

DİYABETLİ HASTALARIN BAZI SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE SAĞLIK İNANÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEFS AND SOME OF THE SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE PATIENTS WITH DIABETES

Uzm.Hem.Zehra AKAR* Doç.Dr.Hatice BEBİŞ* Öğr.Gör.Dr.Serpil ÖZDEMİR*

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu
Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, diyabetli hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri ile sağlık inançları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak yapılmıştır. Veriler, sosyo-demografik özellikleri içeren hasta bilgi formu ile Diyabetli Hastalarda Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Araştırma, 1 Ocak - 30 Nisan 2012 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Diyabet Polikliniğinde ayaktan tedavi alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla (n=180) yürütülmüştür. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları, Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki farklılığın araştırılmasında, normal dağılıma uymayan değerler için Mann-Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Araştırmada sürekli değişkenler ile ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 56.68 ± 14.03 olup, %50'si kadın, %72.8'i evli, %48.9'u sekiz yıl ve altında eğitime sahiptir. Hastaların ortalama diyabet tanı süreleri 10.93 ± 7.86 yıl ve %56.7'si insülin kullanmaktadır. Araştırmada yer alan katılımcıların %28.9'unun tedaviye uyumunun kötü olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada diyabet hastalarının; Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanan yer, insülin kullanma durumu, algılanan ekonomik durum ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Ayrıca orta yaş ve üzerinde olanların, kadınların, evlilerin, şehir merkezinde yaşayanların, yüksek eğitim durumunun, iyi ekonomik durumun ve insülin kullanmayan katılımcıların diyabet tedavisine uyumlarının daha yüksek olduğu, hastalıklarını daha ciddi olarak algıladıkları, önerilen aktiviteleri daha yararlı buldukları, tedavi ve bakım uygulamalarında engel algılarının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Sonuç: Diyabet hastalığının tedavisinde, bakıma uyumun sağlanmasında ve komplikasyonların önlenmesinde, hastaların sağlık inançlarını belirlemek ve uygun eğitim programlarını uygulamak etkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, kronik hastalık, sağlık inanç modeli, hemşirelik.

ABSTRACT

Objective: *The aim of this study was to identify the relationship between the socio-demographical properties and health beliefs of the patients with diabetes mellitus.*

Methods: *This research was performed as a descriptive study. Data was obtained by using the Health Belief Model Scale and patient information form containing the socio-demographical properties in the patients with diabetes mellitus. The study was conducted between January 1 and April 30, 2012. Participants were the outpatients who accepted to participate in the research in Diabetes Polyclinic Gulhane Military Medical Academy. In the statistical analysis, One Sample Kolmogorov Smirnov test was used for compatible data in the normal range. Relationship between dependent and independent variables was compared with Mann-Whitney U Test and Kruskal Wallis Test for incompatible data in the normal range. In order to identify the relationship between scale scores and the nominal variables, spearman correlation analysis was used.*

Results: *The mean ages of the participants are 56.68 ± 14.03 , 50.0% of them are female, 72.8% of them are married and 48.9% of them have the education of 8 years and under this level. It has been determined that the mean diabetes diagnosis durations of the patients were 10.93 ± 7.86 , and 56.7% of them were used insulin, and 28.9% of them had a bad adaptation for the treatment. In the study it was determined that there were statically significant differences between the Health Belief Model Scale and subscales of the individuals with diabetes mellitus and the gender, marital status, living downtown, the usage of insulin treatment, the perception of socioeconomically status and the level of education ($p < 0.05$). In addition, it has been determined that those patients who were middle aged and over, females, married, living in the city center, having high education levels, high economic status and use insulin therapy have high adaptation levels for the treatment, perceive their illness seriously and find the recommendations beneficial and obscure perceptions is at the low level in the applications*

Conclusion: *It may be effective to determine patients' health beliefs and to apply appropriate training programs for the treatment and adaptations of diabetes care and prevention of long-term complications.*

Key Words: *Diabetes, chronic disease, health belief model, nursing.*

GİRİŞ

Diyabet, her yaş grubunda ortaya çıkabilen, multidisipliner sağlık yaklaşımı gerektiren, tedavi maliyeti yüksek olan ve ciddi komplikasyonları nedeniyle toplumu etkileyen önemli bir kronik hastalıktır (Bırol 2005, Çitil ve ark. 2010, Dörtbudak ve ark. 2010, IFD 2011, Mohebi 2013). Günümüzde diyabet hastalığının profilinin hızla değişmekte olduğu bildirilmektedir (WHO 2013, IDF 2011, TURDEP III). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; 2000 yılında dünyada 171 milyon diyabetli birey bulunurken, 2030 yılında bu rakamın 366 milyon olacağı öngörülmektedir (WHO 2013). Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation -IDF) 2011 yılında dünya çapında 366 milyon kişinin diyabet hastası olduğunu ve 280 milyon kişinin ise diyabet açısından yüksek risk altında bulunduğunu bildirmektedir. Bununla birlikte, IDF 2030 yılında diyabet hastası sayısının 552 milyona ulaşacağını tahmin

etmektedir. Özellikle kişi başına düşen milli gelirin düşük olduğu ülkelerde diyabet hastalığı görülme sıklığındaki değişim dikkat çekicidir. Her dört diyabet hastasından üçünün, düşük ve orta gelire sahip ülkelerde yaşadıkları belirtilmektedir (IDF 2011). IDF'nin Türkiye projeksiyonuna göre 2030 yılında, diyabet hastalığı görülme olasılığının %9.7'e ulaşacağı varsayılmaktaydı. Ancak ülkemizde 2011 yılında yapılan "Türkiye Ulusal Diyabet Epidemiyolojisi Projesi" verilerine göre, diyabet görülme sıklığının son 12 yılda %90 oranında arttığı ve %7.7'den, %13.7'ye yükseldiği bildirilmiştir (TURDEP-II).

Diyabet; nöropati, nefropati, retinopati gibi mikrovasküler komplikasyonları nedeniyle morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Aynı zamanda iskemik kalp hastalığı, inme, periferik damar hastalığı gibi makrovasküler komplikasyonları nedeniyle de yüksek mortalite oranlarına sahip bir hastalıktır (Biol 2005, Dörtbudak ve ark. 2010, Porsuk 2012). Diyabet hastalığının yönetiminde; sürekli tıbbi tedavinin yanı sıra, akut komplikasyonlardan korunma, kronik komplikasyonların önlenmesi ve sağlık risklerinin azaltılması için bireysel farkındalığının artırılması oldukça önem taşımaktadır. Bireysel farkındalığın artırılmasında, bireyin hastalığı konusunda bilgi ve beceri yönünden eğitimi büyük rol oynamaktadır (Biol 2005, Porsuk 2012). Çünkü diyabet hastalarının sürekli ve düzenli bir şekilde takip etmek zorunda oldukları kompleks bir diyet, egzersiz ve ilaç yönetimi vardır (Biol 2005, Mohebi 2013). Bu durum hastanın yaşam tarzında ve sağlık davranışlarında pek çok zorunlu değişimi beraberinde getirmektedir. Hastanın diyabet hastalığı ile ilgili bilgisi, davranış değişimini gerçekleştirmek için gerekli olmasına rağmen, tek başına hastalık bilgisi istenen davranış değişikliğini yaratamamaktadır (Sharifirad ve ark. 2005, Özkan ve Durna 2006, Düzöz ve ark. 2009, Hamuleh ve ark. 2010, Mohebi 2013). Yapılan çalışmalarda yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, öğrenim düzeyi, diyabetin süresi ve sağlık inancı gibi değişkenlerin önerilen yaşam tarzı değişiklikleri üzerinde etkisi olduğu ve (Quackenbush ve ark. 1996, Gökdoğan ve Akıncı 2001, Brown ve ark 2007, Düzöz ve ark. 2009, Mohebi 2013) hastalığın ciddiyetini algılamayı, tedavi ve önerileri kabullenmeyi etkileyebileceği rapor edilmiştir (Detrich 1996, Mitikulene ve Smith 1996, Brown ve ark. 2007, Hamuleh ve ark. 2010). Gafvels ve arkadaşları (1993) genç diyabet hastaların hastalıklarına yönelik daha pozitif tutum geliştirdiklerini bildirirken, Gökdoğan ve Akıncı (2001) çalışmalarına katılan genç hastaların diyabeti daha az ciddi olarak algıladıklarını belirtmiştir. Literatürde kadın hastaların, erkeklere göre diyabet hastalığına daha olumlu bir yaklaşıma sahip oldukları, diyabeti daha ciddi bir hastalık olarak gördükleri ve önerilenleri yararlı buldukları, tedavi ve bakım uygulamalarını daha iyi bir şekilde yerine getirdiklerine yer verilirken her iki cinsiyet arasında belirtilen yönlerden fark olmadığını bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır (Gafvels ve ark. 1993, Fitzgerald 1995, Coates ve Boore 1996, Gökdoğan ve Akıncı 2001, Kır 2003). Literatürde diyabetli hastanın bakımına aile fertlerinin yardımcı olabileceği, bunun sonucunda daha az komplikasyon gelişeceği belirtilirken hastaların ailesi/eşi ile birlikte yaşama durumunun hastalıkta önerilen aktiviteleri yapma ve hastalığı ciddiye alma gibi sağlık inançları açısından farklı sonuçlara yer verilmektedir (Mitikulene ve Smith 1996, Detrich 1996, Kitiş 2002, Kır 2003).

Yapılan çalışmalarda, davranış değişikliği ile bireyin sağlık inancı arasında bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Daniel ve Messer 2002, Kartal ve Özsoy 2007, Mohebi 2013). Son yıllarda, bireylerin mevcut hastalıkları ya da gelecekte sahip olabilecekleri hastalıkları ile ilgili algıları, inançları, tutumları ile davranışları arasındaki ilişkinin önemi üzerinde durulmaktadır (Champion 1985, Harvey ve Lawson 2009, Michail 1994, Gagliardino ve ark. 2001, Kartal ve Özsoy 2007). Diyabetli bireylerin hastalık yönetimine yönelik algıladıkları engeller en aza indirilirse ve bu bireyler hastalıklarını önemseyip ciddiye alırsa, hastalıkları ile ilgili bilgi ve uygulamalara daha etkin katılacak, hastalıkla mücadelede motivasyonu ve öz etkililikleri yüksek olacaktır (Gökdoğan ve Akıncı 2001, Daniel ve Messer 2002, Tan 2004, Wu ve ark. 2007, Kartal ve Özsoy 2007, Sevinç ve ark. 2012). Bu nedenle, bireyin hastalığı ile ilgili sağlık inancı, sağlık eğitiminde, hastalığın izlem ve tedavisinde dikkate alınması gereken önemli bir unsurdur. Özellikle birinci basamak ve ikinci basamakta diyabetli hastalar ile çalışan hemşirelerin, bakımı etkili bir şekilde planlayabilmeleri, uygulayabilmeleri ve sonuçları değerlendirebilmeleri için bireyin diyabet hastalığı ve yönetimi ile ilişkili faktörleri bilmeleri oldukça önemlidir.

Bu çalışma, bir eğitim ve araştırma hastanesinin diyabet polikliniğinde ayaktan tedavi gören diyabet hastalarının bazı sosyo-demografik özellikleri ile sağlık inançları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma sorusu

SİMÖ ile diyabet hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma, eğitim ve gelir durumu, yaşamın büyük bölümünü geçirilen yerleşim birimi, ailede diyabet hastalığı bulunma durumu, tedaviye uyum, tedavi şekli arasında bir ilişki var mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi ve yeri: Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyabet Polikliniğinde, 1 Ocak - 30 Nisan 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Evren ve örneklem: Araştırmanın evrenini, araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında diyabet polikliniğine ayaktan tedavi için gelen diyabetli hastaların tümü oluşturmuştur. Araştırmanın yürütüldüğü polikliniğe haftada ortalama 25-30 hasta kabulü yapılmakta olmakla birlikte bu hastaların içinde tekrarlı gelen hastalar da bulunmaktadır. Bu hastalarla birlikte araştırmanın evrenini yaklaşık 470 hasta oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan, en az iki yıl önce diyabet teşhisi almış, 18 yaş ve üzerindeki 180 diyabet hastası gelişigüzel (Hap Hazard) örnekleme ile seçilmiştir (Esin ve ark., 2014).

Veri toplama araçları: Araştırma verileri, iki ayrı form kullanılarak toplanmıştır. Birinci form, araştırmacılar tarafından literatür esas alınarak oluşturulan yaş, cinsiyet, ekonomik durum, medeni durum gibi sosyo-demografik özellikler ile diyabet süresi, tedavi şekli, aile üyelerinde diyabet varlığı gibi hastalık öyküsünü içeren 15 sorudan oluşmaktadır (Quackenbush ve ark 1996, Kır 2003, Tan 2004, Özkan ve Durna 2006, Kartal 2007, Harvey 2009). İkinci form ise Diyabetli bireylerin hastalığa ilişkin sağlık inanç ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla 1994 yılında Schwab ve arkadaşları

tarafından geliştirilen, "Diyabetli Hastalarda Sağlık İnanç Ölçeğini (SİMÖ)" içermektedir (Kartal 2007). Tan (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, Çinli diyabet hastalarına SİMÖ uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Tan 2004). Ülkemizde diyabet hastalarında SİMÖ'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Kartal ve Özsoy tarafından gerçekleştirilmiştir (Kartal ve Özsoy 2007).

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİMÖ): SİMÖ, genel olarak bireyin sağlık davranışı olarak neyi yapmasına ya da yapmamasına etkisi olduğu düşünülen inançlarını açığa çıkarmada yararlanılan bir ölçüm aracıdır. SİMÖ, meme muayenesi, hipertansiyonu kontrol altında tutma, serviks kanserinin erken tanısı, pap smear testi yaptırma, tüberkülozdan korunma gibi koruyucu sağlık davranışlarının belirleyicilerini saptamak amacıyla kullanılmaktadır. Ancak, son yıllarda ölçeğin kullanım alanı genişleterek diyabet ve koroner arter hastalıkları gibi hastalık durumlarında bireylerin sağlık davranış unsurlarını açıklamak için kullanılmaktadır. Diyabetli hastaların sağlık inançlarına göre mevcut davranışları ile tedavi sürecine uyumlarını belirlemede kullanılan SİMÖ, 33 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. SİMÖ alt boyutları; duyarlılık (4 madde), ciddiyet (3 madde), yarar (7 madde), engel (9 madde), sağlıklı ilgili önerilen aktiviteler (10 madde) olarak sıralanmaktadır. Ölçek 5'li likert tarzında derecelendirilmektedir ve 1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=tamamen katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin her alt boyutu birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Her bir alt boyuttan alınan toplam puan ortalaması, o alt boyuttaki madde sayısına bölünerek alana ilişkin puan hesaplanmaktadır. Düşük puanlar olumsuz sağlık inançlarını, yüksek puanlar olumlu sağlık inançları göstermektedir (Kartal ve Özsoy 2007).

Veri toplama: Veri toplama formu öncelikle 15 hastada uygulanmıştır. Ön uygulamayı takiben gereksinim duyulan değişiklikler yapılarak soru formuna son şekli verilmiştir. Ön uygulama yapılan hastalar araştırma kapsamının dışında tutulmuştur. Uygulamadan hemen önce katılımcılara araştırmanın konusu, araştırmanın amacı ve araştırmacıların kimliği açıklanmıştır. Sorumlu araştırmacı araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla yüz yüze görüşme tekniği ile soru formunu uygulanmıştır. Görüşmeler, sessiz bir poliklinik odasında gerçekleştirilmiştir. Bir görüşme ortalama 20-25 dakikada gerçekleştirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesi: Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve yüzde (%), ölçümle belirlenen değişkenler için ortalama \pm standart sapma ve en küçük-en büyük değer şeklinde gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları, "Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Testi" ile değerlendirilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki farklılığın araştırılmasında normal dağılıma uymayan değerler için "Mann-Whitney U Testi" ve "Kruskal Wallis Testi" uygulanmıştır. Araştırmada sürekli değişkenler ile ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistik analizlerde %95 güven aralığında, $p \leq 0.05$ anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Etik sorumluluk: Araştırmaya başlamadan önce 31 Ekim 2011 tarihinde yapılan Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul toplantısında, 1491-343-11/1539-260 sayılı "etik onay" ve kurumdan uygulama izni (Eğt.Öğt.: 3730-

2800-11/Mez.Son.(4)(1648)-2616 sayılı yazı ile) alınmıştır. Gizlilik ilkesi kapsamında, katılımcıların kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinin açıklanmayacağı bildirilmiştir. Gönüllülük ilkesine göre araştırmaya katılmaya istekli katılımcılar araştırmaya dahil edilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan diyabetli hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=180)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	90	50
Erkek	90	50
Medeni durum		
Evli	131	72.8
Bekar	27	15.0
Boşanmış/dul	22	12.2
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	18	10
8 yıl ve altında-okur yazar	88	48.9
8 yıldan fazla	74	41.1
Son altı aydaki çalışma durumu		
Çalışıyor	52	28.9
Çalışmıyor	128	71.1
Gelir durumu değerlendirmesi		
Düşük	43	23.9
Orta	121	67.2
Yüksek	16	8.9
Birlikte yaşanan kişiler		
Yalnız yaşıyor	33	18.3
Eşi ile yaşıyor	71	39.4
Eş ve çocukları ile yaşıyor	76	42.2
Hayatını En Uzun Süre Geçirdiği Yer		
İlçe-kasaba-köy	45	25.0
İl merkezi	135	75.0

Bu çalışmada, katılımcıların yaş ortalamaları 56.68 ± 14.03 ve yaş aralığı 21-84 olarak saptanmıştır. Araştırmada yer alan katılımcıların %50’si kadın, %72.8’i evli, %48.9’u sekiz yıl ve altında eğitime sahiptir. Çalışmada yer alan katılımcıların, %71.1’i son altı aydır herhangi bir işte çalışmadığını, %67.2’si orta düzeyde gelire sahip olduğunu, %42.2’si eş ve çocukları ile birlikte yaşadığını, %75’i il merkezinde yaşadığını belirtmiştir (Tablo 1). Katılımcıların tamamının sosyal ve sağlık güvencesi bulunmaktadır. Diyabetli hastalarla yapılan benzer çalışmalarda, hastaların büyük bir

çoğunluğunun 50 yaş ve üzerinde, evli, gelir durumunun orta seviyede, eğitim durumunun sekiz yıl ve altında olduğu belirtilmektedir (Gökdoğan ve Akıncı 2001, Sharifirad ve ark. 2005, Özkan ve Durna 2006, Brown ve ark 2007, Hamuleh ve ark. 2010, Dörtbudak ve ark. 2010, Sevinç ve ark. 2012).

Tablo 2: Katılımcıların diyabet hastalığı öyküsüne göre dağılımları (n=180)

Özellikler	n	%
Anne ve/veya babada diyabet varlığı		
Var	102	56.7
Yok	78	43.3
Uygulanan tedavi şekli *		
Oral antidiyabetik	79	43.9
İnsülin kullanma	102	56.7
Diyet	22	12.2
Şu anki diyabet (şeker) tedavinize uyumunu değerlendirme durumu		
Kötü	52	28.9
Orta	66	36.7
İyi	62	34.4
Hastalık ve tedavi sürecinin çalışma hayatını etkileme durumu**		
Hiç etkilemiyor	31	59.6
Olumlu etkiliyor	2	3.8
Olumsuz etkiliyor	19	36.5

*n katlanmıştır (farklı tedavi şekillerinin aynı anda uygulama: diyet ve oral antidiyabetikleri bir arada kullanma ya da diyet ve insülini bir arada kullanma)

** n= 52

Katılımcıların %56.7'si ailesinde annesi, babası ve kendisinden başka diyabet hastası olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmada yer alan katılımcıların diyabet hastalığı ile yaşadıkları ortalama sürenin 10.93 ± 7.86 yıl olduğu ve bu sürenin en az 2 yıl, en çok 43 yıl olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %56.7'sinin insülin kullandığı, %28.9'unun tedaviye uyumunun kötü olduğu ve %36.5'inin diyabet ve tedavisinin çalışma hayatını olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Tablo 2). Quackenbush ve arkadaşları (1996) yaptıkları bir çalışmada hastaların %57.5'inin, Kır (2003) ise çalışmasında hastalarının %22.1'inin diyabetin tedavisi için insülin kullandığını belirtmiştir. Bu çalışmada katılımcıların insülin kullanma oranının literatüre göre daha yüksek olmasının, çalışmaya dahil edilen katılımcıların sadece diyabet polikliniği tarafından tedavi alan hastaları kapsamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu bulguya paralel olarak Kır'ın (2003) çalışmasında, diyabetli olarak geçirilen ortalama sürenin 6-10 yıl olduğu bildirilmektedir. Özellikle Türk toplumunda son 10 yılda meydana gelen beslenme ve yaşam tarzı özelliklerinden kaynaklanan nedenlerden dolayı diyabet

hastalığı ile daha sık karşılaşmaktadır. Bu nedenle iki çalışma arasında diyabetli geçirilen yıllar açısından benzerlik olduğu varsayılmaktadır(Tablo2).

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Tablo 3. Katılımcıların Diyabet Hastalığı Öyküsüne Göre Dağılımları (n= 180)

MÖ Alt Boyutları	Puan ± SS	Bu çalışmada elde edilen Cronbach α	Kartal'ın çalışmasında elde edilen Cronbach α	Tan'ın çalışmasında elde edilen Cronbach α
Duyarlılık Algısı	3.02±0.72	0.61	0.73	0.73
Ciddiyet Algısı	3.71±0.97	0.81	0.85	0.72
Yarar Algısı	3.71±0.82	0.91	0.86	0.80
Sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler	2.46±0.85	0.92	0.83	0.87
Engel Algısı	3.88±0.83	0.90	0.76	0.52
SİMÖ Toplam	3.34±0.43	0.83	0.89	0.72

Bu çalışmada, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİMÖ), Cronbach α değeri 0.83 olarak hesaplanmıştır. En yüksek değer, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutunda (Cronbach $\alpha= 0.92$), en düşük değeri ise duyarlılık algısı alt boyutunda (Cronbach $\alpha=0.61$) elde edilmiştir. SİMÖ alt boyutlarından elde edilen puan ortalamalarına ait bulgular Tablo 3'te sunulmaktadır. Kartal ve Özsoy'un (2007) yapmış oldukları diyabetli hastaların (SİMÖ) geçerlik güvenilirlik çalışmalarında Cronbach α toplam ölçek değeri 0.89 olarak rapor edilmiştir. Tan'ın (2004) Çin'de yaptığı bir çalışmada ölçek toplam Cronbach α 0.72 olarak bildirilmektedir. Bu çalışmada elde edilen Cronbach α değeri Kartal ve Özsoy'un (2007) bildirdiği değere paralel olarak 0.80'nin üzerinde bulunmuştur. Bu bulgu, ölçeğin çalışma grubunda geçerli ve güvenilir olarak kullanılabileceğine yorumlanmaktadır. Tan'ın (2004) Çin toplumu için yaptığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında bildirilen Cronbach α değeri ile bu çalışmadan elde edilen değer arasındaki farkın iki toplum arasındaki sağlık ve sağlığı algılama biçimindeki farklılıktan kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir.

Diyabet Hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile SİMÖ arasındaki ilişki

Katılımcıların yaşları ile SİMÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; engel algısı alt boyutu ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki olduğu saptanırken ($r=-0.152$; $p=0.04$), ciddiyet algısı ile pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0.157$; $p=0.03$). Duyarlılık ve yarar algısı ile sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutlarında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmada, katılımcıların yaşları ilerledikçe diyabet hastalığına ve tedaviye uyumda algılanan engellerin azaldığı ve hastalığın daha ciddi olarak algılandığı belirlenmiştir. Bu bulguya paralel olarak Gökdoğan ve Akıncı (2001) yaptıkları bir çalışmada, SİMÖ' nün ciddiyet algısı alt boyutu ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmektedir. Diyabet yaşamsal kompli

kasyonlara yol açabilen ilerleyici bir hastalıktır (Quackenbush ve ark. 1996, Gökdoğan ve Akıncı 2001, Hamuleh ve ark. 2010). Yaşın ilerlemesi ile bireyin diyabetli olarak geçirdiği sürenin de uzaması ve hastalığın doğal seyrine bağlı olarak artan komplikasyon riski nedeniyle, ciddiyet algısının yükseldiği şeklinde yorumlanmaktadır. Ayrıca, yaşın ve hastalıkla geçirilen sürenin artması, doğal olarak bireyin hastalığa uyumunu ve hastalığını yönetmesini kolaylaştırarak, mevcut ve olası komplikasyonlarla daha etkili baş edebilmesini mümkün kılacak ve dolayısıyla engel algısının azalmasını sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle diyabet tanısı alan genç hastaların özel bir grup olarak ele alınması gerektiği, yaşlı hastalara göre hastalık ve tedaviye uyumda, engel algılarını gidermede daha fazla sağlık eğitimine gereksinim duydukları değerlendirilmektedir.

Katılımcıların cinsiyetleri ile SİMÖ alt boyutları karşılaştırıldığında; cinsiyet ile ciddiyet algısı ($Z=3.335$; $p=0.001$), yarar algısı ($Z=2.009$; $p=0.045$), sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ($Z=2.293$; $p=0.022$) ve engel algısı ($Z=2.526$; $p=0.012$) alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Kadın katılımcıların, ciddiyet algısı, yarar algısı, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutlarında aldıkları puan ortalamaları, erkek katılımcılardan daha yüksek olduğu, engel algısı alt boyutundaki puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu çalışmaya katılan kadın katılımcıların diyabet hastalığını, erkeklere göre daha ciddi olarak algılayıp, önemsedikleri, hastalıkla ilgili yapılan önerilen aktivitelerin yararlı olacağını düşündüklerini ve uyguladıklarını, hastalığı yönetmede de erkeklere göre daha az engel algıladıkları değerlendirilmektedir. Literatürde bu çalışmada elde edilen bulguya paralel olarak, kadınların diyabet hastalığını erkeklere göre daha ciddi bir hastalık olarak gördükleri ve önerilenleri yararlı bularak daha iyi bir şekilde uyguladıkları bildirilmektedir (Fitzgerald 1995, Coates ve Boore 1996). Çalışmada elde edilen bu bulgunun aksine, Sevinç ve arkadaşlarının çalışması (2012) ile Gökdoğan ve Akıncı'nın (2001) çalışmasında, cinsiyete göre sağlığı ve hastalığı algılama, önerilenleri uygulamada erkekler ve kadınlar arasında fark olmadığı bildirilmiştir. Literatürde erkeklerin riskli davranışları önemsemedikleri ve sağlıklarını ihmal ettikleri, kadınlara göre pek çok hastalığın erkeklerde daha ileri dönemlerde teşhis edildiği, daha fazla komplikasyon geliştiği ve daha erken dönemde öldükleri bilgisine yer verilmektedir (Global Fund 2008, Stanhope ve Lancaster 2012).

Araştırmada yer alan katılımcıların, medeni durumları ile SİMÖ alt boyutları karşılaştırıldıklarında; medeni duruma göre duyarlılık algısı ($Z=3.965$; $p=0.001$), ciddiyet algısı ($Z=2.984$; $p=0.003$), yarar algısı ($Z=3.939$; $p=0.001$), sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ($Z=3.650$; $p=0.001$), engel algısı ($Z=3.429$; $p=0.001$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Evli katılımcıların SİMÖ alt boyut puan ortalamalarının, bekâr ve dul/boşanmış katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Literatürde, aile bireyleriyle birlikte yaşamının, yalnız yaşayan diyabet hastalarına göre daha olumlu bir durum olduğu, diyabetli hastanın bakımına aile fertlerinin yardımcı olabileceği, bunun sonucunda daha az komplikasyon gelişeceği bildirilmektedir.

Tablo 4: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sağlık inançları arasındaki ilişki (n=180)

Özellikler	Duyarlılık Algısı			Ciddiyet Algısı			Yarar Algısı			Sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler			Engel Algısı		
	Ort.±SS	Test	p	Ort.±SS	Test	p	Ort.±SS	Test	p	Ort.±SS	Test	p	Ort.±SS	Test	p
Cinsiyet															
Kadın	3.05±0.70			3.94±0.84	3.335 ¹		3.83±0.80	2.009 ¹		4.02±0.77	2.293 ¹		2.30±0.81	2.526 ¹	
Erkek	3.00±0.74	0.478 ¹	0.633	3.48±1.03		0.001*	3.59±0.82		0.045*	3.75±0.86		0.022*	2.62±0.87		0.012*
Medeni durum															
Evlü	3.15±0.68			3.88±0.81			3.87±0.70			4.04±0.68			2.33±0.80		
Bekâr ve diğeri	2.69±0.73	3.965 ¹	0.001*	3.26±1.20	2.984 ¹	0.003*	3.29±0.94	3.939 ¹	0.001*	3.46±1.03	3.650 ¹	0.001*	2.82±0.89	3.429 ¹	0.001*
Eğitim durumu															
Okuryazar değil	3.03±0.70			3.64±0.96			3.54±0.81			3.74±0.81			2.63±0.82		
8 yıl ve altı	3.02±0.65	0.204 ²	0.903	3.58±0.88	3.402 ²	0.182	3.59±0.59	14.931 ²	0.001*	3.68±0.81	13.094 ²	0.001*	2.63±0.83	10.181 ²	0.006*
8 yıl ve üstü	3.02±0.77			3.84±1.01			3.94±0.84			4.10±0.81			2.23±0.85		
Algılan gelir durumu															
Düşük	2.84±0.74			3.32±1.03			3.30±0.90			3.40±0.98			2.92±0.83		
Orta	3.03±0.65	7.339 ²	0.025*	3.81±0.94	9.996 ²	0.007*	3.77±0.76	24.574 ²	0.001*	3.98±0.73	27.327 ²	0.001*	2.36±0.81	19.488 ²	0.001*
İyi ve üstü	3.50±0.95			4.02±0.75			4.38±0.35			4.49±0.31			1.98±0.80		
Yaşadığı yer															
Köy-kasaba-ilçe	2.79±0.75			3.18±1.09			3.16±0.80			3.31±0.97			2.30±0.72		
İl merkezi	3.10±0.70	2.201 ¹	0.028*	3.89±0.86	3.894 ¹	0.001*	3.90±0.73	5.167 ¹	0.001*	4.08±0.68	5.203 ¹	0.001*	2.28±0.82	4.891 ¹	0.001*
Altele diyabet yükü															
Var	3.05±0.73			3.86±0.91			3.81±0.77			3.97±0.80			2.38±0.82		
Yok	2.99±0.71	639	0.523	3.52±1.01	2.584	0.001*	3.59±0.86	1.536	0.125	3.78±0.86	1.523	0.128	2.57±0.89	1.271	0.204
Tedaviye uyum															
Kötü	3.08±0.69			3.65±0.92			3.43±0.76			3.63±0.66			2.76±0.84		
Orta	2.97±0.71	0.537 ²	0.764	3.58±1.01	3.662 ²	0.160	3.58±0.84	27.813 ²	0.001*	3.80±0.91	22.801 ²	0.001*	2.52±0.80	15.242 ²	0.001*
İyi	3.04±0.76			3.90±0.95			4.09±0.69			4.18±0.78			2.14±0.82		
Tedavi şekli: antidiyabetik															
Kullanıyor	3.02±0.70			3.85±0.84			3.85±0.77			4.00±0.74			2.26±0.80		
Kullanmıyor	3.03±0.75	0.045 ¹	0.964	3.53±1.092	1.696 ¹	0.090	3.54±0.84	2.765 ¹	0.006*	3.72±0.90	2.313 ¹	0.021*	2.70±0.86	3.460 ¹	0.001*
Tedavi şekli: insülin															
Kullanıyor	3.08±0.72			3.62±1.00			3.57±0.82			3.77±0.84			2.65±0.85		
Kullanmıyor	2.950.72	1.246 ¹	0.213	3.83±0.92	1.307 ¹	0.191	3.89±0.78	3.069 ¹	0.002*	4.04±0.78	2.487 ¹	0.013*	2.21±0.79	3.503 ¹	0.001*

¹Mann-Whitney U

²Kruskal Wallis Test

*p<0.05

(Mitikulene ve Smith 1996, Detrich 1996, Kitiş 2002, Mohebi 2013). Bu bilgiye paralel olarak bu çalışmada evli katılımcıların diyabete yönelik inançlarının diğer katılımcılara göre daha olumlu olduğu değerlendirilmektedir. Bu çalışmada elde edilen bulguların aksine, Kır (2003) çalışmasında yalnız yaşayan bireylerin eş ile birlikte yaşayanlara göre hastalıklarını daha ciddi algıladıklarını belirtmiştir. Ayrıca Gökdoğan ve Akıncı (2001) çalışmalarında medeni durum ile sağlık inancı alt boyutları arasında fark olmadığını bildirmektedir. Literatür ile bu çalışma arasındaki mevcut farkların, çalışmaların yapıldığı tarihler arasındaki farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çünkü son 10 yılda ülkemizde diyabet hastalığı sıklığının ciddi derecede değiştiği, diyabetli hasta sayısının beklenenden daha fazla arttığı bildirilmektedir (TURDEP-II). Diyabet sıklığında görülen artışının, doğal bir sonucu olarak diyabet hastasına sahip aile sayısının da artacağı dolayısı ile aile yaşamının da etkilenebileceği ve bu nedenle medeni durum ile SİMÖ arasında ilişki olduğu değerlendirilmektedir.

Katılımcıların, eğitim durumu ile SİMÖ alt boyutları karşılaştırıldığında yarar algısı ($\chi^2=14.931$; $p=0.001$), sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ($\chi^2=13.094$; $p=0.001$), engel algısı ($\chi^2=10.181$; $p=0.006$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Eğitim seviyesi yükseldikçe, yarar algısı ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puan ortalamalarının yükseldiği, engel algısı alt boyut puan ortalamasının ise azaldığı bulunmuştur (Tablo 4). Elde edilen bu bulguların aksine, Gökdoğan ve Akıncı (2001) ile Sevinç ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarında eğitim ile SİMÖ alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı bildirilmektedir. Sağlık İnanç Modelinin kullanıldığı farklı hastalık gruplarındaki çalışmalarda; eğitim ile SİM boyutları arasında anlamlı fark olduğu ve bu çalışmada elde edilen bulguya benzer şekilde eğitim seviyesi yükseldikçe sağlık inancı olumlu yönde etkilendiği rapor edilmektedir (Petro-Nustas and Mikhail 2002, Chalmers 2003, Bebiş ve ark. 2013). Eğitim ve sağlık inancındaki arasındaki paralel ilişki dikkate alındığında, eğitim düzeyi düşük hastalarının diyabet tedavisini yönetmede risk grubu olarak ele alınmaları gerektiği düşünülmektedir. Hemşireler planlanacakları diyabet eğitimlerinde, eğitim düzeyi düşük bireylere öncelik vermeli ve bu bireylerin gereksinimlerine ve öğrenme özelliklerine uygun olarak eğitim programları hazırlamaları ve yürütmeleri gerektiği değerlendirilmektedir.

Bu araştırmada, katılımcıların algıladıkları gelir durumları ile SİMÖ alt boyutları arasında yapılan analiz sonucunda, gelir durumu ile duyarlılık algısı ($\chi^2=7.339$; $p=0.025$), ciddiyet algısı ($\chi^2=9.996$; $p=0.007$), yarar algısı ($\chi^2=24.574$; $p=0.001$), sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ($\chi^2=27.327$; $p=0.001$) ve engel algısı ($\chi^2= 19.488$; $p=0.001$) alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Algılanan gelir durumu yükseldikçe duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puan ortalamasının anlamlı ölçüde arttığı ve engel algısının azaldığı saptanmıştır ($p<0.05$). Sevinç ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise, gelir durumu ile sağlık inancı alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadığı belirtilmiştir. Diyabet hastalığı, tedavisinin uzun ve pahalı olmasının yanı sıra ciddi komplikasyonlara yol açtığı durumlarda bakım maliyetlerini

artırmakta ve hasta bütçesine ek yük getirebilmektedir (Kartal ve Özsoy 2007). Gelir durumdaki artış ile hastalığın tedavisi ve bakım uygulamalarının yönetimi arasında olumlu bir ilişki olduğu ve gelir durumu yükseldikçe, engel olarak algılanan durumların azaldığı düşünülmektedir. Ayrıca, bireyin gelir durumunun artması tıbbi tedavi masraflarını karşılama, diyete göre beslenme, kilo kontrolünü sağlama, spor olanağı elde etme gibi hastalığın yönetimini olumlu yönde etkileyen olanakları beraberinde getirebilmektedir.

Katılımcıların yaşadıkları yer ile SİMÖ alt boyutları karşılaştırıldığında elde edilen bulgulara göre; duyarlılık algısı ($Z=2.201$; $p=0.028$), ciddiyet algısı ($Z=3.894$; $p=0.001$), yarar algısı ($Z=5.167$; $p=0.001$), sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ($Z=5.203$; $p=0.001$), engel algısı ($Z=4.891$; $p=0.001$) alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu elde edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4). İl merkezinde yaşayan hastaların, köy/kasaba/ilçe merkezlerinde yaşayanlara göre sağlık hizmetlerine kolay ulaşabilme gibi sahip oldukları imkânlar sayesinde; diyabet hastalığının ciddiyetini algılama, önerilenleri yaralı bulma ve uygulama oranlarının artılabileceği, hastalığa ve tedaviye uyumda algılanan engelleri anlamlı ölçüde azaltabileceği değerlendirilmektedir.

Bu araştırmada yer alan katılımcıların, ailesinde diyabet hastası bulunma durumu ile SİMÖ alt boyutları karşılaştırıldığında, ailesinde (anne-baba-kardeş) diyabet hastalığı olanların, olmayanlara göre ciddiyet algısı ($Z=2.584$; $p=0.001$) alt boyut puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Bu çalışmada yer alan katılımcılardan ailesinde diyabet hastası olanların, hastalığın tedavi ve bakım süreci ile ilgili geçmiş deneyim ve bilgileri olması nedeniyle hastalığı tanıdıkları, kendi durumlarının farkında oldukları ve hastalıklarına daha ciddi olarak yaklaştıkları değerlendirilmektedir.

Katılımcıların tedaviye uyum durumları ile SİMÖ karşılaştırıldığında, yarar algısı ($\chi^2=27.813$; $p=0.001$), sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ($\chi^2=22.801$; $p=0.001$) ve engel algısı ($\chi^2=15.242$; $p=0.001$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4). Tedaviye uyum arttıkça, ciddiyet algısı ile sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puan ortalamalarının anlamlı ölçüde yükseldiği, engel algısı puan ortalamasının ise azaldığı bulunmuştur ($p<0.05$). Literatürde, diyabetli hastaların tedavi ve hastalığa ait bilgilerinin, inançlarının ve önyargılarının tedaviye uyumu belirleyen önemli unsurlar olduğu bildirilmektedir (Kır 2003). Bu bağlamda, tedaviye uyum ile sağlık inancı arasında bir ilişki olduğu, tedaviye uyumda sorun yaşayan diyabetli hastaların sağlık inançlarının dikkatlice ve derinlemesine irdelenmesi gerektiği değerlendirilmektedir.

Katılımcıların tedavi şekilleri ile SİMÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; oral antidiyabetik ilaç kullananların, kullanmayan katılımcılara göre yarar algısı ($Z=2.765$; $p=0.006$), sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ($Z=2.313$; $p=0.021$) alt boyut puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı derece daha yüksek iken engel algısı ($Z=3.460$; $p=0.001$) alt boyutu puan ortalamasının düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4). İnsülin kullanan katılımcıların ise kullanmayanlara göre, yarar algısı ($Z=3.069$; $p=0.002$) ile sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ($Z=2.487$; $p=0.013$) alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde düşük düzeyde olduğu ve engel

algısı ($Z=3.502$; $p=0.001$) alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Literatürde diyabet tedavisinde izlenen adımlardan ilki “diyet ve egzersiz” programına başlanmasıdır. Eğer hastanın açlık kan şekeri seviyesi normale dönmüyorsa, oral anti diyabetik ve insülin ile tedaviye devam etmek gerektiği bildirilmektedir (Kır 2003, Birol 2005). Bu çalışmada, diyabetli bireylerin tedavi şekilleri ile hastalıklarını etkin olarak yönetmeleri üzerinde belirleyici role sahip sağlık inançları arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Özellikle insülin kullanan hastaların tedavinin fayda sağladığına, önerilen uygulamaların sağlığı üzerinde etkili olduğuna ve diyabetle mücadele edebileceğine yönelik inançlarının negatif olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle insülin kullanan diyabetli hastaların tedavi ve bakım sürecine yönelik sağlık inançları açısından bir risk grubu olarak ele alınmaları gerektiği değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada yer alan katılımcıların, çalışma durumları, birlikte yaşanan kişi, diyabet süresi, diyet ile tedavi şekli ile SİMÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0.005$). Kır'ın (2003) yapmış olduğu çalışmada, diyabetli olma süresi arttıkça sağlık durumunun çok kötüye doğru yol aldığı; fakat genel sağlık durumunu algılamada istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı belirtilmektedir. Sevinç ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada ise diyabetli olarak geçirilen süre uzadıkça, sağlık inançlarında artış görüldüğü bildirilmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, diyabetli bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanan yer, insülin kullanma, algılanan ekonomik durum ve eğitim düzeyi ile sağlık inançları arasında ilişki olduğu ortaya konulmaktadır. Orta yaş ve üzerinde olanların, kadınların, evlilerin, şehir merkezinde yaşayanların, yüksek eğitim durumunun, iyi ekonomik durumun ve insülin kullanmayan katılımcıların diyabet tedavisine uyumlarının daha yüksek olduğu, hastalığı daha ciddi olarak algıladıkları, önerilen aktiviteleri daha yararlı buldukları, uygulamalarında engel algılarının düşük düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Tedaviye/bakıma uyum ve uzun dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesinde hastaların sağlık inançlarının belirlenmesi, planlanacak eğitim programlarında genç hastalara, eğitim düzeyi ve ekonomik düzeyi düşük bireylere öncelik verilmesi,
- Tedavi ve önerileri yararlı bulma ve uygulama arasında pozitif bir ilişki bulunmasından dolayı, hastalara verilecek tedavi ve bakımda önerileri tekrarlayan eğitim faaliyetlerin yürütülmesi önerilmektedir.

Diyabetli hastaların sağlık inançları belirlenerek, SİM'e göre kavramsal çerçevesi oluşturulmuş eğitim programlarının etkinliğini ve hastalarda meydana gelen davranış değişiklikleri inceleyen araştırmalara gereksinim olduğu değerlendirilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılığı

Bu çalışma tek bir merkezde araştırmaya katılmayı kabul eden hasta grubunda ($n=180$) tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak yapıldığı için elde edilen bulgular evrene genellenemez. Poliklinikte bekleme sırasında araştırmaya katılmayı kabul eden

gönüllü hastaların sayısı yeterli olmadığı için gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Ayrıca, Diyabetli Hastalarda SİMÖ kullanılarak yapılan araştırmaların sınırlı olması nedeniyle karşılaştırmalar dar bir çerçevede yapılmıştır.

KAYNAKLAR

- Birol L. Pankreas Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir N, Birol L, Editörler. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Sistem Ofset, Ankara: 2005; 708-725.
- Bebis, Hatice, et al. "Evaluation of Breast Self-Examination (BSE) Application in First and Second Degree Relatives of Patients with Breast Cancer." *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14(8) : 4925-4930.
- Brown SA, Blozis SA, Kouzekanani K, Garcia AA, Winchell M, Hanis CL. Health Beliefs of Mexican Americans with Type 2 Diabetes: The Starr County Border Health Initiative. *The Diabetes Educator* 2007; 33(2): 300-308.
- Champion, VL. Use of the Health Belief Model in Determining Frequency of Breast Self Examination. *Res Nurs Health* 1985; (8): 373-379.
- Coates VE, Boore JR. Knowledge and Diabetes Self-Management. *Patient Education Counseling* 1996; 29(1): 99-108.
- Çıtıl R, Öztürk Y, Günay O. Kayseri İl Merkezinde Bir Sağlık Ocağına Başvuran Diyabetik Hastalarda Metabolik Kontrol Durumu ve Eşlik Eden Faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi* 2010; 32(2): 111-122.
- Daniel M, Messer LC. Perception of Disease Severity and Barriers to Self Care Predict Glycemic Control in Aboriginal Persons With Type 2 Diabetes Mellitus. *Chronic Diseases* 2002; 23 (4): 130-138.
- Dietrich, Uta C. "Factors influencing the attitudes held by women with type II diabetes: A qualitative study." *Patient Education and Counseling* 1996; 29(1): 13-23.
- Dörtbudak Z, Çetin Z, Güven B. Diyabet Hastalarında Sosyo-Demografik Özellikler. Hastalıkla İlgili Bakım Davranışları ve Komplikasyonların Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2010; 7(2): 59-65.
- Düzöz GT, Çatalkaya D, Uysal DD. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, *Yeni Tıp Dergisi* 2009; 26: 210-213.
- Esin N. Örnekleme. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Editörler. *Hemşirelikte Araştırma, Süreç, Uygulama ve Kritik*. İstanbul: Nobel Kitapevi, 2014; 183-184.
- Fitzgerald JT, Anderson RM, Davis WK. Gender Differences in Diabetes Attitudes and Adherence. *Diabetes Education* 1995; 21(6): 523-529.
- Gagliardino JJ, Etchegoyen G, Pednid-La Research Group. A Model Educational Program for People with Tip 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2001; (24): 1001-1007.
- Gafvels C, Lithmel F, Borjeser B. Living with Diabetes: Relationship to Gender, Duration and Complications. A Survey in Northern Sweden. *Diabetes Medicine* 1993; 10(8):760-773.
- Gökdoğan F, Akıncı F. Practices and Perceptions About Their Health and Diseases of Patients with Diabetes Mellitus in Bolu. *Journal of Cumhuriyet University School of Nursing* 2001; 5(1): 10-17.
- Hamuleh MM, Vahed AS, Ar P. Effects of Education Based on Health Belief Model on Dietary Adherence in Diabetic Patients. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders* 2010; 9(1): 1-6.
- Harvey JN, Lawson VL. The Importance of Health Belief Models in Determining Self-Care Behaviour in Diabetes. *Diabet Med* 2009; 26(1): 5-13.
- International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas*. Erişim Tarihi: 15 Ekim 2013, http://www.idf.org/sites/default/files/IDF_Diabetes Atlas 2ndEd.pdf
- Kartal A, Özsoy AS. Validity and Reliability Study of The Turkish Version of Health Belief Model Scale in Diabetic Patients. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(8): 1447-1458.

- Kır E. Diyabetli Hastaların Sağlık İnançlarının Bakımlarına Olan Etkilerin İncelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 2003.
- Kitiş, Y. Diyabetlilerin Evde İzlenmesinin Diyabet Kontrolüne Etkisi. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2004.
- Michail, BL. The Health Belief Model: A Review and Critical Evaluation of The Model. Research and Practice. In: Hinn PL. (Ed.), Developing Substance Mid-range. Theory in Nursing Advanced in Nursing Science Series. An Apsen Publication Maryland, 1994; 72-92.
- Mitikulena A, Smith RB. Wiews of Pasific Island People with Noninsülin Dependent Diabetes: A Wellington Survey. N Z Med J 1996; 103 (59): 467-469.
- Mohebi S, Azadbakht L, Feizi A, Sharifirad G, Kargar M. Structural Role of Perceived Benefits and Barriers to Self- care in Patients with Diabetes. Journal of Education and Health Promotion, 2013; 37 (2): 1-7.
- Özkan S, Durna Z. İnsüline Bağımlı Diyabetli Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006; 22(2): 121-135.
- Peyrot M, Mcmurry JF, Kruger DF. A Biopsychosocial Model of Glycemic Control in Diabetes: Stress, Coping and Regimen Adherence. J Health Soc Behav1999; 40(2):141-158.
- Porsuk AO. Kırklareli İlinde Çalışan Hekimlerin Tip 2 Diyabetin Risk Faktörlerinin Saptanması ve Azaltılmasına Yönelik Hizmet Verdikleri Toplumda Farkındalık ve Davranış Değişikliği Yaratma Açısından Durumları ve Sorunlarının Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
- Quackenbush PA, Sharon A, P. Duchin Brown and Sally. The Influence of Demographic and Treatment Variables on The Health Beliefs of Adults with Diabetes. The Diabetes Educator 1996; 22(3): 231-236.
- Ratanasuwana T, Indharapakdi S, Promrek R, Komolviphat T, Thanamai Y. Health Belief Model about Diabetes Mellitus in Thailand: The Culture Analysis. J Med Assoc Thai 2005; 88(5): 623-631.
- Sevinç S, Fadiloğlu Ç, Katğı A. Diyabetli Bireylerde Sağlık İnanç Glisemik Kontrol ve Komplikasyonlar. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 2012; 4(1): 1-7.
- Stanhope M, Lancaster J. Men's Health Concerns. Public Health Nursing, 8th Edition, United States of America, Elsevier, 2012, 686-687.
- Tan MY. The Relationship of Health Beliefs and Complication Prevention Behaviors of Chinese Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. Diabetes Res Clin Pract 2004; 66(1): 71-77.
- The International Bill of Human Rights, Global Fundamental Fact Sheet Series 1 of 5, Erişim Tarihi: 15 Ekim 2013, <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet2Rev.1en.pdf>
- Uçan Ö, Owayolu N, Torun S. Diabetes Mellitus'lu Hastaların Kan Şekeri Kontrolü ve İnsülin Kullanımına Yönelik Bilgilerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10(1): 89-96.
- WHO, Programmes and Projects, Diabetes Programme, Facts and Figures 2013. Erişim tarihi: 20 Ekim 2013. http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index.html
- Wu SF, Courtney M, Edwards H, McDowell J, Shortridge-Baggett LM, Chang PJ. Self-Efficacy, Outcome Expectations and Self-Care Behaviour in People with Type 2 Diabetes in Taiwan. Journal of Clinical Nursing 2007;16(11): 250-257.
- Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011-2014 Eylem Planı. Erişim Tarihi: 20 Ekim 2013. <http://www.saglik.gov.tr/HM/dosya/1-71375/h/turkiye-diyabet-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>