
	190 cm ve üzeri	1	1,7
BKİ	18'den az	2	3,4
	18-21	20	33,9
	22-24	18	30,5
	24'ten fazla	19	32,2
	Toplam		59

Diyabetli bireylerin %79,7'sinin kadın, 52,5'inin ise evli olduğu, %20,3'ünün 18-24, %11,9'unun 25-31, %23,7'nin ise 32-38, %20,3'ünün 39-45 ve %23,7'sinin ise 46 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Diyabetli bireylerin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %8,5'inin ilkokul, %8,5'inin ortaokul, %23,7'sinin lise, %30,5'inin yüksekokul, %22'sinin fakülte, %5,1'inin yüksek lisans ve %1,7'sinin ise doktora olduğu tespit edilmiştir. Diyabetli bireylerin %49,2'sinin 70 kg ve üzerinde olduğu, %54,2'sinin 151-169 cm boyunda olduğu, %33,9'unun beden kitle indeksinin 18-21 kg/cm² aralığında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Diyabetli Bireylerin Diyabetle İlişkili Özelliklerine Göre Dağılımları (n:59)

		n	%		
Sigara kullanımı	Evet	11	18,6		
	Hayır	48	81,4		
Sigara sıklık	1-3 yıl	2	18,2		
	3 yıl ve üzeri	9	81,8		
Alkol kullanımı	Evet	26	44,1		
	Hayır	33	55,9		
Alkol sıklığı	Haftada bir	4	15,38		
	Ayda bir	9	34,62		
	Yılda bir	13	50,00		
Diyabet tipi	Tip 1 dm	41	69,5		
	Tip 2 dm	17	28,8		
	Gestasyonel diyabet	1	1,7		
Diyabet tanısı yakınında olma durumu	Evet	46	78,0		
	Hayır	13	22,0		
Evet ise	Anne-baba	Hayır	22	47,8	
		Evet	24	52,2	
	Kardeş	Hayır	41	89,1	
		Evet	5	10,9	
	Amca-hala	Hayır	34	73,9	
		Evet	12	26,1	
	Dayı-teyze	Hayır	38	82,6	
		Evet	8	17,4	
	Diğer	Hayır	36	78,3	
		Evet	10	21,7	
	Diyabet tedavi şekli	Dengeli beslenme	Hayır	35	59,3
			Evet	24	40,7
		Egzersiz	Hayır	44	74,6
			Evet	15	25,4
Oral Antidiyabetikler		Hayır	46	78,0	
		Evet	13	22,0	
İnsülin		Hayır	12	20,3	
		Evet	47	79,7	
Cerrahi İşlem		Hayır	58	98,3	
		Evet	1	1,7	
Diğer		Hayır	49	83,1	
		Evet	10	16,9	
Diyabet tedavisini düzenli uygulama		Evet	52	88,1	
		Hayır	7	11,9	
Diyabet dışında kronik hastalık varlığı	Evet	27	45,8		
	Hayır	32	54,2		
Evet ise	Ateroskleroz	Hayır	59	100,0	
		Evet	0	0,0	
	Hipertansiyon	Hayır	54	91,5	
		Evet	5	8,5	
	İskemik Kalp Hastalığı	Hayır	59	100,0	
		Evet	0	0,0	
	Serebrovasküler Atak	Hayır	59	100,0	

Tablo 4.2: Diyabetli bireylerin diyabetle ilişkili özelliklerine göre dağılımları (n:59)-
Devam

		Evet	0	0,0
Komplikasyon	Evet		34	57,6
	Hayır		25	42,4
Evet ise	Hipoglisemi	Hayır	31	52,5
		Evet	28	47,5
	Hiperglisemi	Hayır	36	61,0
		Evet	23	39,0
	Diyabetik Ketoasidoz	Hayır	47	79,7
		Evet	12	20,3
	Hiperosmolar Hiperglisemik Durum	Hayır	58	98,3
		Evet	1	1,7
	Diyabetik Ayak	Hayır	58	98,3
		Evet	1	1,7
	Nefropati	Hayır	57	96,6
		Evet	2	3,4
	Nöropati	Hayır	52	88,1
		Evet	7	11,9
	Retinopati	Hayır	58	98,3
		Evet	1	1,7
	Diğer	Hayır	57	96,6
		Evet	2	3,4
Hastaneye durumu	yatma	Hiç	51	86,4
		1 kez	7	11,9
		2 kez	1	1,7
Diyabet eğitimi	Evet		57	96,6
	Hayır		2	3,4
Sağlık algısı	Çok iyi		5	8,5
		İyi	30	50,8
		Orta	23	39,0
		Kötü	1	1,7
		Toplam		59

Diyabetli bireylerin sigara kullanma durumlarının göre dağılımları incelendiğinde %81,4'ünün içmediği, içenlerin sıklıklarına göre dağılımları incelendiğinde %81,8'inin ise 3 yıl ve üzeri sigara kullandıkları, alkol içme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %55,9'unun içmediği, alkol sıklıklarına göre dağılımları incelendiğinde %50'sinin yılda bir olduğu tespit edilmiştir. Diyabet tiplerine göre dağılımları incelendiğinde %69,5'inin tip 1, %28,8'inin tip 2, %1,7'inin ise gestasyonel diyabet olduğu tespit edildi. Diyabetli bireylerin %78'inin ise diyabet tanısı olan bir yakınının var olduğu ve diyabet tanısı alan yakını olanların %52,2'sinin anne ve babasının diyabet tanısı aldığı görüldü. Diyabette tedavi şekline

göre incelendiğinde %40,7'sinin dengeli beslendiği, %25,4'ünün egzersiz yaptığı, %22'sinin oral antidiyabetikler, 79,7'sinin insülin, %1,7'sinin cerrahi işlem, %16,9'unun diğer olduğu tespit edilmiştir. Diyabet tedavisini düzenli uygulanmasına göre dağılımları incelendiğinde %88,1'inin tedaviyi düzenli uyguladığı belirlenmiştir. Diyabet dışında kronik hastalığı olma durumuna göre dağılımları incelendiğinde %45,8'inin evet, %54,2'sinin hayır olduğu ve evet cevaplarını verenlerin ise %47,5'inin hipoglisemi, %39'unun Hiperglisemi, %20,3'ünün Diyabetik Ketoasidoz, %1,7'sinin Hiperosmolar Hiperglisemik Durum, Aterosklerozun kimsede görülmediği, %8,5'inin Hipertansiyon, %1,7'sinin Diyabetik Ayak, %3,4'ünün Nefropati, %11,9'unun Nöropati, %1,7'sinin Retinopati ve %3,4'ünün diğer dediği tespit edilmiştir. Diyabetli bireylerin komplikasyonlara göre dağılımları incelendiğinde %57,6'sının evet, %42,4'ünü ise hayır cevabını verdikleri tespit edilmiştir. Diyabetli bireylerin hastaneye yatma durumlarına göre dağılımlar incelendiğinde %86,4'ünün hiç yatmadığı, %11,9'unun 1 kez, %1,7'sinin 2 kez yattığı tespit edilmiştir. Diyabet eğitim alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %96,6'sının aldığı, %3,4'ünün ise almadığı tespit edilmiştir. Diyabetli bireylerin genel sağlık durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %8,5'inin çok iyi, %50,8'inin iyi, %39'unun orta ve %1,7'sinin kötü olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Diyabette Öz-Yönetim Algısı Skalası ile Kendini Düzenleme Ölçeği- Kısa Versiyondan Aldıkları Puanların İncelenmesine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3 Diyabetli Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n:59)

		N	Medyan	\bar{x}	Ss	t	p
DÖYAS	Kadın	47	25,00	47	24,17	0,002	0,998
	Erkek	12	24,50	12	24,17		
KDÖ	Kadın	47	4,12	47	4,08	-1,210	0,231
	Erkek	12	4,46	12	4,37		

t: bağımsız örneklem t test istatistiği, *p<0,05

Araştırmada kullanılan DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerinin diyabetli bireylerin cinsiyetlerine göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı normal dağılıma sahip ölçümler için bağımsız örneklem t ile test edilmiştir. Analiz sonucunda diyabetli bireylerin cinsiyete göre DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak **anlamlı farklılık olmadığı** tespit edilmiştir (p>0,05) (Tablo 4.3).

Tablo 4.4: Diyabetli Bireylerin Medeni Durumu Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n:59)

		N	Medyan	\bar{x}	Ss	t	p
DÖYAS	Bekar	28	26,00	25,82	3,14	2,370	0,022*
	Evli	31	24,00	22,68	6,60		
KDÖ	Bekar	28	4,26	4,23	0,63	0,863	0,392
	Evli	31	4,24	4,06	0,81		

t: bağımsız örneklem t test istatistiği, *p<0,05

Araştırmada kullanılan DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerinin diyabetli bireylerin medeni durumlarına göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı normal dağılıma sahip ölçümler için bağımsız örneklem t ile test edilmiştir. Analiz sonucunda diyabetli bireylerin medeni durumlarına göre DÖYAS ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel **olarak**

anlamli farklılık olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Analiz sonucunda diyabetli bireylerin medeni durumlarına göre KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında ise istatiksels olarak anlamli **farklılık olmadığı tespit** edilmiştir (p>0,05) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Diyabetli Bireylerin Yaşla Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n:59)

		N	Medyan	\bar{x}	Ss	Test istatistiği	p
DÖYAS	18-24	12	26,00	25,50	4,03	X ² =4,960	0,291
	25-31	7	26,00	24,71	5,47		
	32-38	14	25,50	25,07	5,12		
	39-45	12	22,00	21,83	5,80		
	46 ve üstü	14	25,50	23,86	6,50		
KDÖ	18-24	12	4,02	4,02	0,69	F=0,382	0,821
	25-31	7	4,64	4,38	0,70		
	32-38	14	4,34	4,24	0,60		
	39-45	12	4,08	4,11	0,56		
	46 ve üstü	14	4,20	4,05	1,02		

X²: Kruskal Wallis test istatistiği, F: ANOVA test istatistiği *p<0,05

Diyabetli bireylerin yaşlarına göre araştırmada kullanılan DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları arasında istatiksels olarak anlamli farklılık olup olmadığı normal dağılıma sahip ölçümler için ANOVA, normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için Kruskal Wallis analizi ile test edilmiştir. Analiz sonucunda diyabetli bireylerin yaşlarına göre DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerin aldıkları puanlar arasında ise istatiksels olarak **anlamli farklılık olmadığı tespit** edilmiştir (p>0,05) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Diyabetli Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n:59)

		N	Medyan	\bar{x}	Ss	F	p	Bonferroni
DÖYAS	İlkokul-ortaokul-lise (1)	10	26,50	26,40	4,58	5,795	0,005*	2<1
	Yüksekokul (2)	14	23,50	20,21	8,05			2<3
	Fakülte-doktora-YL (3)	34	25,00	25,12	3,44			
KDÖ	İlkokul-ortaokul-lise	10	3,54	3,62	0,86	3,805	0,028*	1<3
	Yüksekokul	14	4,28	4,16	0,78			
	Fakülte-doktora-YL	34	4,26	4,31	0,60			

*F: ANOVA varyans analizi test istatistiği, *p<0,05*

Diyabetli bireylerin eğitim durumlarına göre araştırmada kullanılan DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı normal dağılıma sahip ölçümler için ANOVA, normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için Kruskal Wallis analizi ile test edilmiştir. Analiz sonucunda diyabetli bireylerin eğitim durumlarına göre DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel **olarak anlamlı farklılık olduğu** tespit edilmiştir (p<0,05). Farklılık hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için **Bonferroni Analizi** yapılmıştır. (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Diyabetli Bireylerin Kilo Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n:59)

		N	Medyan	\bar{x}	Ss	Test istatistiği	p
DÖYAS	46-55	9	24,00	22,44	4,93	X ² =2,111	4,765
	56-70	21	26,00	24,62	5,09		
	70 ve üzeri	29	25,00	24,38	5,90		
KDÖ	46-55	9	4,20	3,96	0,75	F=1,750	0,183
	56-70	21	4,00	3,98	0,78		
	70 ve üzeri	29	4,44	4,32	0,66		

*X²: Kruskal Wallis test istatistiği, F: ANOVA test istatistiği *p<0,05*

Diyabetli bireylerin kilo durumlarına göre araştırmada kullanılan DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı normal dağılıma sahip ölçümler için ANOVA,

normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için Kruskal Wallis analizi ile test edilmiştir. Analiz sonucunda diyabetli bireylerin kilolarına göre DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerin aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak **anlamli farklılık olmadığı tespit** edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Diyabetli Bireylerin Boy Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n:59)

		N	Medyan	\bar{x}	Ss	Test istatistiği	p
DÖYAS	151-169 cm	32	25,00	23,34	5,06	U=334,500	0,136
	170-189 cm	27	25,00	25,15	5,81		
KDÖ	151-169 cm	32	4,00	3,91	0,78	t=-2,812	0,007*
	170-189 cm	27	4,56	4,41	0,56		

U: Mann Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği * $p<0,05$

Diyabetli bireylerin boy durumlarına göre araştırmada kullanılan DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı normal dağılıma sahip ölçümler için bağımsız örneklem t testi, normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için Mann Whitney U testi ile test edilmiştir. Analiz sonucunda diyabetli bireylerin boy durumlarına göre DÖYAS ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak **anlamli farklılık olmadığı** tespit edilmiştir ($p>0,05$). Analiz sonucunda diyabetli bireylerin boy durumlarına göre KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları arasında ise istatistiksel **olarak anlamlı farklılık olduğu** tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9: Diyabetli Bireylerin BKİ Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n:59)

		N	Medyan	\bar{x}	Ss	Test istatistiği	p
DÖYAS	21'den az	22	24,50	24,09	4,15	$X^2=2,147$	0,342
	22-24	18	25,00	23,61	6,30		
	24'ten fazla	19	26,00	24,79	6,11		
KDÖ	21'den az	22	4,24	4,22	0,50	F=0,543	0,584
	22-24	18	4,32	4,19	0,72		
	24'ten fazla	19	3,96	4,00	0,94		

X^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, F: ANOVA test istatistiği * $p < 0,05$

Diyabetli bireylerin BKİ durumlarına göre araştırmada kullanılan DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı normal dağılıma sahip ölçümler için ANOVA, normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için Kruskal Wallis analizi ile test edilmiştir. Analiz sonucunda diyabetli bireylerin BKİ durumlarına göre DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak **anlamlı farklılık olmadığı** tespit edilmiştir ($p > 0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10: Diyabetli Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanım Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n:59)

			N	Medyan	\bar{x}	Ss	t	p
Sigara	DÖYAS	Evet	11	26,00	23,91	6,27	-0,174	0,862
		Hayır	48	25,00	24,23	5,31		
	KDÖ	Evet	11	4,64	4,25	0,75	0,553	0,583
		Hayır	48	4,16	4,12	0,73		
Alkol	DÖYAS	Evet	26	25,00	24,08	5,07	-0,115	0,909
		Hayır	33	25,00	24,24	5,80		
	KDÖ	Evet	26	4,26	4,28	0,61	1,267	0,210
		Hayır	33	4,04	4,04	0,80		

U: Mann Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği * $p < 0,05$

Diyabetli bireylerin sigara ve alkol kullanma durumlarına göre araştırmada kullanılan DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı normal dağılıma sahip ölçümler için bağımsız örneklem t testi ile test edilmiştir. Analiz sonucunda diyabetli bireylerin sigara ve alkol kullanma durumlarına göre DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel **olarak anlamlı farklılık olmadığı** tespit edilmiştir ($p > 0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11: Diyabetli Bireylerin Diyabet Değişkenlerine Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n:59)

			N	Medyan	\bar{x}	Ss	Test istatistiği	P
Diyabet tanısı alan yakın	DÖYAS	Evet	47	26,00	24,45	5,62	t=0,771	0,444
		Hayır	12	24,00	23,08	4,76		
	KDÖ	Evet	47	4,12	4,07	0,74	t=-1,525	0,133
		Hayır	12	4,30	4,42	0,64		
Diyabet düzeni	DÖYAS	Evet	53	25,00	24,19	5,51	t=0,080	0,937
		Hayır	6	27,00	24,00	5,29		
	KDÖ	Evet	53	4,28	4,26	0,64	t=4,027	0,000*
		Hayır	6	2,88	3,13	0,73		
Diyabet dışında kronik hastalık	DÖYAS	Evet	27	24,00	23,74	5,75	U=369,000	0,336
		Hayır	32	25,00	24,53	5,24		
	KDÖ	Evet	27	4,12	4,02	0,70	t=-1,172	0,246
		Hayır	32	4,30	4,24	0,75		
Komplikasyon	DÖYAS	Evet	34	25,00	24,50	4,11	U=424,000	0,988
		Hayır	25	25,00	23,72	6,94		
	KDÖ	Evet	34	4,04	3,95	0,68	t=-2,413	0,019*
		Hayır	25	4,40	4,40	0,72		

U: Mann Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği *p<0,05

Diyabetli bireylerin diyabet değişkenlerine göre araştırmada kullanılan DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı normal dağılıma sahip ölçümler için bağımsız örneklem t testi, normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için Mann Whitney U testi ile test edilmiştir. Analiz sonucunda diyabetli bireylerin diyabet tanısı almış yakın olup olmama, diyabet tedavisini düzenli uygulama durumu, diyabet dışında kronik hastalık ve komplikasyon değişkenlerine göre DÖYAS ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak **anlamlı farklılık olmadığı** tespit edilmiştir (p>0,05). Analiz sonucunda diyabetli bireylerin diyabet tanısı almış yakın olup olmama, diyabet dışında kronik hastalık durumu değişkenlerine göre KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak **anlamlı farklılık olmadığı** tespit edilmiştir (p>0,05). Analiz sonucunda diyabetli bireylerin diyabet düzeni ve komplikasyon durumuna göre KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak **anlamlı farklılık olduğu** tespit edilmiştir (p<0,05). Buna göre diyabet tedavisini düzenli uygulayanların KDÖ-Kısa Versiyon puan ortalamasının düzenli uygulamayanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Komplikasyon değişkeni için ise komplikasyon olanların olmayanlara göre KDÖ-Kısa Versiyon puan ortalamasının daha az olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.12: Ölçeklere İlişkin Bulgular

Tablo 4.12: Diyabette öz –yönetim algısı skalası ve kendini düzenleme ölçeği’ ne göre güvenilirlik katsayıları

Ölçekler ve alt boyutları	İfade sayısı	Cronbach's alpha (α)
DÖYAS	8	0,754
KDÖ	25	0,888

Araştırmada kullanılan DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerinin içsel tutarlılığına ilişkin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Tablo 4.12’de görüldüğü üzere, DÖYAS ölçeğinin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı **0,754**, KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı **0,888** olarak bulunmuştur (Tablo 4.12).

Tablo 4.13: Diyabette Öz –Yönetim Algı Skalası ve Kendini Düzenleme Ölçeği-Kısa Versiyon Tanımlayıcı İstatistikleri (n:59)

	N	Minimum	Medyan	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
DÖYAS	59	8,00	25,00	37,00	24,17	5,45
KDÖ	59	2,32	4,24	5,52	4,14	0,73

DÖYAS: Diyabette öz-yönetim algısı skalası, KDÖ: Kendini düzenleme ölçeği

Çalışmaya katılan diyabetli bireylerin DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerine verdikleri cevapların tanımlayıcı istatistikleri tabloda verilmiştir. Diyabetli bireylerin DÖYAS ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 24,17 iken, KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 4,14 şeklinde-dir (Tablo 4.13).

Tablo 4.14: Diyabette Öz-Yönetim Algısı Skalası ile Kendini Düzenleme Ölçeği-Kısa Versiyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n:59)

		KDÖ
DÖYAS	r	-0,022
	p	0,869
	N	59

*r: Pearson korelasyon kat sayısı, *p<0,05*

DÖYAS ile KDÖ-Kısa Versiyon ölçekleri arasında istatistiksel olarak ilişki olup olmadığını test edebilmek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre DÖYAS ile KDÖ-Kısa Versiyon ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.14).

Tablo 4.15: Sosyodemografik Özelliklerin Ölçek Puanları Üzerindeki Etkisine Ait Bulgular

Tablo 4.15: Sosyodemografik Özelliklerin DÖYAS Puanları Üzerindeki Etkisi

	Beta	SH	t	p değeri	95% CI	
					Alt	Üst
Sabit	19,086	1,378	13,848	0,000*	16,324	21,849
[Medeni= Bekar]	3,158	1,332	2,372	0,021*	0,489	5,826
Referans= [Medeni= Evli]						
[Eğitim= İlkokul-ortaokul-lise]	6,682	2,015	3,316	0,002*	2,644	10,720
[Eğitim= Fakülte-doktora-YL)]	4,133	1,564	2,642	0,011*	0,998	7,268
Referans= [Eğitim Yüksekokul].						
F=6,143; p=0,001*						
Adj R²= 0,210						

*p<0,05

Diyabetli bireylerin DÖYAS puanlarında meydana gelen değişimi açıklamak için yapılan regresyona analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=6,143; p=0,001). Model sonuçları değerlendirildiğinde medeni durum ve eğitim durumu değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre bekar olan bireylerin evli olan bireylere göre DÖYAS puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Beta=3,158). Ayrıca

eğitim durumu incelendiğinde, ilkokul-ortaokul-lise mezunu olan bireylerin yüksekokul mezunlarına göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür (Beta=6,682). Fakülte-doktora-YL mezunu olan bireylerin yüksekokul mezunlarına göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür (Beta=4,133). Kurulan modelde bağımlı değişkenin açıklama oranı %21 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.15).

Tablo 4.16: Sosyodemografik zelliklerin KD-Kısa Versiyon Puanları zerindeki Etkisi

	Beta	SH	t	p değeri	95% CI	
					Alt	st
Sabit	4,566	0,153	29,877	0,000*	4,260	4,872
[Boy= 151-169 cm]	-0,422	0,181	-2,329	0,023*	-0,785	-0,059
Referans= [Boy= 170-189 cm]						
[Komplikasyon= Evet]	-0,340	0,183	-1,858	0,068	-0,706	0,027
[Komplikasyon= Hayır]						
F=5,850; p=0,005*						
Adj R²= 0,143						

*p<0,05

Diyabetli bireylerin KD-Kısa Versiyon puanlarında meydana gelen değişimi açıklamak için—regresyona analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=5,850; p=0,005). Model sonuçları değerlendirildiğinde boy ve komplikasyon görülme değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre boyu 151-169 cm arasında olanların puanlarının boyu 170-189 cm arasında olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Beta=-0,422). Ayrıca komplikasyonun gerçeklemesi incelendiğinde, komplikasyon görülen bireylerin puanları komplikasyon görülmeyen bireylere göre daha düşük olduğu görülmüştür (Beta=-0,340). Kurulan modelde bağımlı değişkenin açıklama oranı %14,3 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.16).

5. TARTIŞMA

Diyabetli bireylerin öz yönetiminin sağlanması metabolik kontrolün düzenlenmesini, iyilik halinin arttırılmasını ve komplikasyonların oluşumunun önüne geçilir. Regüle olmayan kan şekeri makrovasküler komplikasyonların oluşmasına ve ilerlemesine sebeptir. Diyabet eğitimi, bireyin bilgi ve becerisini arttırarak öz bakımını yaparken kendine güvenini, bağımsız karar verebilmesini ve stresle başa çıkabilmesini kolaylaştır. Diyabette öz yönetim; bireyin ilaç kullanımını, tıbbi beslenme tedavisini ve fiziksel aktiviteye uyumunu gerektirir (Eroğlu ve Sabuncu 2019). Yapılan bu çalışmada Tip 2 diyabet gelişimi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında doğru orantılı bir ilişkinin olduğu görülmüştür (Bülbül ve ark. 2020).

Diyabetli bireylerde öz-yönetim algısının ve kendini düzenleme davranışları üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular 4 ana başlık altında sunulmuştur.

Birinci bölümde; Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

İkinci bölümde; Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Diyabette Öz-Yönetim Algısı Skalası ile Kendini Düzenleme Ölçeği-Kısa Versiyondan Aldıkları Puanların İncelenmesine İlişkin Bulgular

Üçüncü bölümde; Ölçeklere İlişkin Bulgular

Dördüncü bölüm; Sosyodemografik Özelliklerin Ölçek Puanları Üzerindeki Etkisine Ait Bulgular yer almaktadır.

5.1 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin %79,9'unun kadınlardan oluştuğu saptanmıştır. Demir M., nin 2020 yılında yaptığı çalışmalarda da bu araştırmada görüldüğü gibi diyabetin daha sık kadınlarda görüldüğünü destekler niteliktedir (Demir 2020; Vazihini 2014). Ayrıca Birleşmiş Milletler Ulusal Diyabet İstatistik raporuna göre diyabetli kadın sayısının erkeklere göre daha fazla olduğu

saptanmıştır. Literatür bilgisi incelendiğinde erkeklerde öz bakım oranı kadınlardan daha düşük olduğu görülmüştür (Karakurt 2013; Dehghani-Tafti 2015; Ausili ve ark. 2018; Erilmez 2018). Cinsiyet farklılığının sosyoekonomik durum, tedavi hastalık sürecine ilişkin deneyim ve erkeklerin ilaçlara karşı olumsuz düşüncelerinin az olması ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Çalışmamızın bulgusu literatür bilgisini destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin medeni durumları incelendiğinde %52,5'inin evli olduğu saptanmaktadır. Yapılan bir çalışmada evli olanların aile destekleri puanlarının bekar olanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Pesantes ve ark. 2018). Bu durumun evlilikle beraber bireylere daha çok sorumluluk yüklediği ve verilen görevleri tamamlama yükümlülüğünü olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Evli diyabetli bireylerin eşleri tarafından desteklenmesi ve diyabet süresince tedaviye uyum sağlamalarının kolaylaştığı gözlenmiştir. Yalnız yaşamının, diyabetli bireylerin öz bakımlarını olumsuz etkilediği söylenebilir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin yaş durumlarına bakıldığında; %23,7 ile ilk sırayı iki ayrı yaş grubu beraber karşılamaktadır. Bunlar 32-38 yaş aralığı ile 46 yaş ve üzeri bireylerdir. Farklı çalışmalarda diyabet görülme sıklığının yaşla beraber arttığı ve diyabetin görülme yaşının 45 yaş ve üzeri olduğu ortaya konmuştur (IDF 2021). Yapılan çalışmalara göre diyabet 45-50 yaş aralığında daha çok görülmektedir (Baykal 2015; Yanık ve Erol 2016). Bu sonuçlar elde edildiğinde yaş ortalamasının orta yaşlarda olma sebebi olarak Covid-19 sebebiyle Google anket kullanıldığı için interneti olan, Android telefon kullanabilen ve okur-yazar bireylerden oluştuğu için yaş ortalamasının bu şekilde olduğu söylenebilir. Diyabetin yaşla doğru orantılı olması; yaşa bağlı olarak başka kronik hastalıkların eklenmesi (hipertansiyon, ateroskleroz, KOAH, kronik böbrek yetmezliği vb.), Covid-19'a bağlı hareketsizlik ve yaşam tarzı değişimi, yorgunluk, fazla iş yükü, stres, radyasyon, baskılanmış immün sistem gibi faktörlerin sebep olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin eğitim durumları incelendiğinde; %30,5'unun yükseköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Yapılan diğer araştırmalarda eğitim düzeyi arttıkça kişinin farkındalığının artması buna bağlı diyabet yönetiminin

daha iyi yaptığı gözlemlenmiştir (Yorulmaz H. ve ark., 2013). Alhaik ve ark. (2019) yılındaki çalışmalarında da çalışmamızla benzer olarak üniversite ve üzeri mezuniyeti olan diyabet hastalarında öz bakım yönetiminin artmakta olduğunu belirtmişlerdir. Bireylerin eğitim durumu arttıkça anlatılan kavrama ve uygulamaya geçirmede daha hızlı ve pratik olduğu kanısına varılmıştır. Eğitim durumu ile diyabette öz-yönetim ve kendini düzenleme davranışlarının doğru orantıda olduğu varsayılmaktadır.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin %49,2'sinin 70 kg ve üzeri kiloda olduğu görülmektedir. Kilonun birçok kronik hastalığın baş sebebi olduğu düşünülebilir. Bu durum bir kısır döngü gibidir. Obezite kontrolünün prediyabetten aşikar diyabete ilerleyişi geciktirdiği gösterilmiştir (Knowler et all. 2002; ADA 2017). Bununla beraber, fazla kilolu ve obez tip 2 diyabetik hastalarda kilo kaybının glisemik kontrolü iyileştirdiği ve anti-diyabetik ilaç ihtiyacını azalttığı da gösterilmiştir (Goldstein 1992). Kilolu bireylerin glukoz yönetiminin daha zor olduğu ön görüşüne varılmaktadır. Çünkü bu bireylerin yeme-içme konusunda iradeli davranmakta güçlük çektiği ve diyabet için öz-yönetimlerini iyi yapamadıkları düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin %54,2'sini 151-169 cm boyunda olduğu görülmektedir. Bireylerin boylarının kısa olması BKİ değerlerini etkilemektedir. Boy ve BKİ değeri ters orantılıdır. Bireyin boyunun kısa olması normal kilolar için sorun oluşturmazken, kilosu fazla olan bireylerde ise özellikle tip 2 diyabet için risk faktörü olarak düşünülebilir (Tablo 4.1). Yapılan bir çalışmada BKİ ile değerlendirilen obezitenin diyabet gelişimi ile bir ilişki göstermediği, ancak vücut yağ oranının diyabet gelişimini etkilediği bildirilmiştir. Vücut yağ yüzdesi arttıkça diyabet gelişme riskinin de aynı oranda arttığı saptanmıştır (Pastors et. all 2002; Pena et all. 2020).

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin BKİ değerlerine bakıldığında çoğunluğun yani %33,9'unun 18-21kg/cm² (normal) değer aralığında olduğu görülmektedir. Beslenme bilgi düzeyleri düşük olan bireylerin doğru beslenme alışkanlıklarına sahip olmadıkları için BKİ' lerinin yüksek olması beklenen bir sonuçtur (Sami et. all 2020). Bu durumun sebebi olarak araştırmaya katılan bireylerin

çoğunluğunun tip 1 diyabet olmasından kaynaklandığı ve kiloya bağlı olmadığı varsayılmaktadır.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin çoğunun yani %81,6'sının sigara kullanmadığı görülmüştür. Alkol kullanım durumuna bakıldığında %55,9 ile yine çoğunluğun alkol kullanmadığı görülmüştür. Sigara kullanımını ile birlikte diyabetik bireylerde makrovasküler komplikasyonlar, koroner kalp hastalığı, inme ve periferik vasküler hastalık riskinin artacağı bildirilmiştir (Eliasson 2003). Yapılan bir çalışmada sigara kullanımının diyabet gelişim riskini arttırabileceği bulunmuştur (Wannamethee et all. 2001). Yapılan çalışmalarda ılımlı alkol tüketiminin diyabet sıklığını azaltabileceği, ancak fazla miktarda alkol tüketiminin ise diyabet gelişim riskini arttırabileceği belirtilmiştir (Polsky et all. 2017; Li et all. 2016). Sigara ve alkol kullanmama durumunun Covid-19 sebebiyle bağışıklığı zayıflattığı ve bireylerin tercih etmediği ve aynı zamanda diyabet ve diğer hastalıklara yatkınlığı arttırmış olabileceği düşüncesi ile kullanılmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan diyabetli bireylerin çoğunluğunu yani %69,5'ini Tip 1 DM' li bireyler oluşturmaktadır. Farklı çalışmalar incelendiğinde Tip 1 diyabet görülme oranı dünya çapında günden güne artmaktadır. Tip 1 diyabetli bireyler tüm dünyadaki diyabetli bireylerin %5-10'unu oluşturmaktadır. Yapılan yerel çalışmalar, tüm dünyada olduğu gibi tip 1 diyabet sıklığının arttığını göstermektedir. Tip 1 diyabet prevalansın daha az görüldüğü Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde de hızlı bir yükselme saptanmıştır (Çövener 2013; Mayer-Davis et all. 2018). Tip 1 DM' li birey sayısının dünya çapında yıllık artış oranının %3 civarında olduğu düşünülmektedir. Günümüz koşullarında tip 1 diyabet görülme sıklığının arttığı düşünülmektedir. Bu duruma sebebiyet veren etmenlerin; genetik faktörler, hareketsiz yaşam tarzı, fast food gibi proteinden yetersiz bol yağlı beslenme şekli, stres, genetiği değiştirilmiş besinler, su kirliliği, hava kirliliği, Covid-19 vb. olduğu kanısına varılabilir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin %78'inin yakınında diyabet olduğu ve %52,2 ile en çok anne-babada görüldüğü, diyabetin genetik geçişli bir hastalık olduğunu kanıtlar niteliktedir. Diyabette genetik geçiş söz konusudur. Sonuçlarımız, literatürle uyumludur (Baykal ve Kapucu 2015; Aslan 2018). Birinci derece akrabalarında diyabet öyküsü olanların önemli bir kısmı yüksek-çok yüksek risk

düzeyinde bulunmaktadır. Tip 1 diyabette genetik yatkınlık aile bireylerinde daha fazla görülmesi ile anlaşılmaktadır. Amerika’da tip 1 diyabet prevalansı %0,3 olarak görüldüğü halde birinci derece akrabasında tip 1 diyabet bulunanların prevalansı %5’dir (Harley and Denise 2011). Bu sonuç Demirağ’ın 2016, Coşansu ve ark. nın 2018 ve Çevik ve ark. nın 2016 bulguları ile uyumludur. Özellikle tip 1 diyabetin genetik geçişli olduğu düşünülebilir. Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin çoğunluğunu tip 1 diyabetli bireylerin oluşturduğu ve özellikle tip 1 diyabetin genetik geçişli olması doğru orantılıdır.

Diyabette tedavi şekli olarak diyabetli bireylerin tıbbi açıdan en çok %79,7 ile insülin kullanma, bireysel açısından da %40,7 ile dengeli beslenmeye çalıştıkları saptanmıştır. Diyabetik birey için standart bir beslenme şekli yoktur. Beslenme programları her birey için bireyselleştirilerek düzenlenmelidir. Bu noktada belirlenecek olan beslenme şeklinin bireyin yaşam koşullarına uygun, uygulanabilir ve sürdürülebilir olması önemlidir (Yamada 2017). Beslenme eğitimleri ile birlikte bireyin beslenmeyi kendi kendine yönetebilecek noktaya gelmesi hedeflenmektedir (Powers et all. 2015).

Diyabetli bireylerin tedavisini düzenli uygulayıp-uygulamama durumları incelendiğinde %88,1’inin düzenli uyguladığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin %54,2’sinin diyabet dışında kronik hastalığı olmadığı, %45,8’inde ise diyabet dışında da kronik hastalığının olduğu saptanmıştır. Kronik hastalık görülenlerin en çok %8,5 ile hipertansiyonun eşlik ettiği saptanmıştır. Eroğlu 2017 yılındaki çalışmasında tanı almış başka kronik hastalık varlığı ile özbakım arasında anlamlı ilişki tespit etmiştir. Diyabetle beraber farklı bir kronik hastalığa sahip olan bireylerde hastalıklarının yönetiminin zorlaştığı düşünülebilir.

Diyabetli bireylerin %57,6’sında komplikasyon görüldüğü en çok görülen komplikasyonun ise %47,5 ile hipoglisemi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Manjula ve Premkumar’ın (2015) yılında yapmış oldukları çalışmalarında komplikasyonların varlığı, öz yeterlilik ve öz bakım davranışı ile önemli ölçüde ilişkili olmadığını belirtmişlerdir. Tip 2 diyabetli bireylerde kardiyovasküler hastalık görülme riski daha

yüksektir (Masoudi and Inzucchi 2007). Beslenmenin yağ asit örüntüsünün kardiyovasküler hastalık riskinde etkili olduğu bilinmektedir (Wang and Hu 2017). Diyabetin genel olarak dolaşım ve sinir sistemi üzerinde komplikasyonlara sebep olduğu söylenebilir. Diyabetli bireylerde komplikasyon görülmesinin en büyük nedeninin diyabetin birçok sistemi hızlı bir şekilde etkilemesi, dengesiz beslenme, stres, yorgunluk, süreklilik, iş yükü, aktivite azlığı, etkisiz diyabet yönetimi, bilgi eksikliği vs. olduğu ön görülebilmektedir.

Diyabetli bireylere hastaneye yatma durumu sorulduğunda %86,4'ünün hiç hastaneye yatmadığı sonucu elde edilmiştir. Diyabetli bireyle için klinik ortamlarda yapılan müdahaleler dikkate alındığında, profesyoneller bireyleri problem odaklı başa çıkma konusunda teşvik edebilir ve destek sağlamada sosyal destek ağını geliştirebilir. Bireylerin stresli koşullarda kaçış/ kaçınma başetme tarzını kullanarak kullanmadığı sorgulayabilir (Durak ve Durak 2019). Komplikasyon görülen bireylerde hastaneye yatış süresi uzamaktadır (Soysal ve Yılmaz 2022). Bu durum için Covid-19'un aktif dönemde olmasına bağlı hastaneye yatışların azalması ve rutin kontrollerin aksaması sebep olarak gösterilebilmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerden diyabet eğitimi alanların oranı yüksektir. Bireylerin bilgiye ulaşımının kolay olması, ilk tanı alındıktan sonra hastanede sağlık ekibi tarafından verilen eğitim, telefon, gazete, dergi, televizyon, radyo vs. araçlardan bilgi edinildiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerden %50,8'i sağlık durumlarını iyi olarak tanımlamıştır. Birçok bireyin yüksek okul mezunu olması ve bilgiye kolay ulaşılabilir olması sayesinde diyabeti daha iyi yönetebildikleri buna bağlı olarak da bireylerin psikolojik yönden olumlu bir şekilde sağlık durumlarına yansıdığını söylemek mümkündür (Tablo 4.2).

5.2 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Diyabette Öz-Yönetim Algısı Skalası ile Kendini Düzenleme Ölçeği-Kısa Versiyondan Aldıkları Puanların İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Diyabetli bireylerin cinsiyete göre DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Alınan ölçek puanlarının cinsiyet değişkeninden etkilenmediği düşünülebilir (Tablo 4.3). Diyabetli bireylerin medeni durumlarına göre DÖYAS ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bekarların DÖYAS ölçeğinden aldıkları puan ortalamasını evlilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Analiz sonucunda diyabetli bireylerin medeni durumlarına göre KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinden alınan puanların medeni durumdan etkilenmediği görülmüştür (Tablo 4.4). Diyabetli bireylerin yaşlarına göre DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerin aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Bu iki ölçekten alınan puanlar bireylerin yaş durumundan etkilenmemektedir (Tablo 4.5). Diyabetli bireylerin eğitim durumlarına göre DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. DÖYAS ölçeği için farklılığın eğitim durum yüksek okul olan katılımcılardan kaynaklandığı ve yüksek okul mezunu diyabetli bireylerin DÖYAS ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının İlkokul-ortaokul-lise ve Fakülte-doktora-YL olanlara göre daha az olduğu tespit edilmiştir. KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinde ise farklılık eğitim durumu İlkokul-ortaokul-lise ve Fakülte-doktora-YL olanlar arasında olduğu ve İlkokul-ortaokul-lise olanların KDÖ-Kısa Versiyon ölçek puan ortalamasının Fakülte-doktora-YL olanlara göre daha az olduğu söylenebilir (Tablo 4.6). Diyabetli bireylerin kilolarına göre DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerin aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Ölçeklerden alınan puanlar bireylerin kilosundan etkilenmemektedir (Tablo 4.7). Diyabetli bireylerin boy durumlarına göre DÖYAS ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Diyabetli bireylerin boy durumlarına göre KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinden aldıkları puanların

ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre boyu 151-169 cm olan bireylerin KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının, boyu 170-189 cm olanlara göre daha az olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.8). Diyabetli bireylerin BKİ durumlarına göre DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin BKİ değeri alınan ölçek puanlarını etkilememektedir (Tablo 4.9). Diyabetli bireylerin sigara ve alkol kullanma durumlarına göre DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Ölçeklerden alınan puanları bireylerin sigara ve alkol kullanma durumları etkilenmemektedir (Tablo 4.10). Diyabetli bireylerin diyabet tanısı almış yakın olup olmama, diyabet tedavisini düzenli uygulama durumu, diyabet dışında kronik hastalık ve komplikasyon değişkenlerine göre DÖYAS ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Analiz sonucunda diyabetli bireylerin diyabet tanısı almış yakın olup olmama, diyabet dışında kronik hastalık durumu değişkenlerine göre KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Diyabetli bireylerin diyabet düzeni ve komplikasyon durumuna göre KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Diyabet tedavisini düzenli uygulayanların KDÖ-Kısa Versiyon puan ortalamasının düzenli uygulamayanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Komplikasyon değişkeni için ise komplikasyon olanların olmayanlara göre KDÖ-Kısa Versiyon puan ortalamasının daha az olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.11).

5.3 Ölçeklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada kullanılan DÖYAS ve KDÖ-Kısa Versiyon ölçeklerinin içsel tutarlılığına ilişkin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayıları şöyledir: Tablo 4.12'de görüldüğü üzere, DÖYAS ölçeğinin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,754, KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,888 olarak bulunmuştur. Cronbach alfa katsayısı, Likert tipi ölçeklerin güvenilirliğinin sınanmasında sık kullanılan ve ölçme aracı içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının

bir ölçüsüdür (88). Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini sorgulayan maddelerden oluştuğu düşünülür. Cronbach Alpha katsayısı 0.40'dan düşük olması güvenilir olmadığını, 0.40- 0.59 arası ise düşük güvenilirlikte olduğunu, 0.60-0.79 arasında oldukça güvenilir, 0.80-1.00 arası ise yüksek derecede güvenilir olduğunu gösterir (89,90) (Tablo 4.12).

Diyabetli bireylerin DÖYAS ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 24,17 iken, KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 4,14 şeklindedir. Ölçek sorularının farklı olması, soru sayısının ve puanlama sisteminin farklı olması bireylerin ölçeklerden aldıkları puanların farkına neden olmaktadır ama istatistiksel anlamlı değildir (Tablo 4.13).

DÖYAS ile KDÖ-Kısa Versiyon ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Bunun sebebi olarak sosyodemografik özelliklerin, bireylerin ölçek puanlarını etkilemediği bunun yanında ölçeklerin güvenilir olduğu söylenebilir. Araştırmada elde edilen sonuçlara göre ölçekler arasında nötr bir ilişki vardır böylece elde edilen veriler güvenilir olabilir (Tablo 4.14).

5.4 Sosyodemografik Özelliklerin Ölçek Puanları Üzerindeki Etkisine Ait Bulguların Tartışılması

Diyabetli bireylerin DÖYAS puanlarında meydana gelen değişimi açıklamak için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Model sonuçları değerlendirildiğinde medeni durum ve eğitim durumu değişkenleri diyabetli bireylerin DÖYAS puanlarını etkilemektedir. Buna göre bekar olan bireylerin evli olan bireylere göre DÖYAS puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumu incelendiğinde, ilkokul-ortaokul-lise mezunu olan bireylerin yüksekokul mezunlarına göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Fakülte-doktora-YL mezunu olan bireylerin yüksekokul mezunlarına göre daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Kurulan modelde bağımlı değişkenin açıklama oranı %21 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.15). Diyabetli bireylerin KDÖ-Kısa Versiyon puanlarında meydana gelen değişimi açıklamak için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Model sonuçları değerlendirildiğinde boy ve komplikasyon görülme değişkenleri KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinden alınan puanları etkilemektedir. Buna göre boyu 151-169 cm arasında olanların puanlarının boyu 170-189 cm arasında olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Komplikasyon görülen bireylerin puanları komplikasyon görülmeyen bireylere göre daha düşüktür. Kurulan modelde bağımlı değişkenin açıklama oranı %14,3 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.16). Yapılan regresyon analizine göre DÖYAS ölçeği KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğine göre araştırma değişkenlerinden daha çok etkilenmektedir denebilir. Bireylerin DÖYAS ölçek puanları medeni durum ve eğitim değişkeninden etkilenirken, KDÖ-Kısa Versiyon ölçek puanları boy ve komplikasyon görülme değişkenlerinden etkilenmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Araştırmanın bulguları doğrultusunda sonuçlar aşağıdaki şekilde özetlenmiştir:

- Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin; çoğunluğunun kadın olduğu (%79,9), çoğunun evli (%52,5), yaş ortalamasının %23,7 oranla 32-38 ile 46 yaş ve üzeri bireylerden oluştuğu, eğitim durumlarının %30,5 ile yüksekokul olduğu, %49,2 ile 70 kilo ve üzeri kiloda oldukları, boylarının %54,2 ile 151-169 cm aralığında olduğu, BKİ değerlerinin %33,9 ile 18-21kg/cm² değer aralığında olduğu sonucuna varılmıştır.
- Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin; %81,4'ünün sigara kullanmadığı, %55,9'unun alkol kullanmadığı, en çok görülen diyabet tipi olarak % 69,5 ile tip 1 diyabet görüldüğü, yakınlarında diyabet tanısı olan bireylerin (%78) en çok birinci derece yakınlarında (%52,2) diyabet olduğu, diyabet tedavi şekli olarak en çok insülin kullanıldığı (%79,7), diyabet tedavisinin düzenli uygulandığı (%88,1), diyabet dışında en çok eşlik eden kronik hastalığın hipertansiyon olduğu (%8,5), komplikasyon görülme oranının en çok hipoglisemide olduğu (%47,5), hastaneye yatma durumlarının çoğunlukla olmadığı (%86,4), diyabet eğitimi alındığı (%96,6) ve sağlık algısının genel olarak iyi (%50,8) olarak tanımlandığı sonucuna varılmıştır.
- Diyabetli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre diyabette öz-yönetim algısı skalası ile kendini düzenleme ölçeği- kısa versiyondan aldıkları puanların cinsiyet, yaş, kilo, BKİ, sigara-alkol kullanımı, diyabet tanısı alan yakınının olması, diyabet dışı kronik hastalık varlığı gibi değişkenlerden etkilenmediği görülmüştür.
- Diyabetli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre diyabette öz-yönetim algısı skalası ile kendini düzenleme ölçeği- kısa versiyondan aldıkları puanların medeni durum, eğitim durumu, boy ve diyabet düzeni komplikasyon değişkenlerinden etkilendiği saptanmıştır.

- DÖYAS ölçeğinin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,754, KDÖ- Kısa Versiyon ölçeğinin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0,888 olarak bulunmuştur.
- Diyabetli bireylerin DÖYAS ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 24,17 iken, KDÖ-Kısa Versiyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 4,14 şeklindedir.
- Pearson korelasyon analizine göre DÖYAS ile KDÖ ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.
- Diyabetli bireylerin DÖYAS puanlarında meydana gelen değişimi açıklamak için yapılan regresyona analizinde bağımlı değişkenin açıklama oranı %21 olarak hesaplanmıştır.
- Diyabetli bireylerin KDÖ puanlarında meydana gelen değişimi açıklamak için yapılan regresyona analizinde bağımlı değişkenin açıklama oranı %14,3 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmamızda diyabetli bireylerde öz-yönetim algısının ve kendini düzenleme davranışları üzerine etkisinin incelenmesidir. Araştırmanın ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmada elde edilen sonuçlara göre ölçekler arasında nötr bir ilişki vardır. Dolayısıyla diyabetli bireylerde öz-yönetim algısının ve kendini düzenleme davranışlarının birbiri üzerinde etkisi yoktur.

6.2 Öneriler

Araştırmanın bulguları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunabilir;

- ❖ Diyabetli bireylerin öz-yönetim düzeylerinin geliştirilmesi için desteklenmesi ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması,
- ❖ Diyabet kontrolü ve önlenmesine yönelik müdahaleler için diyabetli bireylerin motivasyon ve davranış becerilerinin geliştirilmesi amaçlı uygun eğitim programlarının planlanması,

- ❖ Bu çalışmanın ileriki zamanlarda daha geniş örnekleme tekrar edilmesi ve bu sonuçlar doğrultusunda girişimsel çalışmaların planlanması önerilir.

KAYNAKÇA

- 1..... A
merican Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes-2011. Diabetes Care, 2011;34 (1):11-61.
2. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED)-2019. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, http://www.turkendokrin.org/files/file/DIYABET_TTK_web.pdf (Erişim Tarihi:05.12.2022).
3. Kızıltan G. Akut ve Kronik Komplikasyonlarda Beslenme. Türk Diyabet Vakfı ve Türk Diyabet Cemiyeti, Türk Diyabet Yıllığı 2015-2016, 2016: 75-85.
4. Özer E, TÜRKDİAB Diyabet tanı ve tedavi rehberi, Ulusal Diyabet Konsensus Grubu, Türkiye, 2019.
5. Önmez A, Diabetes Mellitus'ta Mikrovasküler Komplikasyonların Yönetimi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2017;7(2); 117-119.
6. TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu 2017: syf: 14-15.
7. Bornstein SR, Rubino F, Khunti K, et al. Practical recommendations for the management of diabetes in patients with COVID-19. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020;2213-8587(20);30152-2.
8. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, et al; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Eur Heart J. 2020;41(2):255-323.
9. American Diabetes Association (ADA). (2010) Standards of Medical Care in Diabetes-2010, Diabetes Care. 2010 Jan; 33(Suppl 1): S11–S61.
10. Menekli T, Akyol DA. Tip 2 Diyabetlinin tedavi ve bakım yönetimi. Türkiye Klinikleri Diyabet Hemşireliği Özel Sayısı. 2019: 19-28.
- 11..... Cl
ark NM, Gong M. Management of Chronic Disease By Practioners and Patients: Are We Teaching The Wrong Things? BMJ 2000; 320: s.572-575.

12. American Diabetes Association (ADA). Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care*, 44(Suppl 1), S7–S14 <https://doi.org/10.2337/dc21-S001>.
13. Trappenburg, J., Jonkman, N., Jaarsma, T., Os-Medendorp, H., Kort, H., Wit, N., Schuurmans, M. (2013). Self-management: One size does not fit all. *Patient Educ Couns*, 92(1), 134-137. <https://doi:10.1016/j.pec.2013.02.009>.
14. Holmes, D. M. The person and diabetes in psychological context. *Diabetes Care*, 1986:9, 194-206.
15. American Diabetes Association (ADA). (2021). Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care*, 44(Suppl 1), S7–S14.
16. Goday, A. Epidemiology of Diabetes and Its Non Coronary Complications, *Diabetes and Cardiovascular Diabetes II*. 2002:55 (6); 657-670.
17. Satman, I., Yılmaz, T., Şengül, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., Baştar, I., Tütüncü, Y., Sargın, M., Dinççağ, N., Karşıdağ, K., Kalaca, S., Özcan, C. And King, H. Populationbased study of diabetes ve risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*, 2002:25 (9);1551-6.
18. Sofulu, F. Tip 2 diyabette aile desteği ve çatışma ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2015: 6
19. Davidson, M. and Knafi, K. A. Dimensional Analysis of the concept of obesity. *Journal of Advanced Nursing*, 2006:54 (3); 342-350.
20. Frias, J. P. and Yu, J. G. Metabolic effects of troglitazone therapy in Type II diabetic, obese ve lean normal subjects. *Diabetes Care*, 2000:23 (1); 64-69.
21. Genuth, S. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study for Patients With Obesity and Type 2 Diabetes. *Obesity Research*, 2001:8; 198-201.

22. Mokdad, A. H., Ford, E. S., Bowman, B. A., Dietz, W. H., Vinicor, F., Bales, V. S. And Marks, S. Prevalence of Obesity, Diabetes ve Obesity Related Health Risk Factor, JAMA, 2003: 289 (1); 76-79.
23. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, Peters AL, Tsapas A, Wender R, Matthews DR; American Diabetes Association (ADA); European Association for the Study of Diabetes (EASD).) Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care. 2012;35(6):1364-1379.
24. Koski RR. Practical review of oral antihyperglycemic agents for type 2 diabetes mellitus. Diabetes Educ. 2006;32(6):869- 876.
25. American Diabetes Association, 2021.https://care.diabetesjournals.org/content/44/Supplement_1/S1.
26. Vincent, D., Clark, L., Zimmer, L. M. and Sanchez, J.. Using Focus Groups to Develop a Culturaly Compenent Diabetes Self Managenet Program for Mexican Americans. The Diyabetes Educator, 2006:32 (1); 89-97 eases in Canada, 2006:23 (4), 130-128.
27. Yorulmaz, H., Tatar, A., Saltukoğlu, G., & Soylu, G. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi, 2013: (2), 367-387.
28. Eroğlu, N. Diyabetes Mellitus'un Komplikasyonları. Izmir Democracy University Health Sciences Journal, 2018:1(2), 6-12.
29. Olgun, N. Hipoglisemi ve Hiperglisemi. İçinde: Erdoğan S(editör). Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler, İstanbul, Yüce reklam/yayım/dağıtım, 2002: 105-116.
30. Akdemir, N. & Birol, L. (2005). Diabetes Mellitus. İçinde: İç Hastalıkları ve Çelik, S., & Öztürk, G. Diyabetik Ayak: Risk Faktörleri ve Bakım. (Eds: Olgun N.), Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu, İstanbul, 2009:22-27.

31. Olgun, N. Diyabette Kendi Kendine Takip İlkeleri. İçinde: MT Yılmaz, M Bahçeci, MA Büyükbeşe. Diabetes Mellitus'un Modern Tedavisi. Özlem Grafik Matbaacılık, İstanbul, 2003:67-80.
32. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). Diabetes, Heart Disease and Stroke (2014). <http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/stroke/>(Erişim Tarihi: 23.12.2022).
33. Özcan, Ş. Kronik Komplikasyonlar, (Eds: Erdoğan S.), Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler, Yüce Basımevi, İstanbul, 2002: 141-156.
34. Özmen, B., Güçlü, F., Kafesçiler, S., Özmen, D., & Hekimsoy, Z. The relationship between glycosylated haemoglobin and diabetic retinopathy in patients with type 2 diabetes.department of endocrinology. Turkish Journal Endocrinology, 2007:11:10-15.
35. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, 6. baskı, Ankara, 2022:294.
36. Öztürk, S., Bozkurt, O.B., Çoban, T., Tatlı, E., Şar, F., & Kazancıoğlu, R. Aşıkâr diyabetik nefropatili tip 2 diyabetik hastalarda prognoz göstergeleri. Türkiye Klinikleri Nefroloji Dergisi, 2009: 4: 1-10.
37. Demir M. Tip 2 Diyabetli Hastaların Sağlık İnançları ve Tedaviye Uyum Durumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2020, 1-96.
38. Aydoğan, Ü., Akbulut, H., & Çetin Doğaner Y. Diyabetik ayak. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2010:375-382.
39. <https://diyabetcemiyeti.org/diyabet-istatistikleri/turdep-2-sonuclarinin-ozeti> (E.T: 20.12.2022).
40. Dunning, T., & Ward, G. Uzun Dönem Komplikasyonlar. İçinde: Hatemi HH (Türkçe çeviri editörü). Diyabette Klinik Sorunların Bakım ve Gözetimi, 1. Baskı. İstanbul, 121 Medikal Yayıncılık: 2009:121-143.
41. Munshi MN, Florez H, Huang ES, Kalyani RR, Mupanomunda M, Pandya N, et al. Management of diabetes in long-term care and skilled nursing facilities: a position statement of the American Diabetes Association. Diabetes care. 2016;39(2):308-18.

42. Peters J, Hutchinson A, MacKinnon M, McIntosh 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):179-88.
43. Greveson, G.C., ve Spencer J. A., Self-directed learning-the importance of concepts and contexts. *Medical Education*, 2005:39, 348-349.
44. International Diabetes Federation (IDF). *Diabetes Atlas*. 8th edition. Brussels Belgium. 2017.
45. O'Shea, E. A. , Self-directed learning in nurse education: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 2003: 43 (1), 42-70.
46. Peters J, Hutchinson A, MacKinnon M, McIntosh 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):179-88.
47. Çukur, C.Ş. *Kendini Düzenleme Stratejileri. Sosyal Psikoloji ders notları. Muğla Üniversitesi*. 2006.
48. Leventhal, H., Diefenbach, M. The active side of illness cognition. In J. A. Skelton, R. T. Croyle, (Eds). *Mental Representation in Health and Illness*. New York: Springer- Verlag. 1991:247- 272.
49. Hampson, S.E., Glasgow, R.E., Toobert, T.J. Personal models of diabetes and their relations to self-care activities. *Health Psychol.*, 1990: 9, 632- 646.
50. Watkins, KW., Connell, CM., Fitzgerald, JT., Klem, L., Hickey, T. and Ingersoll- 162 Dayton, B. Effect of adults' self-regulation of diabetes on quality-of-life outcomes. *Diabetes Care*, 2000:23 (10), 1511- 1515.
51. Marques, J. M., İbanez, M. İ., Ruiperez, M. A., Moya, J. ve Ortet, G. The self regulation inventory: Psychometric properties of a health related coping measure. *Personality and Individual Differences*, 2005: 39, 1043-1054.
52. Strine, T. W., Okoro, A. C. and Chapmon, P. D. The Impact of Formal Diabetes Education on The Preventive Health Practices ve Behaviors of Persons With Tiype 2 Diyabetes. *Preventive Medicine*, 2005:41(1); 79-84.
53. Walston KA ve ark. Psychometric properties of the perceived diabetes self - management scale (PDSMS). *Journal Behavior Medicine*, 2007: 30, 395-40.

54. Eroğlu, N., & Sabuncu, N. Diyabet Öz Yönetim Skalası'nın (DÖYS) Türk toplumuna uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2019;1(3), 1-6.
55. Bülbül, E., Çelik, S., Alçıçek, H., Dindar, A., Furtana, M., Günal, M., ... & Yılmaz, A. Hemşirelik Öğrencilerinde Diyabet Riski ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 2020;4(3), 230-238.
56. Vazini H, Barati M. The Health Belief Model and Self-Care Behaviors among Type 2 Diabetic Patients. *Iranian Journal of Diabetes And Obesity* 2014; 6(3): s.107-113.
57. Karakurt, P. Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A. Diyabetli Hastaların ÖZBakım Gücü ve Algıladıkları Sosyal Desteđin Değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakóltesi Dergisi*. 2013;14(1): 1-9.
58. Dehghani-Tafti A., et.all. Determinants of Self-Care in Diabetic Patients Based on Health Belief Model, *Glob J Health Sci*. 2015 Feb 24;7(5):33-42.
59. Ausili D. et.all. Socio-demographic and clinical determinants of self-care in adults with type 2 diabetes: a multicentre observational study, *Observational Study, Acta Diabetol*. 2018;55(7):691- 702.
60. Erilmez C. Tip 2 Diyabetli Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Hemşirelik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Kıbrıs 2018.
61. Pesantes M.A. et.all. Family Support and Diabetes: Patient's Experiences From a Public Hospital in Peru, *Qual Health Res*, 2018;28(12):1871-1882.
62. Erol Ö, Yanık YT. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016; 19(3): 0-0.
63. Baykal A, Kapucu S. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedavilerine Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Dergisi*, 2015: 44–58.
64. Alhaik S, Anshasi H, Alkhawaldeh J, Soh KL, Naji AM. An assessment of self-care knowledge among patients with diabetes mellitus, *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 2019; 13;390-394.

65. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England journal of medicine*. 2002;346(6):393-403.
66. American Diabetes A. 7. Obesity Management for the Treatment of Type 2 Diabetes. *Diabetes care*. 2017;40(Suppl 1): S57-S63.
67. Goldstein DJ. Beneficial health effects of modest weight loss. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*. 1992;16(6):397-415.
68. Pastors JG, Warshaw H, Daly A, Franz M, Kulkarni K. The evidence for the effectiveness of medical nutrition therapy in diabetes management. *Diabetes care*. 2002;25(3):608-13.
69. Pena JE, Ramirez-Hernandez JA, Fernandez-Ramos MT, GonzalezFiguroa E, Chmpagne B. Body Fat Percentage Rather than Body Mass Index Related to the HighOccurrence of Type 2 Diabetes. *Archives of Medical Research*. 2020; 51:564-571.
70. Sami W, Alabdulwahhab KM, Ab Hamid Rashid M, Alasbali TA, Al Alwadani F, Ahmad MS. Dietary knowledge among adults with Type 2 diabetes Kingdom of Saudi Arabia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17(858):1-8.
71. Eliasson B. Cigarette smoking and diabetes, *Progress in cardiovascular diseases*. 2003;45(5): 405-413. doi: 10.1053/pcad.2003.00103.
72. Wannamethee G, Shaper G, Perry IJ. Smoking as a modifiable risk factor for type 2 diabetes in middle-aged men. *Diabetes Care*. 2001;24: 1590-1595.
73. Polsky S, Akturk HK. Alcohol consumption, diabetes risk, and cardiovascular disease within diabetes. *Curr Diab Rep*. 2017;17(12):136. doi: 10.1007/s11892-017-0950-8.
74. Li X, Yu F, Zhou Y, He J. Association between alcohol consumption and the risk of incident type 2 diabetes: a systematic review and dose-response metaanalysis. *Am J Clin Nutr*. 2016;103(3):818-829. doi: 10.3945/ajcn.115.114389.

75. Çövener Ç, Ocakçı AF. Tip 1 diyabet yönetimi: Bir hemşirelik modeli. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2013; 10(1): 30-37.
76. Mayer-Davis EJ, Kahkoska AR, Jefferies C, Dabelea D, Balde N, Gong CX, Aschner P, Craig ME. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatric Diabetes* October. 2018;19 (Suppl. 27): 7-19.
77. Demirağ HE. Tip-2 Diabetes Mellituslu Hastaların Birinci Derece Yakınlarında Diyabet Risk Değerlendirmesi. Uzmanlık Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın 2016:39-41.
78. Cosansu G, Celik S, Özcan S, Olgun N, Yıldırım N, Demir HG. Determining type 2 diabetes risk factors for the adults: A community based study from Turkey. *Prim Care Diabetes* 2018;12(5):409-15.
79. Çevik AB, Karaaslan MM, Koçan S, et al. Prevalence and screening for risk factors of type 2 diabetes in Rize, Northeast Turkey: findings from a population-based study. *Prim Care Diabetes* 2016;10(1):10-8.
80. Yamada S. Paradigm shifts in nutrition therapy for type 2 diabetes. *Keio J Med*. 2017;66(3):33-43. doi: 10.2302/kjm.2016-0016-IR.
81. Powers Ma, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH ve ark. Diabetes Self-Management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115(8):1323-1334. doi: 10.1016/j.jand.2015.05.012.
82. Harvey R, Denise F. Lippincott's Illustrated Reviews. Biochemistry. Lippincott Williams& Wilkins. 5th edition.2011.
83. Manjula GB, Premkumar J, Self Efficacy and Self Care Behaviour among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus – A Cross Sectional Survey, *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 2015; 4(12);2047-2051.
84. Masoudi FA, Inzucchi SE. Diabetes Mellitus and Heart Failure: Epidemiology, Mechanisms, and Pharmacotherapy. *The American Journal of Cardiology*. 2007;99(4A):113-132.

85. Wang DD, Hu FB. Dietary Fat and Risk of Cardiovascular Disease: Recent Controversies and Advances. *Annu Rev Nutr.*2017;37:423-446. doi: 10.1146/annurev-nutr-071816-064614.
86. Durak, M., & Durak, E. Ş. Tip-II diyabetli hastalarda travma sonrası büyüme üzerinde baş etme stilleri ve kaçınma arasındaki ilişki. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2019;11, 165-175.
87. Soysal, G. E., & Yılmaz, A. A. Diyabetli Hastanın Perioperatif Yönetimi. *Sağlık & Bilim 2022: Hemşirelik-III*, 2022: 141.
88. Gözüm, S., Aksayan, S. “Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003: 5(1):3-14.
89. Özdamar, K. Paket Programlar ile İstatistik Veri Analizi, 4. Baskı, Eskişehir, Kaan Kitapevi, 2002:661-673.
90. Tavşanel, E. Tutumların Ölçülmesi ile Veri Analizi, Ankara, Atlas Yayınevi. 2002:224.

EK-I

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli bireyler, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrin Kliniği ve Polikliniğinde yapılmak üzere “Diyabetli Bireylerin Öz-Yönetim Algısına Göre Kendini Düzenleme Davranışlarının İncelenmesi” başlıklı bir çalışma planlanmıştır.

Araştırmaya katılım gönüllülük ilkesi doğrultusunda olup, istediğiniz zaman araştırmadan hiçbir gerekçe göstermeden ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılırsanız sizden Sosyo-Demografik Bilgi Formu (EK-I), Diyabette Öz-Yönetim Algı Skalası (DÖYAS) (EK-II) ve Kendini Düzenleme Ölçeği (KDÖ-Kısa Versiyon) (EK-III) formlarını doldurmanız istenecektir. Araştırmaya katılım için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ücret ödenmeyecektir. Araştırma sürecinde size farklı herhangi bir müdahalede bulunulmayacak, tedaviniz ve bakımınız aksamayacaktır. Bu araştırma süresince kimliğinizle ilgili kayıtlar kesinlikle gizli tutulacaktır ve hiçbir rapor/yayında sizin adınız geçmeyecektir. Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir.

Yukarıdaki metni okudum. Araştırmayla ilgili bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Araştırmaya kendi rızamla ve hiçbir zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireyin Adı-Soyadı (isteğe bağlı):

Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireyin İmzası:

Araştırmacının Adı-Soyadı: Simge ÖNAL DUGAN

Danışman: Prof. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL

EK-II

ANKET FORMU

Bu anket formu İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yürütülmekte olan **“Diyabetli Bireylerin Öz-Yönetim Algısına Göre Kendini Düzenleme Davranışlarının İncelenmesi”** başlıklı yüksek lisans tez çalışması için yapılmaktadır. Sizlerden edinilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katkılarınız bizim için önemlidir. Şimdiden değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

- Bu anket gönüllülük esasına dayanılarak doldurulacaktır.

Prof. Dr. ELİF ÜNSAL AVDAL
DUGAN

SİMGE

ÖNAL

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi S.B.F
İZMİR

Diyabet Hemşireliği A.B.D (Tez Danışmanı)
Bölümü

Diyabet Hemşireliği

1- Lütfen size uygun cevabı işaretleyiniz.

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU						
1	Cinsiyetiniz	Erkek ()	Kadın ()			
2	Yaşınız	18-24 ()	25-31 ()	32-38 ()	39-45 ()	46 ve Üstü ()
3	Eğitim Durumunuz	Lise ()	Yükseköğül ()	Fakülte ()	Yük. Lisans ()	Doktora ()
4	Medeni hal	() Bekar	() Evli	() Dul		
5	Kilo	45 ve altı ()	46-55 ()	56-70 ()	70 ve üzeri ()	

6	Boy	150 cm ve altı ()	151-169 cm ()	170-189 cm ()	190 cm ve üzeri ()	
7	Beden kitle indeksi (BKİ)	<18 kg/m ² ()	18-21 kg/m ² ()	22-24 kg/m ² ()	>24 kg/m ² ()	
8	Sigara kullanıyor musunuz?	Evet ()		Hayır ()		
9	Sigara içme sıklığınız nedir? (Bir önceki soruya yanıtınız "Evet" ise cevaplayınız.)	6 aydan az ()	6 ay- 1yıl ()	1 yıl-3 yıl ()	3 yıl ve üzeri ()	
10	Alkol kullanıyor musunuz?	Evet ()		Hayır ()		
11	Alkol kullanma sıklığınız nedir? (Bir önceki soruya cevabınız evet ise cevaplayınız.)	Her gün ()	Haftada bir ()	Ayda bir ()	Yılda bir ()	
12	Diyabet tipiniz nedir?	Tip I Diyabet ()	Tip II Diyabet ()	Gestasyonel Diyabet ()		Diğer ()
13	Yakınlarınızda diyabetli birey/bireyler var mıdır?	Evet ()		Hayır ()		
14	Diyabet tanısı almış yakınlarınız kim/kimlerdir?	Anne-Baba ()	Kardeş ()	Amca-Hala ()	Dayı-Teyze ()	Diğer ()

DİYABETLE İLGİLİ BİLGİ FORMU			
5	Diyabetle tedavi şekliniz nasıldır? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)	<input type="checkbox"/> Dengeli Beslenme <input type="checkbox"/> Egzersiz <input type="checkbox"/> Oral Antidiyabetikler (Haplar) <input type="checkbox"/> İnsülin <input type="checkbox"/> Cerrahi İşlem <input type="checkbox"/> Diğer	
6	Diyabete yönelik tedavinizi düzenli uyguluyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
7	Diyabet dışında başka bir kronik hastalığınız var mıdır?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
18	Diyabet dışındaki kronik hastalığınız nedir? (Bir önceki soruya cevabınız "Evet" ise cevaplayınız.) (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Kalp Yetmezliği <input type="checkbox"/> Kronik Böbrek Yetmezliği <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)	
19	Daha önce diyabete bağlı herhangi bir komplikasyon ile karşılaştınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
20	Diyabetle ilgili karşılaştığınız komplikasyon/komplikasyonlar nelerdir? Bir önceki soruya yanıtınız "Evet" ise cevaplayınız.) (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)	<input type="checkbox"/> Hipoglisemi <input type="checkbox"/> Hiperglisemi <input type="checkbox"/> Diyabetik Ketoasidoz <input type="checkbox"/> Hiperosmolar Hiperglisemik Durum <input type="checkbox"/> Ateroskleroz <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> İskemik Kalp Hastalığı <input type="checkbox"/> Serebrovasküler Atak <input type="checkbox"/> Diyabetik Ayak <input type="checkbox"/> Nefropati <input type="checkbox"/> Nöropati <input type="checkbox"/> Retinopati <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)	

21	Son bir yıl içerisinde diyabet ya da komplikasyonları nedeniyle hastaneye yatma durumunuz nedir?	<input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> 1 kez <input type="checkbox"/> 2 kez <input type="checkbox"/> 3 kez <input type="checkbox"/> 4 ve daha fazla			
22	Daha önce diyabet ile ilgili eğitim aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet		<input type="checkbox"/> Hayır	
23	Diyabet ile ilgili eğitimi nereden/nerelerden edindiniz? (Bir önceki soruya yanıtınız "Evet" ise cevaplayınız).	<input type="checkbox"/> Sağlık çalışanları (Doktor, hemşire,...) <input type="checkbox"/> Sosyal medya (İnstagram, facebook, whatsapp...) <input type="checkbox"/> Gazete veya dergi <input type="checkbox"/> Televizyon <input type="checkbox"/> Radyo <input type="checkbox"/> Sosyal çevre (Aile, akraba, arkadaş...)			
24	Sağlığınızı genel olarak nasıl tanımlarsınız?	Çok İyi <input type="checkbox"/>	İyi <input type="checkbox"/>	Orta <input type="checkbox"/>	Kötü <input type="checkbox"/>

EK-III**DİYABETTE ÖZ-YÖNETİM ALGISI SKALASI (DÖYAS)****2- Lütfen kendinize en yakın şıkkı seçiniz.**

SORU NO		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Hastalığım sırasında ortaya çıkan sorunlara çözüm bulmak benim için zordur.	()	()	()	()	()
2	Hastalığım sırasında değiştirmem gerekenleri değiştirmenin gerekliliğine inanmıyorum.	()	()	()	()	()
3	Hastalığıma uyum göstererek kendimi idare ediyorum.	()	()	()	()	()
4	Diğer birçok insan gibi hastalığımla ilgili şeyleri idare edebiliyorum.	()	()	()	()	()
5	Hastalığımla idare etmek için aldığım sorumlulukları başarıyorum.	()	()	()	()	()

6	Hastalığımı idare etme konusundaki planlarım genellikle başarılı değildir.	()	()	()	()	()
7	Ne kadar uğraşsam da hastalığımı istediğim gibi idare edemiyorum	()	()	()	()	()
8	Hastalığımı idare etmekle ilgili hedeflerimi genellikle başarabiliyorum	()	()	()	()	()

EK-VI

KENDİNİ DÜZENLEME ÖLÇEĞİ (KDÖ)

Bu anket, günlük davranışlarla ilgili 25 anlatımı kapsar. Her bir anlatımdan sonra, şunu söyleyin; bu anket duygularınız ve düşüncelerinizi detaylarıyla ne derece anlatabiliyor.

Anketi cevaplarken sizin davranışınızın derecesini en iyi tanımlayan rakamı ifadelerin yanında bulunan kutulardan bir tanesini işaretleyiniz

3-Lütfen kendinize en yakın rakamı seçiniz.

1. *Kendim bir talepte bulunmaktan daha çok diğerlerine uymayı tercih ederim.*

1=Hayır	2	3	4	5	6=Evet

2. *Ben zamanla bana iyi gelmeyen davranış ve reaksiyonlara karşı tarzımı değiştiririm.*

1=Hayır	2	3	4	5	6=Evet

3. *Kendimi mutsuz ve memnuniyetsiz hissettiğim zaman, buna teslim olmam.*

Bu duygusal durumun üstesinden gelmeye çalışırım.

1=Hayır	2	3	4	5	6=Evet

4. *Uzun vadede olumlu sonuçlara ulaşabilmek için çalışırım.*

1=Hayır	2	3	4	5	6=Evet

5. *Uzun süreli iyilik halini başarmak için yaşamımın çeşitli alanları üzerinde*

(çalışmak, yemek, egzersiz ve kişiler arası ilişkiler gibi...) daima çalışırım.

1=Hayır	2	3	4	5	6=Evet

6. *Davranışlarım yoluyla kesintisiz iyi hissetmek için idare ederim.*

1=Hayır	2	3	4	5	6=Evet

7. Faaliyetlerim sonucunda çok hoş bir memnuniyet aşamasına ulaşmayı sıklıkla başarırım.

1=Hayır	2	3	4	5	6=Evet

8. Kişiler beni kızdırınca ya da sinirlendirince, ben de sinirli karşılık verebilirim.

1=Hayır	2	3	4	5	6=Evet

9. Bazı kişiler sebepsiz yere bana saldırdığında tepkim değişik olabilir.

1=Hayır	2	3	4	5	6=Evet

10. En sonunda ben başarılı bir savunma yapabilir.

1=Hayır	2	3	4	5	6=Evet

11. Kendim ya da diğer kişiler için iyi sonuçlar doğuracak davranış yollarının daima arayışı içindeyimdir.

1=Hayır	2	3	4	5	6=Evet

12. Davranışlarımı sonuçlarına göre ayarlarım. Olumsuz sonuçlara yol açan davranışlarımı terk eder, olumlu sonuçlara yol açan davranışlarımı sürdürürüm.

1=Hemen hemen hiç	2	3	4	5	6=Daima

13. Daima kendi hayatımı yaşıyorum.

1=Hemen hemen hiç	2	3	4	5	6=Daima

14. Kişisel problemlerim olduğu zaman, kendime ve diğer kişilere bu durumumu açıklarım.

1=Hemen hemen hiç	2	3	4	5	6=Daima

15. Davranışlarım süresince sıklıkla duygusal vızıltı yaşarım.

1=Hemen hemen hiç	2	3	4	5	6=Daima

16. *İçsel baskılanma olmaksızın duygusal ihtiyaçlarımı ifade ve tatmin edebilirim.*

1=Hemen hemen hiç	2	3	4	5	6=Daima

17. *Önemli duygularımı ve diğer insanlara karşı ihtiyaçlarımı dışavurmada daima zorlanmışımdır.*

1=Evet	2	3	4	5	6=Hayır

18. *Rahatsızlık verici bazı durumlar kişisel gelişimimi zorlaştırabilir.*

1=Evet	2	3	4	5	6=Hayır

19. *Bazı durumlar daima benim mutsuzluğumun en önemli nedenlerinden olabilirler.*

1=Evet	2	3	4	5	6=Hayır

20. *Zararlı bulduğum durumlara karşı yıllardır itirazda bulundum. Fakat onları değiştiremedim.*

1=Evet	2	3	4	5	6=Hayır

21. *Zor çevre koşulları ya da saldırgan kişiler karşısında kendimi aciz hissederim. Çünkü durumu değiştirmek için hiçbir şey yapamam.*

1=Evet	2	3	4	5	6=Hayır

22. *Değiştiremediğim bazı durumlar nedeniyle, oluşan sürekli gerginlik ve sıkıntılarımın nedenleri hakkında hiçbir şey yapamıyorum.*

1=Evet	2	3	4	5	6=Hayır

23. *Genelde gelecekteki yaşamım; En önemli duygusal arzu ve ihtiyaçlarımın memnuniyet ve ifadesi genellikle;...*

1=Çok zayıf	2	3	4	5	6=Çok güçlü

24. *Bir problemim olduğunda tereddüt etmeksizin diğer kişilerden yardım isterim.*

1=Gerçek değil	2	3	4	5	6=Kesinlikle

25. *Çok nadir olarak can sıkıcı, monoton ve heyecansız şeyler yaşarım.*

1=Nadiren	2	3	4	5	6=Sıklıkla

Cevaplarınız için teşekkür ederiz.

EK-V. ÖLÇEK İZİNLERİ

DÖYAS ÖLÇEK İZİNİ



Simge ÖNAL DUGAN <simgeonal45@gmail.com>

Tez için ölçek izni

5 ileti

Simge Onal <simgeonal45@gmail.com>

14 Ocak 2020 22:55

Alici: ayferbayindir@hotmail.com.tr

Merhabalar ben Simge ÖNAL. İzmir Katip Çelebi Üniversitesinde Diyabet Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Tez dönemine geçiyorum bu dönem. Danışman hocam Elif Ünsal Avdal birlikte sizinde izniniz olursa tezimde "Diyabet Öz Yönetim Algı Skalası (DÖYAS)" adlı ölçeğinizi kullanmak istiyorum. Saygılarımla...

ayfer bayindir <ayferbayindir@hotmail.com.tr>

15 Ocak 2020 13:06

Alici: Simge Onal <simgeonal45@gmail.com>

Sayın Önal,
Tezinizde Diyabet Öz Yönetim Algı Skalası (DÖYAS) kullanmanızdan mutluluk duyarım. Ölçek kullanımı ile ilgili bilgileri tez çalışmamda bulabileceğiniz gibi, soru ve önerilerinizi rahatlıkla benimle paylaşabilirsiniz.
Çalışmanızda başarılar diliyorum.

Doç. Dr. Ayfer Bayındır Çevik
Bartın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Gönderen: Simge Onal <simgeonal45@gmail.com>

Gönderildi: 14 Ocak 2020 Salı 23:55

Kime: ayferbayindir@hotmail.com.tr <ayferbayindir@hotmail.com.tr>

Konu: Tez için ölçek izni

[Alıntılanan metin gizlendi]

EK-VI

KDÖ ÖLÇEK İZİNİ



Simge ÖNAL DUGAN <simgeonal45@gmail.com>

Tez için ölçek izni

5 ileti

Simge Onal <simgeonal45@gmail.com>
Alıcı: halukalan@gmail.com

11 Şubat 2020 21:19

Merhabalar ben Simge ÖNAL, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Danışman hocam Elif Ünsal Aydın ile birlikte tezimde "Kendini Düzenleme Ölçeği" adlı ölçeğinizi kullanmak istiyorum sizin de izniniz olursa? Saygılarımla...

Dr. Haluk Alan <halukalan@gmail.com>
Alıcı: Simge Onal <simgeonal45@gmail.com>

11 Şubat 2020 21:25

Merhaba Simge;
Kaynakça kullanım kuralları çerçevesinde kullanabilirsiniz.
Çalışmanız hakkında beni de bilgilendirirseniz memnun kalırım.
Kolay gelsin, iyi çalışmalar ve başarılar dilerim.



Dr. Haluk ALAN
Klinik Psikoloji Uzmanı & Psikoterapist
0505 575 9872 DENİZLİ
www.drhalukalan.com
Hipnotik Yeniden İşleme Terapisi- www.hytr.com
Zihinsel Yeniden İşleme Terapisi- www.zyt.com.tr

Simge Onal <simgeonal45@gmail.com>, 11 Şub 2020 Sal, 22:19 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

EK-VII

ETİK KURUL İZİNİ

0327

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Fatih Esat TOPAL BAŞKAN	Acil Tıp	İKÇU Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mustafa KARACA Başkan Yardımcısı	Kardiyoloji	İKÇU Atatürk EAH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. KATILMADI
Prof. Dr. Yasemin TOKEM / Üye	İç Hastalıkları Hemşireliği	İKÇU Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nihat LÂÇİN	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	İKÇU Hekimliği Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. KATILMADI
Doç. Dr. Aslı Baysal / Üye	Ortodonti	İKÇU Hekimliği Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ashhan ABBASOĞLU / Üye	Çocuk Sağlığı ve Hast. Yeni Doğan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yılmaz ÖZKUL/Üye	KBB	İKÇU Atatürk EAH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Süreyya Gül YURTSEVER / Üye	Enfeksiyon-Mikro biyoloji	İKÇU Atatürk EAH	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. KATILMADI
Dr. Öğr. Üyesi Gülay OYUR ÇELİK	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	İKÇU Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Zehra Betül PAKÖZ	Gastroenteroloji	İKÇU Atatürk EAH	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. D. Barış KILIÇÇIOĞLU / Raportör	Adli Tıp	Sağlık Bakanlığı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Mehmet ERTAN / Üye	Sağlık Hukuku	Sağlık Bakanlığı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. KATILMADI
Dr. Fatma Ezgi CAN/Üye	Biyostatistik	İKÇU Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

0877

Sayın, Doç. Dr. Elif Ünsal AVDAL

Karar No: 852
Tarih: 23.07.2020

KARAR

“Diyabetli Bireylerin Öz-Yönetim Algısına Göre Kendini Düzenleme Davranışlarının İncelenmesi”, adlı araştırma başvuru dosyanız kurulumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Fatih Esat TOPAL
Kurul Başkanı

Prof. Dr. Yasin TOKEM
Üye

T. KATILMADI
Doç. Dr. Nihat LÂÇİN
Üye

T. KATILMADI
Prof. Dr. Mustafa KARACA
Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. Aylı BAYSAL
Üye

Doç. Dr. Aslıhan ABBASOĞLU
Üye

Doç. Dr. Yılmaz ÖZKUL
Üye

T. KATILMADI
Doç. Dr. Süreyya Gül YURTSEVER
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Gülşay OYUR ÇELİK
Üye

Uzm. Dr. Zehra Betül PAKÖZ
Üye

Uzm. Dr. D. Barış KILICIOĞLU
Raportör

T. KATILMADI
Dr. Mehmet ERTAN
Üye

Dr. Fatma Ezgi CAN
Üye

KARŞI OY:

0327

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ UNIVERSITY
Non-Interventional Clinical Studies
Institutionel Review Board

To : Elif Ünsal AVDAL, PhD
From : Doç. Fatih Esat TOPAL, MD
Date : 23.07.2020
IRB # : 852

Study Title: "Investigation of Self-Regulation Behaviors of Individuals with Diabetes According to Self-Management Perception" At its board meeting 23.07.2020 your submission for the above referenced research study has received review and approval from İzmir Kâtip Celebi Non-Interventional Clinical Studies Institutional Review Board.

Doç. Dr. Fatih Esat TOPAL

ÖZGEÇMİŞ

BİREYSEL BİLGİLER	
Adı-Soyadı	Simge ÖNAL DUGAN
Uyruğu	T.C.
Medeni Hali	Evli

EĞİTİM BİLGİLERİ				
Üniversite	Fakülte-Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Öğrenim Yılı
Ege Üniversitesi	Hemşirelik Fakültesi	Hemşirelik	Lisans	2014-2018
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Diyabet Hemşireliği	Yüksek Lisans	2019-2023