



T.C.

SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAğLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE
ÖZ ETKİLİLİĞİN CİNSEL YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Şule GÜZLE

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Ayla DEMİRTAŞ

**İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ARALIK/2023

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Şule GÜZLE
Tez Savunma Tarihi
14 /12/2023

ÖZET

Tip 2 Diyabetli Bireylerde Öz Etkililiğin Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi

Amaç: Bu araştırma, tip 2 diyabetli bireylerde öz etkililiği ve cinsel yaşam kalitesini belirlemek, ikisi arasında ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı ve prospektif olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Diyabet ve Obezite Polikliniğine başvuran diyabetli bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise bu polikliniğe Mart 2022–Mart 2023 tarihleri arasında başvuran, en az 6 aydır Tip 2 DM tanısı almış olan, 18-65 yaş arasında olan, son dört hafta içerisinde cinsel yönden aktif olan, evli ya da düzenli cinsel partneri olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 204 birey oluşturmuştur. Araştırma kapsamında veriler; yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak; “Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu”, “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın”, “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Erkek” ve “Tip 2 Diyabetlilerde Öz Etkililik Ölçeği” kullanılmıştır. Elde edilen veriler, dağılım özelliğine göre seçilmiş tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortanca ve standart sapma) ile Kolmogorov- Smirnov Testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman Korelasyon testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin yaş ortalaması $49,27 \pm 10,70$ 'tir. Katılımcıların %50,98'i kadın, %49,02'si erkek, %85,29'u evli bireylerden oluşmaktadır. Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeğinin toplam puan ortalaması $81,18 \pm 10,14$ (min-maks: 47,00-97,00) olup, alt boyutlarından diyet+ayak kontrolü puan ortalaması $47,16 \pm 6,98$; tıbbi tedavi puan ortalaması $22,17 \pm 2,50$ ve fiziksel egzersiz puan ortalaması $8,09 \pm 1,63$ olarak saptanmıştır. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması $69,74 \pm 16,13$ (min-maks: 27,27-181,82) olarak bulunmuş, kadınların ölçek puan ortalaması $67,57 \pm 11,24$ iken erkeklerin puan

ortalaması $71,98 \pm 19,79$ 'dur. Bireylerin öz etkililikleri ve cinsel yaşam kalitesi ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, beden kütle indeksi, diyabet süresi, diyabet öncesi cinsel yaşamı değerlendirme durumu ve kullanılan farmakolojik tedavi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği toplam puanları ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,72$, $p < 0,05$). Ayrıca Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği toplam puanları ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın puanları arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde bir ilişki bulunurken ($r = 0,67$, $p < 0,05$), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Erkek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Sonuç: Araştırma sonuçlarına göre Tip 2 diyabetli bireylerin öz etkililikleri ve cinsel yaşam kalitesi her iki cinsiyette yüksek düzeyde saptanmıştır. Aynı zamanda öz etkililik düzeyleri arttıkça, cinsel yaşam kalitesinin de arttığı bulunmuştur. Bireylerin yaş ve beden kütle indeksi değerlerinin azalması, eğitim düzeyinin artması ile öz etkililikleri ve cinsel yaşam kaliteleri artmaktadır. Bu sonuçlara göre hemşirelere; diyabetli bireylerin tedavi ve bakımını bütüncül olarak ele alması, öz etkililik düzeyi ve cinsel yaşam kaliteleri ile bunları etkileyen faktörleri sorgulaması ve sorunlara yönelik eğitimlerin düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: cinsel yaşam kalitesi, hemşirelik bakımı, öz etkililik, tip 2 diyabet

ABSTRACT

Investigation Of The Effect Of Self-Efficacy On Quality Of Sexual Life in Individuals With Type 2 Diabetes

Aim: This study aimed to determine self-efficacy and sexual life quality in individuals with type 2 diabetes and to examine the relationship between the two.

Materials and Methods: The study was conducted as descriptive and prospectively. The population of the research consisted of individuals with diabetes who applied to Gazi University Health Research and Application Center Gazi Hospital Diabetes and Obesity Polyclinic. The sample of the study was those who applied to this polyclinic between March 2022 and March 2023, were diagnosed with Type 2 DM for at least 6 months, were between the ages of 18-65, were sexually active in the last four weeks, were married or had a regular sexual partner, and were included in the study. It consisted of 204 individuals who volunteered to participate. Data within the scope of the research; It was collected by the researcher by face-to-face interview method. As a data collection tool; "Data Collection Form on Descriptive Characteristics of Patients", "Quality of Sexual Life Scale-Female", "Quality of Sexual Life Scale-Male" and "Self-Efficacy Scale in Type 2 Diabetics" were used. The data obtained were analyzed using descriptive statistical methods (number, percentage, median and standard deviation) selected according to their distribution characteristics, as well as Kolmogorov-Smirnov Test, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test and Spearman Correlation test.

Results: The average age of diabetic individuals participating in the research is 49.27 ± 10.70 . 50.98% of the participants are women, 49.02% are men, and 85.29% are married individuals. The total score of the Type 2 Diabetes Self-Efficacy Scale is 81.18 ± 10.14 (min-max: 47.00-97.00), and the subscale diet+foot control score is 47.16 ± 6.98 ; The treatment treatment score was 22.17 ± 2.50 and the physical exercise score was 8.09 ± 1.63 . The total score of the Sexual Quality of Life Scale was given as 69.74 ± 16.13 (min-max: 27.27-181.82), while women's measurement score was recorded as 67.57 ± 11.24 points, while it was 71.98 ± 19.79 . There was no significant

significant difference between the self-effects of performance and quality of sexual life and age, gender, marital status, educational status, employment status, occupations, body mass index, duration of diabetes, pre-diabetes sexual life evaluation status and pharmacological treatment used ($p < 0.05$). There is a strong positive relationship between the Type 2 Diabetes Self-Efficacy Scale total scores and the Sexual Quality of Life Scale total scores ($r=0.72$, $p < 0.05$). Additionally, while there was a strong positive relationship between the total scores of the Type 2 Diabetes Self-Efficacy Scale and the Sexual Quality of Life Scale-Female scores ($r=0.67$, $p < 0.05$), there was no significant relationship between the Sexual Quality of Life Scale-Male scores. ($p > 0.05$).

Conclusion: According to the research results, the self-efficacy and sexual life quality of individuals with Type 2 diabetes were found to be high in both genders. It has also been found that as self-efficacy levels increase, the quality of sexual life also increases. As individuals' age and body mass index values decrease and their education level increases, their self-efficacy and sexual life quality increase. According to these results, nurses: It is recommended that individuals with diabetes should consider the treatment and care holistically, question their self-efficacy level and sexual life quality and the factors affecting these, and organize training sessions on the problems.

Keywords: nursing care, quality of sexual life, self-efficacy, type 2 diabetes

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca kişisel ve mesleki gelişimime katkı sunan; çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde başından sonuna kadar çok değerli bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren ve rehberlik eden; meslek hayatım boyunca daima örnek aldığım, sabrı, sevgisi ve anlayışıyla desteğini hep hissettiğim çok değerli hocam ve tez danışmanım sayın Doç. Dr. Ayla Demirtaş'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca kıymetli bilgi ve tecrübeleriyle yanımda olan Gülhane Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı değerli hocam sayın Prof. Dr. Fatma İlknur Çınar'a, değerli hocalarım sayın Dr. Öğr. Üyesi Betülây Kılıç ve sayın Dr. Öğr. Üyesi Emine Özer Küçük'e

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Başkanı saygıdeğer Prof. Dr. İlhan Yetkin'e ve Arş. Gör. Meriç Coşkun'a,

Çalışmanın istatistiksel analizinde bilgi, deneyim ve görüşleriyle değerli katkılarını sağlayan Ezgi Akçalı'ya,

Kıymetli zamanlarını ayırarak çalışmaya katılan, çalışmanın gerçekleştirilmesinde katkıları olan çok değerli diyabetli bireylere,

Çalışmamın her anında beni cesaretlendiren, her zaman yanımda olup beni motive eden kıymetli arkadaşlarım Nevim Coşansu, Ebru Akçay ve Semra Şimşek'e,

Varlıklarıyla bana güç veren, tüm eğitim hayatım boyunca bana olan inançları, sonsuz sevgileri, sabırları ve destekleriyle her koşulda yanımda olan annem ve kardeşlerim Şeyma Güzle, Havva Çetin, Nuray Güzle ve Buket Nur Güzle'ye, Sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Tüm hayatım boyunca maddi ve manevi olarak yaptığı fedakârlıklarla bugünlere gelmemde en büyük katkı sahibi olan rahmetli babam Mehmet Güzle'ye ithaf ediyorum.

Şule Güzl

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLO LİSTESİ	xii
KISALTMALAR	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırma Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Diyabetes Mellitus.....	5
2.1.1. Diyabetin Tanımı ve Önemi	5
2.1.2 Diyabet Tanı Kriterleri, Semptomlar ve Sınıflandırma.....	6
2.1.3. Tip 2 Diyabet.....	7
2.1.4. Tip 2 Diyabetin Fizyopatolojisi ve Etiyolojisi	8
2.1.5. Tip 2 Diyabette Güncel Tedavi Yaklaşımı.....	9
2.1.6. Diyabetin Komplikasyonları	11
2.2. Öz Etkililik	12
2.2.1. Öz Etkililik Kavramının Tanımı ve Önemi	12
2.2.2. Tip 2 Diyabette Öz Etkililik.....	13
2.3. Cinsel Yaşam Kalitesi	15
2.3.1. Cinsel Yaşam Kalitesi Kavramının Tanımı	15
2.3.2. Cinsel Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	15
2.3.3. Tip 2 Diyabet ve Cinsel Yaşam Kalitesi.....	16
2.4. Öz Etkililik ve Cinsel Yaşam Kalitesi.....	18
2.5. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Öz etkililik, Cinsel Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21

3.1. Araştırmanın Türü	21
3.1.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	22
3.4. Veri Toplama Araçları.....	23
3.4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu (EK-1).....	23
3.4.2. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) (EK-2).....	24
3.4.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Erkek (CYKÖ-E) (EK-3).....	25
3.4.4. Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği (EK-4).....	25
3.5. Ön Uygulama	27
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	27
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	28
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
4. BULGULAR	31
4.1. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	32
4.2. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular	35
4.3. Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ile Kadın-Erkek Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular.....	43
4.4. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kadın-Erkek Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular	44
4.5. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ile Kadın- Erkek Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkiyi Belirlemek İçin Yapılan Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular	51
5. TARTIŞMA	53
5.1. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerine göre Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Tartışılması	54
5.2. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerine göre Kadın-Erkek Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Tartışılması	58

5.3. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği ve Kadın- Erkek Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
6.1. Sonuç.....	65
6.2. Öneriler	66
7. KAYNAKLAR	67
8. EKLER.....	83
EK-1 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu	83
EK-2 Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K).....	86
EK-3 Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Erkek (CYKÖ-E)	87
EK-4 Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği.....	88
EK-5 Etik Kurul İzni	90
EK-6 Gönüllü Onam Formu.....	91
EK-7 Ölçek Kullanım İzinleri	93
9. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ	95

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Glukoz Metabolizması Bozukluklarında Tanı Kriterleri	7
Tablo 4.1.1.	Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	32
Tablo 4.1.2.	Bireylerin Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı	33
Tablo 4.2.1.	Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımları	35
Tablo 4.2.2.	Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular	36
Tablo 4.2.3.	Bireylerin Tıbbi Özelliklerine Göre Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular	40
Tablo 4.3.	Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Alt Boyutları ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular .	43
Tablo 4.4.1.	Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre CYKÖ-K ve CYKÖ-E Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	44
Tablo 4.4.2.	Bireylerin Tıbbi Özelliklerine Göre CYKÖ-K ve CYKÖ-E Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.5.	Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ile Kadın Erkek CYKÖ Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek İçin Yapılan Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular	51

KISALTMALAR

ADA	: American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Derneği)
APA	: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
APG	: Açlık Plazma Glukozu
BAG	: Bozulmuş Açlık Glukozu
BGT	: Bozulmuş Glukoz Toleransı
CD	: Cinsel Disfonksiyon
CETAD	: Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma Derneği
CYKÖ-E	: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Erkek
CYKÖ-K	: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz
DM	: Diyabetes Mellitus
FEND	: Federation of European Nurses in Diabetes (Avrupa Diyabet Hemşireleri Federasyonu)
GDM	: Gestasyonel Diyabet
HbA1c	: Glikozillenmiş Hemoglobin A1c
HHD	: Hiperosmolar Hiperglisemik Durum
IDF	: International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)
LA	: Laktik Asidoz
OAD	: Oral Antidiyabetik
OGTT	: Oral Glukoz Tolerans Testi
TBT	: Tıbbi Beslenme Tedavisi
TEKHARF	: Türk Erişkinlerindeki Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TEMĐ	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
WAS	: World Association for Sexual Health (Dünya Cinsel Sağlık Birliği)
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

1.1 Problem Tanımı ve Önemi

Tip 2 Diyabet (DM), Dünya’da gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülen, tüm diyabet vakalarının % 90-95’ini oluşturan, bulaşıcı olmayan, kronik, komplike bir hastalıktır. Tip 2 DM, 21.yüzyılın en büyük küresel sağlık sorunlarından birini oluşturmakta, her geçen yıl prevalansı artmakta ve daha fazla insanın yaşamını etkilemektedir. Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation-IDF) 2021 yılı verilerine göre; dünya genelinde 20-79 yaş grubu 537 milyon diyabetli birey olduğu, 2030 yılında bu sayının 643 milyona ve 2045 yılında 783 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde ise diyabetli birey sayısı dünya ile paralel olarak artış göstermekte olup, 2021 yılında 20-79 yaş grubu 9 milyon (%15,9) olan diyabetli birey sayının 2045 yılında 13,4 milyon olacağı öngörülmektedir (1, 2).

Tip 2 DM; görülme sıklığı, mortalite oranları ve sağlık harcamalarındaki artışın yanı sıra neden olduğu komplikasyonlar veya sağlık sorunları bakımından da bireyin yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur. Tip 2 diyabetin yaşam boyu devam eden kronik bir hastalık olması nedeniyle, diyabetli bireyin kendi hastalığının yönetiminde sorumluluk alması, beslenme, egzersiz, ilaç uygulamaları, kan glukoz kontrolü gibi öz bakım uygulamalarını kendisinin yapması, diyabetle beraber günlük hayatta meydana gelen birtakım değişikliklere uyum sağlaması beklenmektedir (3, 4, 5). Sürekli bakım ve tedavi gerektiren bir sağlık sorunu ile yaşamak durumunda olan bireylerin, hastalığını yönetebilecek düzeyde bilgi ve beceriye sahip olması gerekir. Diyabetli bireyin hastalık süreci ile baş edebilmek için yeni beceriler öğrenme gayreti, öz bakım davranışlarını etkin bir şekilde sürdürme gücü “öz etkililik (öz yeterlilik)” kavramı ile yakından ilişkilidir (6, 7)

Öz etkililik (öz yeterlilik) belli bir işi başarıyla yapabilme, olayları kontrol altında tutabilme ya da kişinin belirli bir başarı düzeyini yakalama kapasitesine

ilişkin yargıyı ifade eder (4). Diyabetli bireyin öz bakım davranışlarını başarmaya yönelik inançları, davranış değiştirmeye yönelik gayreti, amacına ulaşmak için motivasyonunu ve mücadele etme gücünü öz etkililik düzeyleri belirlemektedir. Bireylerin karmaşık DM bakım ve tedavisi ile etkili şekilde başa çıkabilmesi için yeterli düzeyde öz etkililiğe sahip olması gerekir (7). Diyabette öz etkililik düzeyiyle ilişkili yapılan araştırmaların sonuçlarına bakıldığında, yüksek öz etkililik düzeyine sahip olan bireylerin öz-bakım davranışlarını gerçekleştirmede aktif rol oynadığı, dolayısıyla yaşam kalitesini yükselttiği, tedaviye uyumu kolaylaştırdığı bulunmuştur (4, 8). Bir araştırmada ise öz etkililik düzeyi yüksek olan tip 2 diyabetli bireylerin diyabetle daha kolay baş edebildiği, örneğin; beslenmeyi kontrol etme, ilaç kullanma ve fiziksel aktiviteleri düzenleme gibi durumlarda daha etkin oldukları ve diyabete bağlı komplikasyonların önlenmesi için gerekli olumlu sağlık davranışları geliştirdiği bulunmuştur (6).

Bireylerin sahip olduğu öz etkililik düzeylerinin, cinsel yaşam kalitesi üzerinde de etkili olduğu bildirilmektedir (9). Bireylerin cinsellikle ilgili davranışlarını yönetebilmesinde ve karşılaştıkları sorunu çözebilmesinde, cinsellikle ilgili inanç ve tutumlarında öz etkililiklerinin önemli olduğu savunulmaktadır (10, 11). Cinsellik; bireysel, kişiler arası ve toplumsal iyilik için temel gereksinimlerden biri, bireyin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Yaşam süreci boyunca cinselliği ve cinsel sağlığı pek çok faktör etkilemektedir (12). Kronik bir hastalık olan DM, hem kadında hem erkekte cinsel yaşamı etkileyen risk faktörlerinden biridir (13, 14, 15, 16) Tip 2 diyabetin en ihmal edilen ve en sık görülen komplikasyonlarından biri cinsel fonksiyon bozukluğudur (17). DM, üreme organlarını ve seksüel aktiviteyi olumsuz etkileyerek cinsel disfonksiyona (CD) sebep olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (18). Hem kadın hem de erkekte CD ile diyabet birbiri ile ilişkilendirilmiştir (19).

Cinsel yaşam kalitesi; bireyin cinsel fonksiyonunda genel bir iyilik halinin olması ve cinsel fonksiyondan memnuniyeti olarak tanımlanmaktadır (20). DM; cinsel istek azlığı, cinsel ağrı, ejakülasyon bozuklukları, impotans gibi cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olmakta, bu durum cinsel yaşamdan zevk alamama ve cinsel yaşam kalitesinin azalması ile sonuçlanmaktadır (21). Cinsel fonksiyon

bozuklukları bireylerin özgüvenlerini, yaşam kalitelerini, aile yapılarını ve dolayısıyla sağlıklı toplum yapısını etkileyen önemli sağlık sorunlarıdır (22). Ülkemizde, DM'ye bağlı olarak gelişen semptomlardan dolayı yaşam kalitesi azalan, bakım gereksinimi artan, cinsel yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenen birey sayısı gittikçe artmaktadır (21). Cinsel aktivite, bundan alınan keyif ve doyum da yaşam kalitesinin özellikle fiziksel ve psikolojik boyutlarının bileşenleri olarak değerlendirilmektedir (23). Kültürel gelenekler, dinsel inanışlar ve tabular, cinsiyetler arasındaki tutum ve cinsellik ile ilgili bilgi eksikliği gibi sebeplerden ve cinsel yaşamı değerlendirmek için standartlaştırılmış tanımların eksikliği gibi birçok nedenden dolayı DM'nin bireylerin cinsel sağlığıyla ilgili yönünü ele alan çalışmalar sınırlı sayıdadır (24, 25)

Literatürde, bireylerin yaşamlarının herhangi bir döneminde her 3 kişiden birinin en az bir cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadığını bildiren araştırmalar yer almaktadır (26). Yapılan bir araştırmada diyabetin cinsel yaşamı etkilediği, CD oranının diyabetik olmayanlarla karşılaştırıldığında 3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (27). Erkeklerde yapılan bir araştırmada, erektil disfonksiyon sıklığı diyabetik olanlarda iki kat daha fazla bulunmuştur (28) Tip 2 DM'li bireylerle yapılan farklı araştırmalarda ise CD oranının diyabetik kadınlarda %26-80 arasında, diyabetik erkeklerde ise %69,2 olduğu bulunmuştur (29, 30).

Literatürde DM'ye bağlı cinsel yaşam kalitesini ve öz etkililiği inceleyen ayrı ayrı araştırmalar bulunmaktadır (4, 5, 6, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 31,32, 33, 34, 35, 36). Öz etkililiğin, cinsel yaşam kalitesine etkisinin olup olmadığına dair araştırmaların ise kısıtlı olduğu görülmektedir. Konuyla ilgili yapılan araştırmalarda, cinsel açıdan riskli davranışlar yapma, HIV ve hepatit C gibi kan yolu ile bulaşan hastalıklardan korunmada kadın-erkek arasındaki farklılıklar, cinsel uyum gibi değişkenler ile öz etkililik arasındaki ilişkiler incelenmiştir (9, 37, 38). Yapılan araştırmalarda prezervatif kullanımının öz etkililiği arttırdığı bulunmuştur (39, 40). Ancak Tip 2 diyabetli bireylerde öz etkililik düzeyinin cinsel yaşam kalitesine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırma sonucunda, tip 2 diyabetli bireylerin öz etkililik düzeyi, cinsel yaşam kaliteleri ve ikisi arasındaki ilişkiye yönelik veriler elde edilmiştir. Bakım verici, danışman, araştırmacı rolleri olan hemşirelerin cinselliği

dikkatle ele almaları ve bu konuya önem vermeleri; etkin tedavi, bakım ve eğitim yapılabilmesi açısından önemlidir. Diyabetli bireylerin hemşire tarafından sürekli izlenmesi, desteklenmesi ve motive edilmesi, diyabete yönelik öz etkililik düzeylerinin yükseltilmesine ve diyabete bağlı komplikasyonların azalmasına önemli katkılar sağlamaktadır (6). Araştırma sonuçlarının ilgili literatüre güncel bulgular kazandıracağı, hemşirelik bilimine katkı sağlayacağı, hemşirelik danışmanlık hizmetlerinde ve hasta eğitimlerinin planlanmasında yol gösterici olacağı değerlendirilmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, tip 2 diyabetli bireylerde öz etkililiği ve cinsel yaşam kalitesini belirlemek, ikisi arasında ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Araştırma kapsamında ele alınan tip 2 diyabetli bireylerin sosyo-demografik ve tıbbi özellikleri nelerdir?
2. Tip 2 diyabetli bireylerin öz etkililik düzeyleri nedir?
3. Tip 2 diyabetli bireylerin cinsel yaşam kalitesi düzeyleri nedir?
4. Tip 2 diyabetli bireylerde sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerin öz etkililik ve cinsel yaşam kalitesine etkisi nedir?
5. Tip 2 diyabetli bireylerde öz etkililiğin cinsel yaşam kalitesine etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİYABETES MELLİTUS

2.1.1. Diyabetin Tanımı ve Önemi

Diyabet, insülin eksikliği ya da insülin direnci sebebiyle oluşan karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasındaki bozukluğa yol açan, pek çok organı etkileyen, devamlı tıbbi bakıma gereksinim duyulan, hiperglisemi ile karakterize glikozüri, dislipidemi gibi klinik bulguların eşlik ettiği, kronik metabolizma hastalığıdır. Bununla birlikte plazma glikoz düzeyinin kontrolsüz yükselmesi ile karakterize, ilerleyici ve oluşturduğu komplikasyonları ile multisistemik bir hastalık olarak kabul edilmektedir (2, 41, 42).

Diyabet, 21. yüzyılın en fazla artış gösteren küresel halk sağlığı sorunudur. Genetik, çevresel, sosyoekonomik, davranışsal ve kültürel etkenler, yaşam tarzındaki değişkenler ile gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların çoğunluğunda özellikle Tip 2 diyabet görülme sıklığı yükselmiştir (2, 42, 43, 44).

Dünya sağlık Örgütü diyabetli bireylerin sayısında küresel bir artış olduğunu ve diyabetli birey sayısının 1980'den beri yaklaşık dört katına çıktığını bildirmektedir. (41). Ülkemizde bu durum dünyadakine benzer şekilde seyretmektedir. 1997-1998 yılları arasında ülkemizde yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-I) sonuçlarına göre tip 2 DM prevalansı %7,2 iken, 2010 yılında gerçekleştirilen TURDEP II sonuçlarına göre bu değer %90 oranında artış göstererek %13,7'ye (tahminen 6.5 milyon) yükselmiştir. TURDEP-II çalışmasına göre tip 2 DM prevalansı bölgeler arasında farklılıklar göstermekte olup, %8,3-10,6 arasında değişmektedir. 2006 yılında TEKHARF çalışmasında diyabet prevalansı %11 iken, WHO (World Health Organization)'nun 2016 yılında Türkiye'de diyabete ilişkin yaptığı çalışmada ise diyabet sıklığı %13.2 olarak saptanmıştır (41, 45, 46). Uluslararası Diyabet Federasyonu Türkiye'nin, 2045 yılında dünya üzerinde en fazla

diyabetli bireyin yaşayacağı 10 ülkeden biri olacağını tahmin etmektedir. IDF'in 2019 verilerine göre Türkiye, %11,1 diyabet prevalansı ile Avrupa bölgesinde en yüksek diyabet prevalansına sahip ülkedir ve 6,6 milyon erişkin diyabetli sayısı ile bölgede üçüncü sırada yer almaktadır (43, 47). WHO (World Health Organization) 2019 yılı istatistiğine göre, Türkiye'de 14,226 kişinin ölümü diyabete bağlıdır (48).

Yaşlı popülasyonun artması, obezite, fiziksel inaktivite, düzensiz beslenme gibi toplumsal yaşam şekli ve demografik değişiklikler de tip 2 diyabet prevalansını arttırmaktadır (49). Tip 2 diyabetli bireyde, hiperglisemi kontrol altına alınmadığı sürece, sistemik defektler oluşturmakta; nöropati, nefropati, retinopati, kardiyovasküler hastalıklar gibi insan hayatını ciddi düzeyde tehdit eden komplikasyonlara yol açmaktadır. Bu komplikasyonlar, görme kaybı, böbrek yetmezliği, diyabetik ayak ülserleri, amputasyon, koroner arter hastalığı, inme, otonom nöropati ile gastrointestinal, genitoüriner ve cinsel fonksiyon bozukluğu gibi önemli sağlık problemlerine neden olmaktadır (41, 44, 49).

2.1.2. Diyabet Tanı Kriterleri, Semptomlar ve Sınıflandırma

Diyabet tanısı; açlık plazma glikozu (APG), Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT), Rastgele Plazma Glukozu (RPG) ve Glukozillenmiş Hemoglobin A1c (HbA1-uzun süreli glukoz konsantrasyonlarını yansıtır ve diyabetik kontrolün bir ölçütü olarak kullanılır) yöntemleri ile belirlenmektedir (2, 49, 50) Bu tetkiklerin sonuçlarına göre kan glikoz düzeyi normalden yüksek olup diyabet tanısı alacak kadar yüksek olmadığında bozulmuş açlık glukozu (BAG) veya bozulmuş glukoz toleransı (BGT) gibi glukoz metabolizması ile ilgili diğer bozukluklar ve prediyabetik bireyler belirlenebilmektedir (2). Güncel tanılama kriterleri tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Glukoz metabolizması bozukluklarında tanı kriterleri*

	Aşikâr Diyabet	İzole BAG	İzole BGT	BAG+BGT	YRG
APG (≥8 st açlıkta)	≥126 mg/dl	100-125 mg/dl	140-199 mg/dl	100-125 mg/dl	-
OGTT 2.st PG (75 g glukoz)	≥200 mg/dl	<140 mg/dl	<100 mg/dl	140-199 mg/dl	-
Rastgele PG	≥200 mg/dl + Diyabet Semptomları**	-	-	-	-
HbA1c***	≥%6.5 (≥48mmol/mol)	-	-	-	%5.7-6.4 (39-47 mmol/mol)

(*)Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2022
(**)Diyabetin Klasik Semptomları: Poliüri, polidipsi, polifaji, halsizlik, noktüri, ağız kuruluğu
(***) Standardize metotlarla ölçülmelidir
APG: Açlık plazma glukozu, **2.st PG:** 2. saat plazma glukozu, **OGTT:** Oral glukoz tolerans testi, **HbA1c:** Glikozillenmiş hemoglobin A1c, **BAG:** Bozulmuş açlık glukozu **BGT:** Bozulmuş glukoz toleransı, **YRG:** Yüksek risk grubu

Diyabetli bireylerde poliüri, polidipsi, polifaji en sık görülen belirtilerdir. Bununla birlikte iştah kaybı, halsizlik, yorgunluk, ağız kuruluğu, noktüri, kaşıntı, kilo kaybı, bulanık görme ayaklarda uyuşma ve yanma, ciltte kuruma, vulvovajinit ve mantar enfeksiyonları gibi geçmeyen enfeksiyonlar, ketonüri, gastrointestinal sistem sorunları, ruhsal değişikliklerde belirti ve bulgular arasında yer almaktadır (2, 51, 52).

Diyabetin; tip 1 diyabet, tip 2 diyabet, gestasyonel diyabet ve diğer spesifik diyabet tipleri şeklinde dört klinik sınıflaması vardır (2, 53). Bu bölümde yalnızca tip 2 DM üzerinde durulmuştur.

2.1.3. Tip 2 Diyabet

Tip 2 diyabet, tüm diyabet vakalarının %90-95'ini oluşturmaktadır. Sıklıkla 30 yaş üstü bireylerde görülmektedir. Obezitenin artmasına bağlı olarak çocuk ve adolesan dönemlerinde görülebilmektedir. Yavaş seyirlidir ve genetik yatkınlıkla ilişkilidir (2, 49, 54, 55, 56).

Etiyolojisinde; insülin direnci, insülin sekresyonunda azalma, inkretin hormon yetersizliği yer almaktadır. Hastalığın başlangıcında insülin rezervlerinin yeterli olması nedeniyle diyabetik ketoasidoza yatkınlık yoktur. Bireylerin kan glukoz

düzeyi etkili bir ilaç tedavisi, beslenme ve egzersiz programı ile kontrol altına alınmalıdır. Hastalık sürecinin etkili bir şekilde yönetilmediği durumlarda diyabetli bireyler hiperglisemi tablosu ve organ disfonksiyonları ile karşılaşmaktadır (2, 53, 57).

2.1.4. Tip 2 Diyabetin Fizyopatolojisi ve Etiyolojisi

Kronik ve metabolik bir hastalık olan tip 2 DM' nin patogeneğinde insülin sekresyonunun azalması ve insülinin etkisindeki bozukluk/yetersizlik nedeniyle oluşan insülin direnci sorumludur. İnsülin direncinde; hücre-reseptör bozukluğuna bağlı glikoz hücre içine alınmaz, hücre içine giremeyen glikoz kanda artış göstererek hiperglisemi tablosunu meydana getirir. Çoğu vakada tip 2 DM klinik tanısı konulmadan yıllar önce hastalık başlamış ve insülin üreten beta (β) hücre kapasitesi önemli ölçüde azalmıştır (58, 59, 60).

İnsülin direnci insüline karşı metabolik cevabın düşmesi olarak tanımlanır. İnsülin direnci; Beta hücreler tarafından insülin sekresyonunun azalması, insülin karşıtı hormonların insülin reseptör veya sinyalini bozması, hedef dokuya karşı insülin cevabının bozulması ile olur. İnsülin glukagon arasındaki oran insülin direncinin belirlenmesinden sorumludur. Bunun dışında katekolamin, büyüme hormonu ve glukokortikoidlerin fazla salgılanması da insülin direncine neden olur. İnsülin direncine pankreas dışında neden olan üç önemli organ vardır. Bunlar; kas, yağ dokusu ve karaciğerdir (59, 61). Pankreas zamanla insülin direncini engelleyecek miktarda insülin salgılayamadığında hiperglisemi tablosu ortaya çıkar (62, 63). Uzun süre devam eden hiperglisemi tablosu beta hücrelerinin işlevinin azalmasına neden olur. Beta hücrelerinin insülin üretimi %80 oranında azalır ve üretilen insülin dokularda etki gösterememeye başlar ve glisemik kontrol bozulur. Ayrıca kanda bulunan glukagon hormonunun seviyesinde ve glikozun renal reabsorbsiyonunda artış olması da tip 2 diyabetin gelişimine sebep olur (58, 64).

Tip 2 DM gelişiminde oldukça karışık olan genetik temel yanı sıra, yaşam tarzından kaynaklanan dengesiz beslenme ve fiziksel inaktivite gibi çevresel faktörlerin de önemi büyüktür (65). Yaş, cinsiyet, kalıtım, obezite ($BKİ \geq 25 \text{ kg/m}^2$), beslenme ve fiziksel aktivite tip 2 diyabetin etiolojisinde rolü olan faktörlerdendir

(2, 57, 66, 67, 68). Tip 2 DM için risk altındaki bireyler arasında; 35 yaşın üzerindeki bireyler, prediyabetik olanlar, obez olan bireyler, birinci ve ikinci derece yakınlarında diyabet olan, diyabet prevalansı yüksek etnik gruba mensup olan, hipertansiyonu olan, gestasyonel diyabeti olan, dislipidemisi olan, polikistik over sendromu olan, fiziksel aktivitesi yetersiz/sedanter yaşam şekli olan, uzun süreli kortikosteroid ya da antiretroviral ilaç kullanan, koroner, periferik veya serebral vasküler hastalığı olan, insülin direnci olan bireyler yer almaktadır (2, 49).

2.1.5. Tip 2 Diyabette Güncel Tedavi Yaklaşımı

Tip 2 diyabetin tedavi ve izleminde; tıbbi beslenme tedavisi (TBT), fiziksel aktivite, oral antidiyabetik (OAD) ilaçlar ve insülin tedavisi, kendi kendine kan şekeri izlemi ve diyabet eğitimi yer almaktadır (54, 69). Tip 2 diyabet tedavisinde amaç hiperglisemi ile ilgili semptomları gidermek, mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonları önlemek veya minimuma indirmek ve diyabetli bireyin yaşam kalitesini yükseltmektir (54, 55).

2.1.5.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Tıbbi beslenme tedavisi kilolu veya obez bireylerde insülin direncini azaltmaya, metabolik regülasyonu ve HbA1c değerinin istenen düzeylerde olmasını sağlamaya ve komplikasyonları önlemeye katkı sağlar. Tip 2 diyabet tanısı alan bireylerin tanıyı izleyen ilk bir ay içinde beslenme tedavisi başlanmalıdır. TBT bireyin günlük enerji ihtiyacına uygun bir beslenme programını içermektedir (2, 49, 69). TBT; bireyi değerlendirme, beslenme sorunlarını tanımlama, bireye yönelik hedef oluşturma ve bireyi izleme olmak üzere dört basamaklı kişiye özgü bir tedavidir (2).

2.1.5.2. Düzenli Egzersiz ve Fiziksel Aktivite

Tip 2 diyabetli bireyler kendi yaşam koşullarına uygun olarak düzenli egzersiz ve fiziksel aktivite yapmalıdır. Diyabette yapılan düzenli egzersiz ve fiziksel aktivite; kan şekeri kontrolü, hipertansiyonun önlenmesi, dislipidemi açısından önemlidir. Fiziksel aktivite; insülin tedavisi alan hastalarda günlük insülin miktarının

azalmasına ve kronik komplikasyonların önlenmesine yardımcı olur. Tip 2 diyabetli bireylere tempolu yürüme koşma gibi aerobik egzersizler ve kas gücünde artış sağlayan direnç egzersizleri önerilmektedir (2, 53, 54).

2.1.5.3. Oral Antidiyabetik (OAD) İlaçlar ve İnsülin Tedavisi

Tip 2 diyabetin tedavisinde beslenme tedavisi ve fiziksel aktivite ile birlikte OAD'ler ve insülin tedavisi ayrı ayrı veya kombine olarak hastanın metabolik durumuna göre tercih edilmektedir.

Ülkemizde bulunan insülin dışı OAD ilaç grupları; biguanidler, insülin salgılatıcılar (sekretogoglar), tiazolidindionlar, inkretin bazlı ilaçlar, alfa glukozidaz inhibitörleri ve sodyum glukoz ko-transporter 2 inhibitörleri (glukoretikler; gliflozinler)'dir (2).

İnsülin Tedavisi

İnsülin rezervi azalmış tip 2 diyabetli bireylerde vücudun normal insülin sekresyonunu taklit etmek amacı ile genellikle bazal-bolus uygulama şeklinde uygulanır. Glisemik kontroldeki yetersizlik, eşlik eden sağlık sorunları nedeni ile, tip 2 diyabet tedavisinde sıklıkla insüline ihtiyaç duyulmaktadır. İnsülin tedavisinde; çok hızlı etkili, hızlı etkili, kısa etkili, orta etkili, uzun etkili ve çok uzun etkili insülinler kullanılmaktadır (2).

2.1.5.4. Kendi Kendine Kan Şekeri İzlemi

İnsülin ile tedavi edilen tip 2 diyabetli bireylerde kendi kendine kan şekeri izlemi tedavinin bir parçasıdır. Günde birkaç kez insülin uygulayan bireylerin 3-4 kez; diğer tip 2 diyabetlilerin haftada 3-4 kez kan şekeri ölçümü yapmaları gerekmektedir (2). Güncel rehberler glisemik kontrol hedeflerinin hastaların bireysel özelliklerine göre düzenlenmesini ve hasta merkezli bir tedavi yaklaşımının benimsenmesini önermektedir. Bununla birlikte genel olarak glisemik kontrol için HbA1c düzeyinin <7%, yemek öncesi ölçülen plazma glukozunun 80-130 mg/dl ve yemekten sonra 2. Saatte ölçülen plazma glukozunun <160 mg/dl olması hedeflenmelidir (2, 54).

2.1.5.5. Diyabet Eğitimi

Diyabet eğitimi tip 2 diyabetli bireyin bakım sürecinde ve hastalık yönetiminde en önemli unsurlarından biridir. Diyabetli bireylerin eğitilmesinin yanı sıra, yakınlarının da diyabet ile ilgili eğitim alması gerekmektedir. Bireylerin; düzenli kan glikoz ölçümlerini ve metabolik kontrol yeteneklerini geliştirmelerini sağlama, tedavi ve bakım sürecinde önemli olan TBT ve egzersiz konularında bilinçlendirilmesi, ilaçların etki mekanizmaları ve yan etkileri hakkında bilgilendirilerek ilaçların güvenli bir şekilde kullanımlarını sağlama, komplikasyon yönetimi hakkında bireylere öz beceri kazandırma diyabet eğitiminin başlıca hedefleri arasında yer almaktadır (2, 70). Yapılan bir çalışmada diyabet eğitiminin, DM ile ilişkili sağlık, psikososyal ve psikoseksüel sonuçlar üzerinde, diyabet ile ilgili bilgi düzeyinde, diyet ve egzersiz alışkanlıklarında, ayak bakımı, ilaç kullanma ve kan şekeri kontrolü üzerinde olumlu etki gösterdiği, metabolik parametrelerde iyileşmeler sağladığı, bireylerin öz yönetimini arttırdığı bulunmuştur (71, 72, 73, 74, 75, 76, 77).

2.1.6. Diyabetin Komplikasyonları

Diyabetin komplikasyonları akut ve kronik olmak üzere iki başlıkta toplanmaktadır.

2.1.6.1. Akut Komplikasyonlar

Diyabetik ketoasidoz (DKA), hiperosmolar hiperglisemik durum (HHD), laktik asidoz (LA), hipoglisemi olarak gruplandırılmaktadır (2).

DKA; insülin salınımında eksiklik, hiperglisemi ve ketonüri ile ortaya çıkan, tıbbi tedavi gerektiren, metabolik bozukluktur. HHD; daha çok insüline sürekli bağımlı olmayan yaşlı, Tip 2 DM hastalarında görülmektedir. DKA'dan farklı olarak ciddi bir ketosiz ve asidozis durumu yoktur. Dehidratasyon ve ciddi hiperosmolarite görülmektedir. LA, kanda laktat enziminin artışı ile ortaya çıkan ve ek hastalık varlığında risk teşkil eden bir komplikasyondur. Hipoglisemi ise; kan glukoz düzeyinin 70 mg/dl' nin altında olması olarak tanımlanmaktadır (51, 53). Diyabetli

bireyde hipoglisemi belirtileri (Soğuk, nemli ve soluk cilt, halsizlik, tremor, çarpıntı, terleme, adrenerjik semptomlar; baş ağrısı, halsizlik, ruhsal değişiklikler, iritabilite, uyku hali, dikkatte azalma, davranış değişiklikleri, konvülsiyon) ile kendini göstermektedir (33, 52, 53).

2.1.6.2. Kronik Komplikasyonlar

Mikrovasküler (nöropati, nefropati, retinopati ve diyabetik ayak) ve makrovasküler (koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, serebrovasküler hastalık gibi) komplikasyonlar olarak gruplandırılmaktadır (2, 33, 52, 53).

2.2. ÖZ ETKİLİLİK

2.2.1.Öz Etkililik Kavramının Tanımı ve Önemi

Öz etkililik (öz yeterlilik) kavramı, ilk kez psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında “Bilişsel Davranış Değişimi” kuramı içerisinde kullanılmıştır (6,10). Öz etkililik (öz yeterlilik); bireyin gelecekte karşılaşılabileceği güçlüklerin üstesinden gelmede göstereceği başarıya olan inancıdır (78). Öz etkililik bireylerin problemleri çözme becerilerini, sorunla karşılaştıklarındaki duygularını ve sorunla başa çıkamadıklarındaki tepkilerini etkilemektedir (79). Öz etkililik kişinin amacına ulaşma da bireysel becerilerine olan inançları ile ilişkili olup problem karşısında eylemde bulunup bulunmayacağına karar vermesinde önemli rol oynamaktadır (10).

Bandura'ya göre öz-etkililik; davranışı etkileyen sonuç ve etkililik olmak üzere iki beklenti tipinden oluşmaktadır. Bandura inançların önemini ve etkililik beklentisi (efficacyexpectancy) ile sonuca ilişkin beklenti (outcome expectancy) arasındaki farkı vurgulamıştır (79). “Etkililik beklentisi (yetkinlik/yeterlik beklentisi)”, istenen sonucu ortaya çıkarmak için bireyi gerekli davranışları yerine getirebileceğine dair kendisine olan inancı ve yargısıdır. Bu inanç bireyin bir davranışa başlama, devam ettirme ve bunu yaşamına yansıtma sürecinde etkili olduğundan, öz-etkililik beklentisinin düşük olması bireyin performansını olumsuz yönde etkiler. “Sonuca ilişkin beklenti” ise bir görevi yerine getirmenin olası sonuçlarının tahmin edilmesidir. Başka bir ifade ile bireyin gerçekleştirdiği

davranışın belli bir sonucu ortaya çıkaracağına ilişkin kendi kendine yaptığı değerlendirmedir (10).

Pender tarafından Bandura'nın sosyal öğrenme kuramından temel alınarak geliştirilen Sağlık Geliştirme Modeli'nde bireyin öz etkililik algısının, sağlık geliştiren davranışların başlatılması ve bu davranışların devam ettirilmesinde önemli bir belirleyici faktör olduğu vurgulanmaktadır (78, 80). Sağlık Geliştirme Modeli'nin dışında öz etkililiğin birçok sağlık davranışı kuramında da önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (78).

Bandura'ya göre güçlü bir bireysel yeterlilik hissi; daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve daha sosyal bütünleşme ile ilişkilidir. Bu kurama göre birey, bir sonuca ulaşabileceğine inanırsa, daha aktif davranmakta ve yaşamının kontrolünü elinde tutabilmektedir (81). Öz etkililik düzeyi yüksek olan bireyler, hastalık ve tedavilerini daha iyi yönetmektedirler. Öz etkililik düzeyinin yüksekliği, hastalığın birey üzerinde yarattığı emosyonel sıkıntıyı azaltmada ve yaşam kalitesini yükseltmede etkilidir (6).

Öz etkililik algısı; bireyin yaşantısı, algılanan emosyonel destek, belli bir olayı başarma ya da başarısız olma beklentisinden etkilenir (81). Bu konuda olumlu algıya sahip kişilerin problemler karşısında daha dayanıklı ve ısrarcı oldukları, düşük algıya sahip kişilerin ise daha çabuk pes ettiği, stres ve depresyon oranının yüksek, performans seviyesinin düşük olduğu belirtilmektedir (6, 81). Ayrıca öz etkililik düzeyi yüksek olan bireyler zor durumlar karşısında daha fazla çaba gösterir, risk alarak daha yüksek hedeflere ulaşmaya çalışırlar (81). Öz etkililik düzeyi düşük olan bireylerde anksiyete, depresyon durumları daha sık görülmektedir. Kişiler genellikle mutsuz ve bir sorun karşısında kendilerini yetersiz hissetmekte, başarısız olduklarında ise tekrar denemeyip, çabasının sonucu değiştirmeyeceğine inanmaktadırlar (80, 81).

2.2.2. Tip 2 Diyabet ve Öz Etkililik

Tip 2 diyabet; bireyi, yakınlarını ve çevresini etkileyen kronik bir hastalıktır. Bu nedenle tip 2 diyabetli bireylerin; hastalık yönetimi ve glisemik kontrolü

sağlamak için aktif bir rol üstlenmeleri gerekmektedir. Bireylerin kan glukoz düzeyleri; OAD ve insülinlerinin zamanlamasına ve dozuna, beslenmeye, fiziksel aktiviteye, uyku süresine, eşlik eden hastalıklar ve kullandığı ilaçlara, böbrek ve karaciğer fonksiyonlarına, kendi kendine kan şekeri takibi gibi birçok faktörden etkilenmektedir (82). Bireyler; glisemik kontrol hedeflerini sağlamak için her gün tercihler yapmak, kan glukoz düzeylerini belli aralıkta tutabilme konusunda kararlar vermek zorunda kalmaktadır (83). Bu süreçte diyabetli bireylerin sadece verilen tedaviye uyum sağlaması değil, günlük yaşamında da değişiklikler yapması gerekmektedir. Bunun için bireylerin öz etkililik düzeyi belirleyici bir faktördür (84). Öz etkililik bireylere kendi kendini motive etme, kendini yansıtma, yaratıcılık ve olanakları ölçüsünde kendini yönetme, hissetme ve fikirlerinin üzerinde kontrol etme gücü vermektedir. Bu güçlü etki, diyabetli bireylerde öz etkililiğin önemini arttırmaktadır (85).

Bireyin öz bakım ve öz yönetim davranışlarını etkin bir şekilde sürdürme gücü öz etkililik ile mümkündür. Tip 2 DM komplikasyonlarının gelişiminin engellenmesi ya da ilerlemesinin önüne geçilmesi için bireyin öz etkililiği kazanmış olması gerekmektedir. Öz etkililik düzeyi veya algısı yüksek olan bireylerin hastalık ve tedavi yönetimleri daha iyi olmaktadır (7). Diyabetli bireylerin hastalıklarını kontrol altında tutabilmeleri için düzenli egzersiz, diyet uyumu, kan glukozunun kontrolü, uzun süreli ilaç tedavisine uyum sağlamak, insülin tedavisinin yan etkilerini bilmesi gibi öz bakıma yönelik davranışlara sahip olmalıdır. Bunun için kişilerin öz etkililik düzeylerinin artırılması gerekmektedir (7, 86). Öz etkililik düzeyi yüksek olan bireyler, amaca ulaşma konusunda daha istikrarlı çaba harcayıp, daha yüksek bir başarı beklentisine sahip olurlarken; öz etkililik düzeyi düşük olan bireylerin zorluklar karşısında daha erken pes ettikleri ya da çabalarını azalttıkları belirtilmektedir (87, 88). Diyabetli bireylerde öz etkililik düzeyi birçok faktörden etkilenmektedir. Yapılan araştırmalarda yaş, medeni durum, eğitim durumu, düzenli fiziksel aktivite, kronik hastalık varlığı, diyabet eğitimi alma durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz etkililik arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (89, 90, 91, 92).

2.3. CİNSEL YAŞAM KALİTESİ

2.3.1. Cinsel Yaşam Kalitesi Kavramının Tanımı

Cinsellik; hayat boyu deneyimlenen, cinsiyet, cinsel kimlik, cinsel yönelim, erotizm, haz, sevgi, yakınlık ve üreme kavramlarını içeren; çiftlerin birlikteliğinin temel dayanaklarından biri, kişilerin fiziksel ve duygusal özelliklerinin, iletişimlerinin, sosyal ve kültürel özelliklerinin etkileşimi sonucu meydana gelen bir kavram olarak tanımlanmaktadır (18, 93). Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin (World Association for Sexual Health-WAS) 2005 yılında kabul ettiği Cinsel Haklar Bildirgesi'ne göre cinsellik her bireyin kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Cinsellik; özgürlüğe, insan onuruna ve her bireyin eşitliğine dayalı evrensel bir insan hakkıdır. Cinsellik, cinsel hakların tanındığı, saygı duyulduğu ve uygulandığı ortamlarda mümkündür Birey; cinsel yaşamını zorlama olmadan, zarar görmeksizin, mutlu bir şekilde istediği kişi ve istediği biçimde yaşadığı sürece cinsel anlamda sağlıklı olmaktadır (93, 94, 95).

Cinsel yaşam kalitesi; üreme ve cinsel fonksiyonlarını etkileyen hastalık ya da sakatlığın olmaması, cinsel tepkileri baskılayan ve kişiler arası ilişkileri olumsuz yönde etkileyen utanç, korku, suçluluk, yanlış inançların olmaması, cinsel davranışları kontrol edebilme ve bundan memnun olma veya olmama durumu olarak tanımlanmaktadır (97, 97).

2.3.2. Cinsel Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Cinsel yaşam kalitesi ve cinsellik pek çok faktörden etkilenebilmektedir. Bu faktörler fiziksel, psikolojik ve sosyokültürel faktörler olarak üç başlıkta ifade edilmektedir (12). Fiziksel faktörler, bireyin bedenindeki değişikliklerle ilgilidir. Bu değişiklikler hormonal değişiklikler, vasküler bozukluklar, yaşlanma, travma, sinirsel bozukluklar, antidepresanlar ve ilaç yan etkileri, alkol ve keyif verici madde tüketimi şeklinde sıralanabilir (12, 97). Psikolojik faktörler ise beden imajı, kendine güven, cinsellik bilgisi, cinsiyet rollerine ilişkin eğilimler ve cinsel yönelim tercihlerini içermektedir (12). Sosyokültürel faktörler arasında ise ırk, etnik köken, sosyal statü,

evlilik durumu, aile ve sosyal destek grupları, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkileri, meslek ve eğitim düzeyi, aile planlaması bilinci ve inançlar yer almaktadır.

Ayrıca, kronik hastalıklar, tıbbi ve cerrahi müdahaleler, nörolojik sorunlar, geçirilen hastalık, aile hayatında değişiklik, şiddet gibi dış tehditler de bireyin cinsellikten zevk almasını, cinselliği yaşamasını dolayısıyla cinsel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (12, 98). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre: cinsel yaşam kalitesi; kardiyovasküler, nörolojik ve hormonal faktörler ile, kişilerarası ilişkiler, aile, toplum, kültür ve dinden etkilenebilmektedir (93).

2.3.3. Tip 2 Diyabet ve Cinsel Yaşam Kalitesi

Tip 2 DM; ülkemizde dünyaya paralel olarak salgın boyutunda artış göstermekte, bireyde ciddi komplikasyonlara ve cinsel yaşam kalitesini azaltan etkilere neden olmakta, vücuttaki organların, sistemlerin yapısını ve fonksiyonlarını bozmaktadır. Etkilediği sistemlerden biri de üreme sistemidir. DM hem kadında hem erkekte üreme organlarını ve seksüel aktiviteyi olumsuz etkileyerek cinsel isteksizlik ya da istek azalması, cinsel uyarılmada bozulma, cinsel ağrı, zevk alamama, cinsel tatmin eksikliği gibi cinsel fonksiyon bozukluklarına sebep olmaktadır (18, 99, 100, 101). Kronik bir hastalık olan tip 2 diyabetin en ihmal edilen ve en sık görülen komplikasyonlarından biri cinsel fonksiyon bozukluğudur (17). Cinsel disfonksiyon (CD), “bir kişinin cinsel olarak yanıt verme veya cinsel zevk alma becerisinde klinik olarak belirgin bir bozukluk” olarak tanımlanmaktadır (102). Diyabetli bireylerde CD'ye yol açan faktörler arasında; diyabetin tipi, süresi, HBA1c seviyesi, hiperlipidemi gibi endokrin ve metabolik anormallikler ve nöropati, vaskülopati gibi diyabetin kronik komplikasyonları yer almaktadır (103).

Diyabetin akut komplikasyonlarından olan hiperglisemi ile karakterize regülasyon bozukluğu, kadında vajinal mukozal bezlerin salgılarını bozarak kuruluğa neden olduğu için cinsel ilişki sırasında ağrıya yol açmakta, erkekte ise hiperglisemi sonucu damarlarının ve sinirlerin hasarına bağlı penise gelen kan akımı azalmakta ve yapısal değişikliklere neden olmaktadır (31, 24). Hipoglisemi ile karakterize regülasyon bozukluğu durumunda ise, tip 2 diyabetli bireyde yorgunluk, halsizlik, güçsüzlük oluşmakta, bu durum cinsel fonksiyon üzerine olumsuz etki etmektedir.

Diyabetli bireyin kan glukoz düzeyindeki bu değişiklikler ve metabolik kontrolün bozuk olması sonucu genitoüriner enfeksiyonlar meydana gelmekte, bu enfeksiyonlar cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (104, 105, 106). Tip 2 diyabetli bireylerde en sık fungal enfeksiyonlar görölmektedir. Yapılan araştırmalarda fungal enfeksiyonların DM hastalarının %10-60'ında bulunduğu bildirilmiştir (107).

Tip 2 diyabetin mikrovasküler kronik komplikasyonlarından olan nöropati; cinsel uyarılma ve cinsel ilişki sırasında zevke ulaşma sorunlarına neden olmaktadır. Ayrıca diyabetik nöropati sebebiyle mesane innervasyonu bozularak idrar retansiyonu ile bakteriüri görölmekte, idrar yolu enfeksiyonlarının görölme sıklığı artmaktadır. Makrovasküler komplikasyonlarından damarsal ve sinirsel hasar nedeniyle diyabetli bireyin cinsel organlarında hem fonksiyonel hem yapısal değişiklik olabilmektedir. Bu komplikasyonlar diyabetli bireyde; cinsel istek ve uyarılmada azalma, orgazm bozukluğu ve cinsel duyarlılığın azalması, kadında disparoniyle beraber klitoral ve labial duyarlılığın azalmasına, erkekte erektil disfonksiyon gibi fonksiyon bozukluklarına sebep olmaktadır (32, 102, 105, 106, 108). Ayrıca tip 2 diyabetli bireyde obezite, hiperlipidemi, hipertansiyon, sigara tüketimi, metabolik sendrom, cinsel disfonksiyon için etiyolojik risk faktörleri arasındadır (31, 109, 110). Diyabetik komplikasyonlara bağlı yaşam kalitesinin düşmesi seksüel performansı da azaltmaktadır (105).

Tip 2 diyabetin ayırt edici özellikleri olan insülin direnci ve visseral yağlanma nitrik oksit seviyesini azaltarak diyabetli erkeklerde erektil disfonksiyona neden olmaktadır. Ayrıca diyabetli erkeklerde gelişen mikroanjyopati ile oluşan motor ve otonom nöropati sonucu, penisten erektil merkeze gönderilen duyuşal uyarılar bozulmakta, korpus kavernozumdaki düz kasların gevşemesi için gerekli olan parasempatik aktivite azalmakta, penil dokularda arteriyel yetmezlik ve düz kas relaksasyonunda azalma ile ereksiyon bozukluğu oluşmaktadır (24, 105).

Diyabetli hastalarda hormonal dengesizlikler sonucunda da CD görölebilmektedir (105, 111, 112). Ayrıca depresyonun diyabetle ilişkisi olduğu bulunmuştur ve kadınlarda CD'nin en önemli nedeni depresyon ve kaygı olarak görölmektedir (113, 114)

Yapılan araştırmalar, bireylerin yaşamlarının herhangi bir döneminde her 3 kişiden birinin en az bir CD yaşadığını ortaya koymaktadır (26). Ülkemizde genel popülasyonda yapılan bir çalışmada CD prevalansı %45,5 olarak bulunmuştur (115). CD, diyabetli bireylerde diyabetli olmayanlara göre 10-20 yıl erken başlamakta ve daha sık grlmektedir (26). Üç bin yüz altmış sekiz (3168 diyabetik) ve 2823 kontrol grubunun karşılaştırıldığı 26 çalışmanın güncel bir meta analizde cinsel fonksiyon bozuklukları diyabetik bireylerde fazla olarak bulunmuştur (105). Ülkemizde literatür incelendiğinde diyabetli bireylerin cinsel yaşamlarının değerlendirildiği yeterli çalışmaya rastlanmamıştır (21, 24, 25).

2.4. Z ETKİLİLİK VE CİNSEL YAşAM KALİTESİ

z etkililik algısı, kişilerin nasıl hissedeceği, davranacağının belirlenmesini sağlayan önemli bir özelliktir. Kişilerin sahip olduğu öz etkililik algıları, cinsellikle ilgili konularda bireylerin davranışları üzerinde etkili olmaktadır (9,10). Kişilerin cinsellikle ilgili davranışlarını yönetebilmesinde ve karşılaştıkları sorunu zebilmesinde, cinsellikle ilgili inanç ve tutumlarında öz etkililiklerinin önemli olduğu savunulmaktadır (10,11).

Tip 2 diyabetli bireylerin; cinsellikle ilgili konuları daha rahat konuşabilmesi, istediği ve istemediği konuları rahatlıkla ifade etmesi ve tüm bunları ynlendirebileceğine yönelik inançlarının olması, bireylerin cinsel yaşamlarının daha kaliteli olmasını sağlamaktadır (116). Bireylerin cinsellik alanındaki duygusal tepkilerini ve davranışlarını da öz etkililikleri etkileyebilmektedir (10). Yapılan araştırmalarda, cinsel açıdan riskli davranışlar yapma, HIV ve hepatit C gibi kan yolu ile bulaşan hastalıklardan korunma gibi değerkenler ile öz etkililik arasında ilişki bulunmuştur (37, 117).

2.5. TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE Z ETKİLİLİK, CİNSEL YAşAM KALİTESİ VE HEMŞİRELİK

Her alanda sağlık hizmetine başvuranların önemli bir bölümünü tip 2 diyabetli bireyler oluşturmaktadır (53). Tip 2 diyabetli bireylerin bakımında multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Tip 2 diyabetlinin bakım ve tedavisinde

öncelikli amaç, metabolik kontrol sağlanarak komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu kapsamda bireyin yaşam kalitesinin fazla etkilenmeden günlük yaşamına sağlıklı bir birey gibi devam edebilmesi için bireyselleştirilmiş takip, tedavi ve bakımın yapılması gerekmektedir (2, 70).

Diyabete bağlı komplikasyonların engellenmesi için bireylerin, yaşam boyu diyabet yönetimlerini tükenmeden sağlamaları ve sürdürebilmeleri çok önemlidir. Tip 2 DM'li bireyin, var olan potansiyel gücünü fark etmesi ve uygun şekilde kullanabilmesi için bütüncül diyabet bakımı ve hasta merkezli bir ekip yaklaşımı gerekmektedir (6, 118). Hemşireler de diyabetli bireyler ile en fazla zaman geçiren, daha kolay ulaşılabilen ve etkili iletişim kurulabilen bir meslek grubu olarak hastalığın akut ve kronik seyri boyunca diyabetli bireylerin bakımında ve desteklenmesinde kilit rol oynamaktadır (103, 118). Hemşireler; eğitim, danışmanlık, vaka yöneticisi rollerini kullanarak diyabetli bireyin tedavisine, beslenme programına ve fiziksel aktivitesine uyum sağlamasında etkili rol almaktadır (70).

Diyabet bakım ekibinin profesyonel bir parçası olan hemşirelerin bireyi izleme, destekleme, motive etme ve bunlara bağlı olarak hastada öz etkililik düzeyini belirleme ve arttırmada önemli fonksiyonu bulunmaktadır (6, 118). Diyabetli bireylerin öz etkililik düzeyleri ile öz bakım güçleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada, diyabet eğitim programlarına katılan ve evde bakım hemşiresi tarafından ziyaret edilen bireylerin, beslenme ve insülin tedavisi ile ilgili öz etkililik düzeylerinin arttığı saptanmıştır (119).

Tip 2 diyabetli bireylerle çalışan hemşireler, hastayı bir bütün olarak ele almalı, göz ardı edilen cinsel yaşam aktivitelerini sorgulamalı, bu aktivite ile ilgili sorunları tanılamalı, sorunlara yönelik uygun hemşirelik sürecini başlatmalı ve değerlendirmelidir (120). Cinsel yaşam bütüncül yaklaşım çerçevesinde bireylerin önemli, ancak göz ardı edilen gereksinimlerinden biridir. Hemşirelerin cinselliğe yönelik kapsamlı bakım verme, bilgilendirme ve sorun çözümüne yardımcı olma gibi sorumluluklarına ek olarak eğitmenlik ve danışmanlık rolleri de bulunmaktadır (121). Ülkemizde; Hemşirelik Yönetmeliği kapsamında hemşirenin yetki, görev ve sorumlulukları dahilinde cinsel sağlık ve üreme danışmanlığı bulunmaktadır (122). Ayrıca ilgili yönetmelikte cinsel sağlık eğitimi de hemşirenin bağımsız fonksiyonu

olarak ifade edilmiştir. Bu nedenle hemşirelere hem cinselliği değerlendirmek için cinsel öykü alma hem de cinsel sorunlara müdahale etme sürecinde önemli görevler düşmektedir (123). Cinselliğin değerlendirilmesine hemşirenin kendine güveni, beden dili, iletişim becerileri ve konuya hakimiyeti önemli olmaktadır (124). Cinsel eğitim ve danışmanlığın; bireylerin cinsel konularla ilgili doğru bilgiler edinmelerine, cinsel mitlerin, sosyal, kültürel ve dini baskıların etkisi altında kalmadan cinselliği yaşamalarına, cinsel sorunlarına yönelik uygun girişimlerde bulunmalarına yardımcı olabileceği düşünülmektedir (121). Ayrıca DM'li birey ile kurulan güven ilişkisine dayalı bakım CD'nin saptanması ve yönetiminde fırsat sağlayabilir.

Yapılan araştırmalarda, hemşirelerin cinselliğe yönelik eğitim ve bilgi düzeylerinin istenen seviyede olmadığı, cinsel bakımın sağlanmasında zaman yetersizliği, hemşirelerin bireysel özellikleri, cinselliğe ilişkin tutumları, hasta bakımında cinselliğin öncelik olarak görülmemesi, klinikte kullanılan rehberlerin yetersizliği gibi bazı engeller olduğu bulunmuştur (98, 125, 126, 127) Hemşirelerin etkili bakım vermesi ve bakımın devamlılığının sağlanması açısından tip 2 diyabetlilerin öz etkililiklerinin desteklenmesi ve cinsel yaşamlarının mutlaka değerlendirilmesi gerekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tip 2 diyabetli bireylerde öz etkililiği ve cinsel yaşam kalitesini belirlemek, ikisi arasında ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve prospektif olarak yapılmıştır.

3.1.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri sosyo-demografik özellikler ve tıbbi özelliklerdir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve tip 2 diyabet öz etkililik ölçeği puan ortalamalarıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nin Diyabet ve Obezite Polikliniğinde yapılmıştır. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Yenimahalle ve Çankaya ilçelerinin sınırında konumlanmıştır.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyabet ve Obezite Polikliniğinde, günlük ortalama 50-60 diyabet hastasına poliklinik hizmeti verilmektedir. Bu hastaların yaklaşık 20-30 kişisini Tip 2 diyabetli hastalar oluşturmaktadır. Poliklinikte 3 oda ve 1 laboratuvar bölümü bulunmaktadır. Bu odalardan birinde diyabet ve obezite ayaktan hastaları görülmekte ve aylık hasta muayenesi ortalama 600, sonuç değerlendirme ise 1000 civarında olmaktadır. Poliklinikte, hemşireler tarafından diyabet eğitimi verilen ve ayaktan tedavi uygulanan iki ayrı oda bulunmaktadır. Burada çalışan diyabet eğitim hemşireleri diyabet eğitim sertifikasına sahip olup, diyabet hastalarına diyabetle ilgili oral antidiyabetikler, insülin tedavileri, beslenme özellikleri, egzersiz ve yaşam tarzı değişikliği konularında eğitim vermektedirler. Ayrıca rutin hemşirelik uygulamaları da yapılmaktadır. Hastalar,

cinsel yaşam ve cinsel sorunlara yönelik bilgilendirme ve tedavi için, genellikle üroloji servisine yönlendirilmektedir (128).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Diyabet ve Obezite Polikliniğine takip ve tedavi amacıyla başvuran diyabetli bireylerdir. Araştırmanın örneklemini ise bu polikliniğe Mart 2022–Mart 2023 tarihleri arasında başvuran, örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan Tip 2 diyabetli bireyler oluşturmuştur.

Örnekleme büyüklüğü; polikliniğe başvuran hasta sayısı değerlendirilerek, uzman görüşü ve istatistik danışmanı desteği ile hesaplanmıştır. Uzman bir istatistikçi tarafından G*Power 3.1.3 istatistik programı ile örnekleme hesabı, incelenen literatürler doğrultusunda (6,21) Tip II diyabetes mellituslu bireylerde cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmaya dayanılarak belirlenmiştir. %95 güven aralığında, %8 hata payı, etki büyüklüğü 0,5 olmak üzere çalışmanın gücünün %85 değerini geçmesi için atanan kişi sayısı minimum 152, maximum ise 293 olarak hesaplanmıştır. Cinselliğin özel bir alan olması nedeni ile sınırlı sayıda hastaya ulaşılabileceğinin düşünülmesi, literatürde Topçu'nun (2015) diyabetli bireylerde cinsel disfonksiyonu değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada 280 hastaya ulaşmış olması gibi nedenlerle %8 hata payının kullanılması uygun görülmüştür.

Araştırmada basit rastgele örnekleme formülü kullanılarak örnekleme seçimi yapılmıştır. 105 erkek, 108 kadın olmak üzere 213 tip 2 diyabetli bireyin verileri toplanmıştır. Ancak 9 birey veri toplama araçlarını tam doldurmadığı için araştırma dışı bırakılmıştır. Araştırma; 100 erkek 104 kadın olmak üzere 204 birey ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Araştırmaya;

- En az 6 aydır doktor tarafından Tip II DM tanısı almış olan,

- 18-65 yaş arasında olan,
- İletişim engeli olmayan (işitme ve konuşma),
- Son dört hafta içerisinde cinsel yönden aktif olan,
- Evli ya da düzenli cinsel partneri olan,
- Soruları fiziksel ve ruhsal olarak yanıtlayabilmesinde bir engeli olmayan,
- Okuma-yazma bilen,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler dahil edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Cinsellikle ilgili herhangi bir tedavi programına katılan,
- Cinsel yaşamı etkileyecek bir ilaç kullanan (Sildenafil/Viagra),
- Diyabetin neden olabileceği hastalıklar dışında başka bir hastalığı olan (Hipertansiyon, kalp hastalıkları ve böbrek hastalıkları dışında),
- Cinsel partnerinin cinsellikle ilgili herhangi bir sağlık sorunu olan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Gebe ve emziren anne olan,
- Tip 1 diyabetli olan

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak; bireylerin demografik ve bazı tıbbi özelliklerini belirleyen “Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu”(EK-1), “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K)” (EK-2), “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Erkek (CYKÖ-E)”(EK-3) ve “Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği”(EK-4) kullanılmıştır.

3.4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu (EK-1)

Örneklem seçim kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylerin tanıtıcı ve tıbbi bilgilerini belirlemek üzere araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür incelenerek geliştirilmiştir (21, 24, 32, 129, 130, 131, 132, 133,134).

Form; diyabetli bireylerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, aile yapısı vs.) içeren 9 soru ve tıbbi bilgilerini (sigara kullanma durumu, diyabetin süresi, tedavi türü, eğitim alma durumu vs.) içeren 8 soru olmak üzere toplam 17 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca, tıbbi özelliklerin içerisinde cinsel yaşam öyküsüne ilişkin (tanı öncesi cinsel yaşamı değerlendirme durumu) ve antropometrik ölçüm (boy, kilo, BKİ) değerleriyle ilgili bilgiler de yer almaktadır. Bu formda yer alan bilgiler, hastaların bireysel ifadeleri ile diyabet polikliniğinin eğitim odasında doldurulmuştur.

3.4.2. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) (EK-2)

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (Sexual Quality of Life Questionnaire Female-SQOL-F); kadınların cinsel yaşam kalitesini ölçmek amacıyla 2005 yılında Symonds ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir ölçek olup Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında Tuğut ve Gölbaşı tarafından yapılmıştır.

Son dört hafta içindeki cinsel yaşam göz önünde bulundurularak ölçekteki ifadelerin yanıtlanması gerekmektedir. Madde sayısı 18 olan ölçek altılı likert tipinde olup, 18 yaşın üstündeki bütün kadınlara uygulanabilmektedir. Ölçeğin orijinalinde her bir maddeye 0-5 veya 1-6 arasında puan verilebileceği ifade edilmektedir (Symonds ve ark,2005). Her soru 1-6 arasında puanlanacak olan sistemde (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük Ölçüde Katılıyorum, 3=Kısmen Katılıyorum, 4=Kısmen Katılmıyorum, 5=Büyük Ölçüde Katılmıyorum, 6=Hiç Katılmıyorum) olarak puanlandırılacaktır. Bu şekilde ölçekten alınabilecek puan aralığı 18-108 arasındadır. Toplam puan hesaplanmadan önce 1.5.9.13.18 numaralı maddelerin puanlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. Toplam ölçek puanının 100'e dönüştürülmesi için; $(\text{Ölçek ham puan}-18) * 100/90$ formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Örneğin ölçekten alınan ham puan toplamı 63 olan bir bireyin 100'e dönüştürülmüş ölçek puanı; $(63-18) * 100/90=50$ olmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir. CYKÖ-K madde toplam puan güvenilirlik katsayısının $r=0,32-0,67$ arasında değiştiği, ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik kat sayısı 0,83 olarak belirlenmiştir. (12, 135). Bu

araştırmada CYKÖ-K'nın cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,76 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Erkek (CYKÖ-E) (EK-3)

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Erkek (Sexual Quality of Life Questionnaire Male- SQOL-M) erkeklerin cinsel yaşam kalitesini ölçmek amacıyla Abraham ve arkadaşları tarafından kadınlar için geliştirilen Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (136) formundan 7 madde çıkarılarak oluşturulmuştur. Ölçek 11 maddeden oluşup altılı likert tipindedir (137). Maddeler 1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3= Kısmen katılıyorum, 4= Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6= Hiç katılmıyorum şeklinde kullanılmıştır. Ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmektedir ve “(Ölçekten alınan ham puan- Ölçekten alınabilecek en düşük puan) * 100 / (Ölçekten alınabilecek en yüksek puan – en düşük puan)” formülü kullanılmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı (Cronbach alpha) 0,82 olarak bulunmuştur (137). Ölçek maddeleri ölçeği geliştiren Abraham, Symonds ve Morris (2008) tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir.

Ölçeğin Türkiye' deki geçerlilik ve güvenirlik çalışması, 2018 yılında Kılıç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. CYKÖ-E madde toplam puan güvenirlik katsayısının 0.43 ile 0.81 arasında değiştiği, Cronbach alpha değerinin 0,91 olduğu bildirilmiştir (138). Bu araştırmada CYKÖ-E'nin cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,65 olarak bulunmuştur

3.4.4. Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği (EK-4)

Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği; 1999 yılında Van der Bijl, Poelgeest-Eeltink ve Shortridge-Baggett tarafından diyabetli bireylerin kendi bakım aktivitelerini yerine getirme konusunda kendi gücünü algılama düzeyini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeği oluşturan maddeler aşağıdaki aktiviteler üzerine temellendirilmiştir.

1. Diyabet tedavisi için yapılması gerekenler (ilaç kullanımı, diyet, fizik egzersiz),
2. Kendini izleme, kendini kontrol etme (kan şekeri değerini bilmek, vücut kilosu, ayak kontrolü, genel sağlık durumu),
3. Kendi aktivitelerini düzenlemek (hipoglisemi, hiperglisemi düzeltilmesi, tatile hazırlanma, beslenmede değişim, fazla vücut kilosu, hastalık ve stres durumunda kendini kontrol etme).

Orijinal ölçek 20 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir. Likert tipte olan ölçek; "evet, eminim-5 puan, evet- 4 puan, ne evet ne hayır-3 puan, hayır-2 puan, hayır emin değilim-1 puan" şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekte olumsuz puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür (139).

Ölçeğin değerlendirilmesinde elde edilen genel puan ortalamasına göre bireylerin düşük/orta/yüksek düzeyde öz-etkililiğe sahip oldukları söylenmekte ve puan arttıkça öz etkililik düzeyi yüksek, puan azaldıkça öz etkililik düzeyi düşük olarak değerlendirilmektedir (139).

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında Kara, Van der Bijl, Shortridge-Baggett, Aştı ve Ergüney tarafından yapılmıştır. Kara ve arkadaşları tarafından yapılan kültürlerarası uyarlama çalışmasında ölçeğin üç boyutu belirtilmiştir. Bu boyutlar; diyet+ayak kontrolü (1-9, 11, 13, 14), tıbbi (medikal) tedavi (10, 12, 18-20), fiziksel egzersiz (15-17)'dir. Tüm ölçek için cronbach's alpha değeri 0,88 olduğu bulunmuştur. Ölçeğin 3 faktörlük yapısı olduğu görülmüştür. Toplamda ölçek varyansın %55,2 olarak açıklandığı, ölçeğin alt boyutlarının içinde %9,2 ile %34,9 arasında katkıda bulunduğu belirlenmiştir. Güvenilirlik çalışmasında, iç tutarlılığı 0,89, maddeler arası korelasyonu 0,91 olan, Faktör analizi sonucunda ölçeğin toplam varyansın %55,2'sini açıkladığı belirlenen, öz-etkililik ölçeğinin Türkçe için geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir (85, 140). Bu araştırmada ölçeğin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0,56 olarak bulunmuştur.

3.5. Ön Uygulama

Araştırmada kullanılan veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini, işlerliğini saptamak ve olası sorunları belirlemek amacıyla etik kurul ve kurum izinlerinin tamamlanmasından sonra, dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 5 katılımcı ile ön uygulama yapılmıştır. Gazi Hastanesi'nin Diyabet ve Obezite Polikliniğinde katılımcılarla yüz yüze görüşülerek anketler doldurulmuştur. Ön uygulama sonrasında veri toplama formlarında herhangi bir değişiklik olmamıştır. Ön uygulamaya alınan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma verileri; araştırmacı tarafından, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nin Diyabet ve Obezite Polikliniğine takip ve tedavi amacıyla başvuran tip 2 diyabetli bireylerden, etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra prospektif olarak toplanmıştır. Veri toplama süreci Mart 2022- Mart 2023 tarihleri arasında gerçekleşmiştir.

Diyabetes Mellitus hastalığının cinsel yan etkileri, tanıyı alıp tedavinin başlamasını takiben ilk altı ay içinde ortaya çıktığından (Francesco ve ark., 2018) en az altı aydır doktor tarafından tip 2 diyabet tanısı almış olan bireyler araştırmaya dahil edilmiştir. Veri toplama araçları polikliniğe belirlenen tarihler arasında başvurup, dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırma kapsamına alınan tüm bireylere uygun bir ortam oluşturularak polikliniğin eğitim odasında uygulanmıştır.

Araştırmacı kendini tanıtarak, araştırmanın amacı, yöntemi ve içeriği konusunda bilgi verildikten sonra, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edenlerin sözlü ve yazılı onamları "Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-6)" ile alınmıştır. Veri toplama formları katılımcılara eğitim odasında birebir olarak verilmiştir. Formlar, katılımcıların isteği doğrultusunda ya kendisi doldurmuş ya da araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Görüşmeler bireylerin boş ve uyarının en az olduğu saatler gözlemlenerek gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan her birey ile tek görüşme yapılmıştır. Görüşmeler bireysel olarak yalnız yapılmış olup, hastaneye birlikte geldiği eş, çocuk

ve yakınları mahremiyetin sağlanması açısından görüşmeye alınmamıştır. Görüşmeler ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Veri toplama araçlarındaki sorular araştırmacı tarafından okunmuş, kişilerin verdikleri yanıtlar formlara kaydedilmiştir. Görüşme sırasında katılımcıların soruları dikkate alınıp gerekli açıklamalar yapılmıştır. Bireylerin boy ve kilo ölçümleri araştırmacı tarafından polikliniğin işlem odasında yapılmıştır. Araştırmacı, veri toplamak için her hafta ortalama iki gün olarak şekilde poliklinikte bulunmuştur. Araştırma süresince katılımcılardan veri toplamak amacıyla tedavi protokolü harici bir laboratuvar tetkiki veya test yapılmamıştır. Örneklem hesabında belirlenen sayıya ulaşıldığında veri toplama işlemi sona ermiştir. Veri toplama formları ile elde edilen bilgiler bilgisayar ortamına aktarılarak istatistiksel analizi yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik kurul izni T.C Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu 2022-276 nolu kararı (Bkz. EK-5) ile alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı bilgilendirilmiş onam formları (Bkz. EK-6) alınmıştır. Veri toplama aşamasında kullanılan CYKÖ-K (Bkz. EK-2), CYKÖ-E (Bkz. EK-3) ve Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği (Bkz. EK-4) yazarlarından e-posta yoluyla kullanım izni alınmıştır (Bkz. EK-7). Araştırma verileri kilitli bir dolapta muhafaza edilerek bilgisayar ortamına sadece araştırmacı tarafından aktarılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkezde ve sınırlı tarihler arasında yapılmış olması sebebiyle sonuçların genellenememesi, araştırma konusunun cinsel yaşam gibi toplumumuzda özel kabul edilen bir konu olması sebebiyle bazı sorunların gizlenebilmiş ihtimalinin olması, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve soruların öz bildirim dayalı olması, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Erkek ve Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği'nin cronbach alpha güvenilirlik katsayılarının düşük bulunması (0,65; 0.56) araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 24,0 istatistiksel paket programına aktarılarak, araştırmacı ve bir uzman tarafından analiz edilmiştir. Çalışmanın gücü için G*Power 3.1.3 paket programı kullanılmıştır. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin sunulmasında tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%), sürekli değişkenler için ortalama, standart Sapma (Medyan), minimum, maksimum (Min-Maks) değerler ve ortanca şeklinde gösterilmiş. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Simirinov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen 2 gruplu verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Testi, üç veya daha fazla grup için Kruskal- Wallis H testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin arasındaki ilişki incelenirken Spearman korelasyonundan faydalanılmıştır. Spearman korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değişen değerler almaktadır. İlişki olmadığı durumda katsayı sifira yaklaşırken, güçlü bir ilişki olması durumunda bulunan değer mutlak değer olarak 1'e yaklaşmaktadır. İlişki katsayısının işaretinin pozitif olması aynı yönlü ilişkiyi yani değişkenlerden biri artarken (azalırken), diğerinin de arttığını (azaldığını) göstermektedir. Aynı şekilde değişkenlerden birinin aldığı değer artıyorken diğeri azalıyorsa ters yönlü bir ilişkiden söz edilmekte bu durumda ilişki katsayısının işareti negatif olmaktadır (141). Araştırmada ölçme aracı olarak kullanılan Ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. İstatistik anlamlılık düzeyi için $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde 204 bireyden toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Elde edilen bulgular, aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur.

4.1. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.1.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.1.2. Bireylerin Tıbbi Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

4.2.1. Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular

4.2.2. Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular

4.2.3. Bireylerin Tıbbi Özelliklerine Göre Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular

4.3. Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ile Kadın-Erkek Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular

4.4. Tip 2 Diyabetli Bireylerin CYKÖ-K ve CYKÖ-E Puanlarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

4.4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre CYKÖ-K ve CYKÖ-E Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

4.4.2. Bireylerin Tıbbi Özelliklerine Göre CYKÖ-K ve CYKÖ-E Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

4.5. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ile Kadın-Erkek CYKÖ Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek İçin Yapılan Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

4.1. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=204)

Özellikler	n	%
Yaş (\bar{X}+SS) yıl	49,27±10,70	
Yaş		
20-35	28	13,72
36-49	64	31,37
50-65	112	54,90
Cinsiyet		
Kadın	104	50,98
Erkek	100	49,02
Medeni Durum		
Bekâr	30	14,71
Evli	174	85,29
Eğitim Durumu		
İlköğretim	65	31,86
Lise	85	41,67
Üniversite ve üzeri	54	26,47
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	111	54,41
Çalışmıyor	93	45,59
Meslek		
Memur	51	25,00
Serbest Meslek	26	12,75
Emekli	45	22,06
Ev Hanımı	45	22,06
Diğer*	37	18,13
Gelir Durumu Algısı		
Gelir giderden az	9	4,41
Gelir gidere eşit	73	35,78
Gelir giderden fazla	122	59,80
Sosyal Destek Faktörü		
Var	186	91,18
Yok	18	8,82
Aile Yapısı		
Yalnız yaşıyor	27	13,24
Çekirdek aile	151	74,02
Geniş aile	26	12,75
Değerler ya frekans ya da ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir.		
*Öğrenci, fabrika çalışanı, sanayi çalışanı, işletmeci, müşteri temsilcisi, kurye, şoför		

Tablo 4.1.1.'de araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine yönelik bulgular yer almaktadır. Örnekleme oluşturan 204 tip 2 diyabetli bireyin yaş ortalaması 49,27±10,70 yıl olup, bireylerin %50,98'i kadın, %49,02'si erkek ve %85,29'u evlidir. Eğitim durumu incelendiğinde %26,47'si üniversite ve üzeri,

%41,67'si lise mezunudur. Bireylerin %54,41'i çalıştığını belirtmiş, %25'i memur, %22,06'sı emekli ve %22,06'sı ev hanımıdır. Bireylerin %59,80'inin geliri giderinden fazla, %35,78'inin geliri giderine eşittir. Bireylerin %91,18'inin sosyal desteği mevcut olup %74,02'si çekirdek aile yapısına sahip ve %13,24'ü yalnız yaşamaktadır.

Tablo 4.1.2. Bireylerin Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı (n=204)

Özellikler	N	%
Sigara/Alkol Kullanma Alışkanlığı		
Var	45	22,06
Yok	88	43,14
Bıraktı	71	34,80
Beden Kütle İndeksi (kg/m²) (X̄±SS)	28,78±3,58	
Beden Kütle İndeksi (kg/m²)		
Normal	18	17,31
Fazla Kilolu	39	37,50
I. Derece Obez	41	39,42
II. Derece Obez	6	5,77
Diyabet Tanı Süresi		
6 ay-1 Yıl	33	16,18
1-3 Yıl	52	25,49
4-6 Yıl	42	20,59
7-9 Yıl	48	23,53
10 Yıl ve üzeri	29	14,22
Diyabette Farmakolojik Tedavi		
Sadece oral antidiyabetikler	104	50,98
Sadece insülin tedavisi	66	32,35
Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte	34	16,67
Komorbid Hastalık Varlığı (n=204) *		
Yok	90	35,71
Kalp hastalığı	87	34,52
Böbrek hastalığı	40	15,87
Ayak yarası	20	7,94
Hissizlik\duyu kaybı	8	3,17
Görme hasarı	6	2,38
Felç	1	0,40
Diyabet ile İlgili Eğitim Alma Durumu		
Evet	186	91,18
Hayır	18	8,82
Kimlerden Eğitim/Bilgi Aldığı (n=186) *		
Sağlık profesyoneli	182	97,84
İnternet/ TV	42	22,58
Kitap/ broşür/ kitapçık/ gazete	41	22,04
Arkadaşlar	36	19,35
Aile	28	15,05
Diğer **	3	1,61
Diyabet Tanısı Almadan Önce Cinsel Yaşamı Değerlendirme Durumu		
İyi	108	52,94
Orta	83	40,69
Kötü	13	6,37
Değerler ya frekans ya da ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir.		
*Yüzdeler n değeri üzerinden hesaplanmıştır, n katlanmıştır.		
**Diğer eğitim alınan araç/kişiler: Diğer hastalar, refakat eden kişiler, akraba		

Tablo 4.1.2.'de araştırmaya katılan diyabetli bireylerin tıbbi özelliklerine yönelik bulgular yer almaktadır. Bireylerin %43,14' alkol veya sigara kullanmamakta olup %34,80'i daha önce kullanıp bıraktığını belirtmiştir. Araştırmada, BKİ değerleri WHO sınıflandırmasına göre gruplandırılmış olup, BKİ'nin 18,5- 24,9 arasında bulunması normal kilolu, 25-29,9 arasında bulunması fazla kilolu 30-34,9 arasında olması I. derece obezite, 35-39,9 aralığında olması II. derece obezite, 40 ve üzeri ise III. derece morbit obezite olarak değerlendirilmiştir (WHO, 2015). Bireylerin BKİ ortalaması $28,78 \pm 3,58 \text{ kg/m}^2$ olup büyük çoğunluğu fazla kilolu ve I. derece obez grubunda yer almaktadır (%37,50 ve %39,42). Diyabet tanı sürelerine bakıldığında bireylerin %16,18'i bir yıl veya daha az süredir, %25,49'u 1-3 yıldır, %20,59'u 4-6 yıldır diyabetli olduğu grlmektedir. Farmakolojik tedavi olarak bireylerin %50,98'inde sadece oral antidiyabetik kullanılırken, %32,35'inde sadece insülin tedavisi kullanmakta ve %16,67'sinde hem oral antidiyabetik hem de insülin tedavisi kullanmaktadır.

Komorbid hastalık varlığına bakıldığında bireylerin %34,52'si kalp hastalığı olduğunu, %15,87'si böbrek hastalığı olduğunu, %7,94'ünün ayak yarası olduğunu, %35,71'i ise diyabete bağlı herhangi bir komplikasyon yaşamadığını belirtmiştir. Bireylerin %91,18'i diyabet ile ilgili eğitim almıştır. Eğitim veya bilgi alanların %97,84'ünün sağlık profesyonelinden, %22,04'ünün kitap/broşür/kitapçık veya gazeteden, %22,58'inin internet/TV üzerinden eğitim aldığı grlmektedir. Bireylerin diyabet tanısı almadan önceki cinsel yaşamlarını değerlendirme durumları incelendiğinde %52,94' iyi, %40,69'u orta ve %6,37'si kötü olarak değerlendirmiştir.

4.2. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımları(n=204)

Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği	X \pm SD (Ortanca)	Min-Maks
Diyet+ayak kontrolü	47,16 \pm 6,98 (48,00)	22,00-57,00
Tıbbi tedavi	22,17 \pm 2,50 (23,00)	15,00-25,00
Fiziksel egzersiz	8,09 \pm 1,63 (8,00)	4,00-10,00
Toplam puan	81,18\pm10,14 (82,00)	47,00-97,00

Tablo 4.2.1.'de araştırmaya katılan bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlara yönelik bulgular yer almaktadır. Tip 2 diyabetli bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği toplam puan ortalaması 81,18 \pm 10,14 (47-97)'tür. Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde diyet+ayak kontrolü puan ortalamasının 47,16 \pm 6,98, tıbbi tedavi puan ortalamasının 22,17 \pm 2,50 ve fiziksel egzersiz puan ortalamasının ise 8,09 \pm 1,63 olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.2. Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Tip 2 Diyabet Öz Etklilik Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular(n=204)

Özellikler	Diyet+ayak kontrolü	Tıbbi tedavi	Fiziksel egzersiz	Diyabet öz-etkililik toplam puan
Yaş				
20-35 ^a	50,11±7,34	22,32±2,33	8,96±1,37	85,75±10,26
36-49 ^b	47,77±6,74	22,09±2,40	8,30±1,61	82,08±9,72
50-65 ^c	46,08±6,83	22,18±2,61	7,75±1,61	79,53±10,01
KW	10,560	0,191	15,367	11,273
P	0,005 a>b>c	0,909	0,000 a>b>c	0,004 a>b>c
Cinsiyet				
Kadın	46,12±7,92	21,90±2,64	7,73±1,84	79,33±11,51
Erkek	48,25±5,68	22,45±2,32	8,46±1,28	83,11±8,09
MWU	4551,500	4614,500	4089,500	4328,000
P	0,123	0,160	0,007	0,038
Medeni Durum				
Bekar	50,53±6,15	23,00±2,03	8,67±1,35	86,40±8,76
Evlü	46,58±6,97	22,03±2,55	7,99±1,66	80,28±10,11
MWU	1653,500	2088,000	2011,000	1647,000
P	0,001	0,077	0,041	0,001
Eğitim Durumu				
İlköğretim ^a	44,34±6,09	21,32±2,67	7,54±1,66	76,62±9,19
Lise ^b	47,01±7,09	22,25±2,49	7,94±1,57	80,94±9,94
Üniversite ve üzeri ^c	50,80±6,23	23,07±1,95	8,98±1,31	87,06±8,60
KW	33,579	13,431	25,945	36,692
P	0,000 c>b>a	0,001 c>b>a	0,000 c>b>a	0,000 c>b>a
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	48,79±6,41	22,44±2,29	8,62±1,35	83,83±8,93
Çalışmıyor	45,22±7,17	21,85±2,71	7,45±1,71	78,02±10,61
MWU	3578,000	4555,500	3135,500	3475,000
P	0,000	0,144	0,000	0,000

KW: Kruskal Wallis testi, MWU: Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0,05* a, b, c: gruplar arasındaki farklılıklarını gösterir.

Tablo 4.2.2. Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular Devamı (n=204)

Özellikler	Diyet+ayak kontrolü	Tıbbi tedavi	Fiziksel egzersiz	Diyabet öz-etkililik toplam puan
Meslek				
Memur ^a	49,22±6,98	22,33±2,31	8,76±1,34	84,53±9,72
Serbest Meslek ^b	47,92±5,14	22,35±2,28	8,38±1,42	82,23±7,68
Emekli ^c	45,84±6,99	22,24±2,43	7,60±1,60	79,27±10,01
Ev Hanımı ^d	44,09±7,81	21,53±2,96	7,22±1,82	76,20±11,13
Diğer ^e	48,94±5,34	22,59±2,34	8,62±1,33	84,15±8,28
KW	18,005	3,285	27,719	20,564
P	0,003 a>e>b>c>d	0,656	0,000 a>e>b>c>d	0,001 a>e>b>c>d
Gelir Durumu Algısı				
Gelir giderden az	48,11±7,08	22,56±2,74	8,33±1,73	82,89±8,46
Gelir gidere eşit	46,85±7,41	22,10±2,60	7,93±1,69	80,60±11,08
Gelir giderden fazla	47,28±6,75	22,19±2,44	8,16±1,59	81,40±9,70
KW	0,221	0,278	1,014	0,255
P	0,895	0,870	0,602	0,880
Sosyal Destek Faktörü				
Var	47,34±6,73	22,22±2,43	8,16±1,60	81,51±9,73
Yok	45,28±9,19	21,67±3,18	7,33±1,78	77,78±13,48
MWU	0,636	0,235	3,784	1,388
P	0,425	0,628	0,052	0,239
Aile Yapısı				
Yalnız yaşıyor ^a	49,04±6,48	22,41±2,29	8,52±1,53	83,85±9,39
Çekirdek aile ^b	47,19±7,17	22,16±2,55	8,03±1,62	81,14±10,40
Geniş aile ^c	45,08±5,92	22,00±2,48	8,00±1,74	78,65±8,88
KW	6,117	0,411	2,239	4,312
P	0,047 a>b>c	0,814	0,326	0,116

KW: Kruskal Wallis testi, MWU: Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0,05* a,b,c: gruplar arasındaki ortanca farklılıklarını gösterir.

Tablo 4.2.2.'de araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına yönelik bulgular yer almaktadır. Bireylerin ölçek alt boyutu puanları incelendiğinde, diyet+ayak kontrolü ve fiziksel egzersiz alt boyutu puanları 20-35 yaş grubu bireylerde diğer yaş grubundaki bireylere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,005<0,05$, $p=0,000<0,05$). Bireylerin yaş grubu arttıka ölçek puan ortalamaları azalmaktadır. 20-35 yaş grubu bireylerin diyet+ayak kontrolü alt boyut puanı $50,11\pm 7,34$ ve fiziksel egzersiz puanı $8,96\pm 1,37$ olarak bulunurken, 50-65 yaş grubu bireylerin bu alt boyutlarından aldıkları puanlar ($46,08\pm 6,83$, $7,75\pm 1,61$) en düşük bulunmuştur. Tıbbi tedavi alt boyutu ile yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Öz etkililik toplam ölçek puanlarına bakıldığında, 20-35 yaş grubundaki bireylerin ortalama puanı ($85,75\pm 10,26$) diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,004<0,05$).

Bireylerin cinsiyetleri ile diyet+ayak kontrolü ve tıbbi tedavi alt boyutları arasındaki fark anlamlı bulunmamış ($p>0,05$), fiziksel egzersiz alt boyutu ve öz etkililik toplam ölçek puanları incelendiğinde, erkeklerin puanları kadınlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,007<0,05$, $p=0,038<0,05$).

Bireylerin medeni durumları ile diyet+ayak kontrolü alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık olduğu görölmektedir ($p=0,001<0,05$). Bekarların alt boyut puan ortalaması ($50,53\pm 6,15$) evlilerin puan ortalamasından ($46,58\pm 6,97$) daha yüksektir. Tıbbi tedavi alt boyutu ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Fiziksel egzersiz alt boyutu ve öz etkililik toplam ölçek puanlarına bakıldığında bekarların puan ortalaması evlilere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,041<0,05$, $p=0,001<0,05$).

Bireylerin eğitim durumları ile diyet+ayak kontrolü, fiziksel egzersiz alt boyutları, öz etkililik toplam ölçek puanları ($p=0,000<0,05$) ve tıbbi tedavi alt boyutu ($p=0,001<0,05$) arasında anlamlı bir farklılık olduğu görölmektedir. Bu farklılık, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan bireylerin ölçek alt boyutları ve öz

etkililik toplam ölçek puan ortalamalarının diğerlerinin puan ortalamasından istatistiksel olarak yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Bireylerin çalışma durumları incelendiğinde, çalışan bireylerin diyet+ayak kontrolü, fiziksel egzersiz alt boyut puanları ve öz etkililik toplam ölçek puanları çalışmayan bireylerin puanlarına göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Tıbbi tedavi alt boyutu ile çalışma durumları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Bireylerin meslekleri ile diyet+ayak kontrolü ($p=0,003<0,05$), fiziksel egzersiz ($p=0,000<0,05$) alt boyutları ve öz etkililik toplam ölçek puanları ($p=0,001<0,05$) arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Bu farklılığın memur olan meslek grubunun diyet+ayak kontrolü, fiziksel egzersiz alt boyutları ve öz etkililik toplam ölçek puanlarının diğer meslek gruplarından daha yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur. Ayrıca tıbbi tedavi alt boyutu ile meslekler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Bireylerin gelir durumları ve sosyal destek faktörü varlığı/yokluğu ile öz etkililik ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Bireylerin aile yapıları incelendiğinde, diyet+ayak kontrolü alt boyut puanları ile aile yapıları arasında anlamlı bir farklılık saptanırken ($p=0,047<0,05$), fiziksel egzersiz, tıbbi tedavi alt boyut puanları ve öz etkililik toplam ölçek puanları ile aile yapıları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Diyet+ayak kontrolü alt boyut puanları yalnız yaşayan bireylerde ($49,04\pm 6,48$) geniş ailede ($45,08\pm 5,92$) ve çekirdek ailede ($47,19\pm 7,17$) yaşayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.2.3. Bireylerin Tıbbi Özelliklerine Göre Tip 2 Diyabet Öz Etklilik Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular(n=204)

Özellikler	Diyet+ayak kontrolü	Tıbbi tedavi	Fiziksel egzersiz	Diyabet öz-etkililik toplam puan
Sigara/Alkol Kullanma Alışkanlığı				
Var	46,20±6,70	21,64±2,44	8,16±1,76	79,73±9,69
Yok	47,14±8,13	22,10±2,75	8,07±1,73	81,10±11,87
Bıraktı	47,80±5,46	22,59±2,15	8,07±1,43	82,20±7,83
KW	1,898	3,516	0,385	1,924
p	0,387	0,172	0,825	0,382
BKI				
Normal ^a	50,44±6,11	22,86±2,41	8,92±1,33	86,21±9,35
Fazla kilolu ^b	48,60±6,62	22,62±2,18	8,47±1,43	83,89±8,99
I. derece obez ^c	44,19±6,60	21,12±2,59	7,32±1,61	75,99±9,43
II. derece obez ^d	43,09±6,61	21,11±2,59	7,00±1,73	75,00±8,92
KW	34,120	20,623	35,109	44,100
p	0,000	0,000	0,000	0,000
	a>b>c>d	a>b>c>d	a>b>c>d	a>b>c>d
Diyabet Tam Süresi				
0-1 Yıl ^a	48,67±6,78	21,73±2,10	8,61±1,56	83,21±9,83
1-3 Yıl ^b	48,96±6,91	22,54±2,41	8,67±1,40	84,31±9,74
4-6 Yıl ^c	47,55±6,50	22,21±2,57	8,12±1,66	81,60±9,93
7-9 Yıl ^d	45,02±5,87	21,98±2,57	7,44±1,49	77,79±8,51
10 Yıl ve üzeri ^e	45,21±8,57	22,28±2,89	7,48±1,77	78,28±11,99
KW	14,971	4,205	22,554	16,036
p	0,005	0,379	0,000	0,003
	b>a>c>e>d		b>a>c>e>d	b>a>c>e>d

KW: Kruskal Wallis testi, MWU: Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0,05* a, b, c: gruplar arasındaki farklılıklarını gösterir.

Tablo 4.2.3. Bireylerin Tıbbi Özelliklerine Göre Tip 2 Diyabet Öz Etklilik Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular Devamı (n=204)

Özellikler	Diyet+ayak kontrolü	Tıbbi tedavi	Fiziksel egzersiz	Diyabet öz-etkililik toplam puan
Diyabette Farmakolojik Tedavi				
Sadece oral antidiyabetikler ^a	46,20±6,75	21,16±2,26	8,12±1,66	79,27±9,65
Sadece insülin tedavisi ^b	50,15±6,18	23,71±1,83	8,56±1,33	86,38±8,62
Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte ^c	44,29±7,28	22,26±2,83	7,06±1,63	76,94±10,52
KW	23,283	50,305	17,731	33,167
p	0,000 b>a>c	0,000 b>c>a	0,000 b>a>c	0,000 b>a>c
Diyabet ile İlgili Eğitim Alma Durumu				
Evet	47,52±6,74	22,23±2,44	8,15±1,60	81,69±9,85
Hayır	43,50±8,48	21,61±3,07	7,50±1,86	75,89±11,80
MWU	1221,500	1506,000	1336,000	1220,000
p	0,058	0,477	0,149	0,057
Diyabet Tanısı Almadan Önce Cinsel Yaşamı Değerlendirme Durumu				
İyi ^a	49,63±6,38	22,88±2,36	8,59±1,45	85,14±9,25
Orta ^b	45,05±6,12	21,36±2,40	7,64±1,60	77,54±8,63
Kötü ^c	40,15±8,11	21,46±2,73	6,77±1,74	71,54±11,48
KW	38,408	21,742	24,302	44,189
p	0,000 a>b>c	0,000 a>b>c	0,000 a>b>c	0,000 a>b>c

KW: Kruskal Wallis testi, MWU: Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0,05* a,b,c: gruplar arasındaki farklılıklarını gösterir.

Tablo 4.2.3.'te araştırmaya katılan bireylerin tıbbi özelliklerine göre Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına yönelik bulgular yer almaktadır. Bireylerin sigara/alkol kullanım durumları ile ölçek alt boyutları ve öz etkililik toplam ölçek puanı arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bireylerin BKİ değerleri gruplanarak incelendiğinde; diyet+ayak kontrolü, tıbbi tedavi, fiziksel egzersiz alt boyutları ve öz etkililik toplam ölçek puanları, normal kilolu bireylerde diğer gruplardaki bireylere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Bireylerin BKİ değerleri arttıkça öz etkililik toplam ölçek ve alt boyut puanları azalmaktadır.

Bireylerin diyabet tanı süreleri incelendiğinde; diyabet tanı süresi ile diyet+ayak kontrolü, fiziksel egzersiz alt boyutları ve öz etkililik toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,001<0,05$, $p=0,000<0,05$, $p=0,001<0,05$). Bu farklılığın, 1-3 yıldır diyabetli olanların diyet+ayak kontrolü, fiziksel egzersiz alt boyut puanlarının ve öz etkililik toplam ölçek puanlarının diğer gruplara göre yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur Tıbbi tedavi alt boyutu ile diyabet tanı süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görölmektedir ($p>0,05$).

Bireylerin diyabette kullanılan farmakolojik tedavileri incelendiğinde; farmakolojik tedavi ile öz etkililik toplam ölçek puanları ve diyet+ayak kontrolü, tıbbi tedavi, fiziksel egzersiz alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,000<0,05$). Bu farklılık, sadece insülin tedavisi kullananların öz etkililik toplam ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının diğer tedavileri kullanan bireylere göre istatistiksel olarak yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Sadece insülin tedavisi kullananların öz etkililik toplam ölçek puan ortalaması $86,38\pm 8,62$ olarak en yüksek, sadece oral antidiyabetik kullananların ortalama puanı $79,27\pm 9,65$, hem oral antidiyabetik hem insülin tedavisi kullananların öz etkililik toplam ölçek puan ortalaması $76,94\pm 10,52$ olarak en düşük bulunmuştur.

Bireylerin diyabetle ilgili eğitim alma durumları ile diyet+ayak kontrolü, tıbbi tedavi, fiziksel egzersiz alt boyutları ve öz etkililik toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Diyabet tanısı almadan önce değerlendirilen cinsel yaşam durumları ile diyet+ayak kontrolü, tıbbi tedavi, fiziksel egzersiz alt boyutları ve öz etkililik toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,000<0,05$). Bu farklılık, diyabet tanısı almadan önce cinsel yaşamını “iyi” değerlendirenlerin öz etkililik toplam ölçek puanlarının ve alt boyut puanlarının cinsel yaşamını “orta” ve “kötü” değerlendirenlere göre yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur.

4.3. Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Alt Boyutları ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ) Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Alt Boyutları ile CYKÖ Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular

Ölçek	$X \pm SD$ (Ortanca)	Min-Max
Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği	81,18±10,14 (82,00)	47,00-97,00
CYKÖ-K	67,57±11,24 (68,89)	35,56-92,22
CYKÖ-E	71,98±19,79 (70,91)	27,27-181,82
CYKÖ-TOPLAM	69,74±16,13 (69,55)	27,27-181,82

Tablo 4.3.’te araştırmaya katılan bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarına yönelik bulgular yer almaktadır. Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği toplam puan ortalaması 81,18±10,14’ dir. CYKÖ puan ortalamaları incelendiğinde kadınların CYKÖ-K puan ortalaması 67,57±11,24 iken erkeklerin CYKÖ-E puan ortalaması 71,98±19,79 ve CYKÖ toplam puan ortalaması ise 69,74±16,13’tür.

4.4. Tip 2 Diyabetli Bireylerin CYKÖ-K ve CYKÖ-E Puanlarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4.1. Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre CYKÖ-K ve CYKÖ-E Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (n=204)

Özellikler	n (%)	CYKÖ-K X±SD	Test	p	n (%)	CYKÖ-E X±SD	Test	p
Yaş	20-35 ^a	18 (17,31)	73,09±6,65	14,245**	10 (10)	84,91±13,66	11,34**	0,003 a>b>c
	36-49 ^b	39 (37,50)	70,68±11,17		25 (25)	77,53±27,34		
	50-65 ^c	47 (45,19)	62,88±10,99		65 (65)	67,86±15,63		
Medeni Durum	Bekar	13 (12,50)	74,96±9,02	348,5*	17 (17)	75,94±16,92	561,5*	0,186
	Evli	91 (87,50)	66,52±11,16		83 (83)	71,17±20,33		
Eğitim Durumu	İlköğretim ^b	38 (36,54)	62,78±10,87	13,727**	27 (27)	63,84±14,84	19,009**	0,000 d>c>b
	Lise ^c	41 (39,42)	68,37±11,33		44 (44)	70,54±23,35		
	Üniversite ve üzeri ^d	25 (24,04)	73,56±8,41		29 (29)	81,76±13,33		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	44 (42,31)	72,45±10,08	760,000*	67 (67)	73,60±21,92	936,5*	0,215
	Çalışmıyor	60 (57,69)	64,00±10,75		33 (33)	68,71±14,31		
Meslek	Memur ^a	27 (25,96)	72,84±8,71	13,965**	24 (24)	81,29±25,81	10,161**	0,038 a>e>c>b
	Serbest Meslek ^b	8 (7,69)	69,72±12,91		18 (18)	64,34±19,34		
	Emekli ^c	14 (13,46)	62,06±11,50		31 (31)	67,92±13,48		
	Ev Hanımı ^d	45 (43,27)	64,74±10,54		0 (0)			
	Diğer ^e	10 (9,61)	73,61±13,82		27(27)	72,87±17,55		

* Mann Whitney U Testi, ** Kruskal Wallis H Testi, a,b,c,d: gruplar arasındaki ortanca farklılıklarını gösterir.

Tablo 4.4.1. Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre CYKÖ-K ve CYKÖ-E Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular Devamı (n=204)

Özellikler	n (%)	CYKÖ-K X±SD	Test	p	n (%)	CYKÖ-E X±SD	Test	p
Gelir Durumu Algısı								
Gelir gıderden az	7 (6,73)	68,73±8,57	2,923**	0,232	2 (2)	70,91±36,00	1,043**	0,594
Gelir gıdere eşit	41 (39,42)	65,12±10,86			32 (32)	76,31±24,14		
Gelir gıderden fazla	56 (53,85)	69,23±11,63			66 (66)	69,92±16,89		
Sosyal Destek Faktörü								
Var	95 (91,35)	68,02±11,16	317,5*	0,203	91 (91)	71,97±19,89	384,000*	0,759
Yok	9 (8,65)	62,84±11,56			9 (9)	72,12±19,96		
Aile Yapısı								
Yalnız yaşıyor	10 (9,62)	72,00±9,32	2,596**	0,273	17 (17)	74,12±16,24	2,671**	0,263
Çekirdek aile	81 (77,88)	67,45±11,01			70 (70)	72,83±21,19		
Geniş aile	13 (12,50)	64,96±13,67			13 (13)	64,62±15,15		

* Mann Whitney U Testi, ** Kruskal Wallis H Testi

Tablo 4.4.1.'de araştırmaya katılan diyabetli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre CYKÖ-K ve CYKÖ-E puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular yer almaktadır. Yapılan istatistiksel analizde, bireylerin yaş grupları ile CYKÖ-K ve CYKÖ-E puanları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu görülmektedir ($p=0,001<0,05$, $p=0,003<0,05$). CYKÖ toplam puan ortalamaları, 20-35 yaş grubundaki bireylerde diğer yaş grubundaki bireylere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Bireylerin yaşı arttıkça CYKÖ toplam puanlarının azaldığı saptanmıştır.

Bireylerin medeni durumları incelendiğinde, medeni durum ile CYKÖ-K puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,017<0,05$). Bu farklılık, bekar bireylerde CYKÖ-K puanlarının evli bireylere göre istatistiksel olarak yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Evli kadınların CYKÖ-K puan ortalaması $66,52\pm 11,16$ 'dır. Bekar kadınların CYKÖ-K puan ortalamaları $74,96\pm 9,02$ olarak daha yüksek bulunmuştur. Bekar erkeklerin CYKÖ-E puanları evli erkeklere göre daha yüksek bulunmuş ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bireylerin eğitim durumları ile CYKÖ-K ve CYKÖ-E puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p=0,001<0,05$, $p=0,000<0,05$). Bireylerin eğitim düzeyi arttıkça CYKÖ toplam puanları da artmaktadır. Eğitim durumu üniversite ve üzeri olan bireylerin toplam CYKÖ puan ortalamaları en yüksek, eğitim durumu ilköğretim olan bireylerin toplam CYKÖ puan ortalamaları en düşük bulunmuştur (Tablo 4.4.1).

Bireylerin çalışma durumları incelendiğinde, CYKÖ-K puanları, çalışan kadınlarda çalışmayan kadınlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Çalışan kadınların puan ortalaması ($72,45\pm 10,08$) yüksek bulunmuş, çalışmayanların ortalaması ($64,00\pm 10,75$) daha düşük bulunmuştur. Çalışma durumları ile CYKÖ-E puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bireylerin meslekleri ile CYKÖ-K ve CYKÖ-E puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p=0,016<0,05$, $p=0,038<0,05$) (Tablo 4.4.1). Memur

olan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması ev hanımı olan kadınlardan daha yüksek, memur olan erkeklerin CYKÖ-E puan ortalaması emekli olanlardan daha yüksek tespit edilmiştir. Ayrıca bireylerin gelir durumları, sosyal destek faktörleri ve aile yapıları ile toplam CYKÖ toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 4.4.2. Bireylerin Tıbbi Özelliklerine Göre CYKÖ-K ve CYKÖ-E Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=204)

Özellikler	n (%)	CYKÖ-K X±SD	Test	P	n (%)	CYKÖ-E X±SD	Test	P
Sigara/Alkol Kullanma Alışkanlığı								
Var	18 (17,31)	66,73±12,58	0,449**	0,799	27 (27)	74,21±27,33	2,742**	0,254
Yok	64 (61,54)	68,06±11,43			24 (24)	75,15±18,28		
Bıraktı	22 (21,15)	66,87±9,86			49 (49)	69,20±15,09		
BKI								
Normal ^a	18 (17,31)	72,72±8,71	27,731**	0,000	21 (21)	83,03±11,32	23,615**	0,000
Fazla kilolu ^b	39 (37,50)	72,62±10,49		a>b>c>d	46 (46)	73,99±22,62		a>b>c>d
I. derece obe ^c	41 (39,42)	61,79±9,84			28 (28)	64,22±14,78		
II. derece obez ^d	6 (5,77)	58,89±8,52			5 (5)	50,55±11,88		
Diyabet Tam Süresi								
0-1 Yıl ^a	18 (17,3)	72,04±9,47	14,666**	0,005	15 (15)	76,06±16,53	6,312**	0,177
1-3 Yıl ^b	28 (26,9)	71,11±10,14		a>b>c>d>e	24 (24)	77,47±27,27		
4-6 Yıl ^c	22 (21,2)	69,04±11,43			20 (20)	69,75±13,07		
7-9 Yıl ^d	22 (21,2)	62,42±9,23			26 (26)	67,46±15,50		
10 Yıl ve üzeri ^e	14 (13,5)	60,56±12,83			15 (15)	64,90±17,94		
Diyabette Farmakolojik Tedavi								
Sadece oral antidiyabetikler ^a	49 (47,12)	66,83±10,78	15,700**	0,000	55 (55)	70,74±21,62	18,297**	0,000
Sadece insülin tedavisi ^b	36 (34,62)	72,28±10,91		b>a>c	30 (30)	80,42±14,66		b>a>c
Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte ^c	19 (18,27)	60,58±9,15			15 (15)	59,64±14,19		
Diyabet ile İlgili Eğitim Alma Durumu								
Evet	96 (92,31)	68,15±10,95	2,716*	0,099	90 (90)	71,52±16,53	0,46*	0,498
Hayır	8 (7,69)	60,69±13,15			10 (10)	76,18±39,81		
Diyabet Tanısı Almadan Önce Cinsel Yaşamı Değerlendirme Durumu								
İyi ^a	57 (54,81)	70,76±9,88	11,79**	0,003	51 (51)	81,18±18,74	29,096**	0,000
Orta ^b	40 (38,46)	64,81±11,01		a>b>c	43 (43)	63,97±15,87		a>b>c
Kötü ^c	7 (6,73)	57,46±14,18			6 (6)	51,21±14,15		

* Mann Whitney U Testi, ** Kruskal Wallis H Testi, a,b,c,d: gruplar arasındaki farklılıkları gösterir.

Tablo 4.4.2.'de araştırmaya katılan bireylerin tıbbi özelliklerine göre CYKÖ-K ve CYKÖ-E puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular yer almaktadır. Yapılan istatistiksel analizde diyabetli bireylerin sigara alkol kullanma durumları ile CYKÖ toplam puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). BKİ değerleri ile CYKÖ toplam puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). BKİ grupları incelendiğinde, toplam CYKÖ puanları, normal kilolu bireylerde diğer gruplardaki bireylere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. CYKÖ-K puan ortalaması normal kilolu kadınlarda en yüksek ($72,72\pm 8,71$), II. derece obez kadınların puan ortalaması ($58,89\pm 8,52$) en düşüktür. Benzer olarak normal kilolu erkeklerin CYKÖ-E puan ortalaması ($83,03\pm 11,32$) en yüksek, II. derece obez erkeklerin puan ortalaması ($50,55\pm 11,88$) en düşük bulunmuştur. Bireylerin BKİ değerleri arttıkça CYKÖ toplam puanları düşmektedir.

Bireylerin diyabet tanı süreleri ile CYKÖ-K puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p=0,005<0,05$). Bir yıl ve daha az süredir diyabetli olan bireylerin CYKÖ-K puan ortalaması $72,04\pm 9,47$ olarak en yüksek, 10 yıl ve üzeri diyabetli olanların puan ortalaması $60,56\pm 12,83$ olarak en düşük bulunmuştur. Kadınlarda diyabet süresi arttıkça CYKÖ-K ölçeğinden aldıkları puan azalmaktadır. Bununla birlikte diyabet tanı süreleri ile CYKÖ-E puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bireylerin diyabette kullandığı farmakolojik tedavileri incelendiğinde, farmakolojik tedavi ile CYKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Bu farklılık, CYKÖ-K ve CYKÖ-E puanlarının sadece insülin kullanan bireylerde diğer tedavileri kullananlara göre daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Sadece insülin kullanan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması $72,28\pm 10,91$ olup en yüksek bulunmuş, hem OAD hem de insülin kullanan kadınların puan ortalaması $60,58\pm 9,15$ olarak en düşük bulunmuştur. Benzer şekilde sadece insülin kullanan erkeklerin CYKÖ-E puan ortalaması en yüksek ($80,42\pm 14,66$) iken hem OAD hem de insülin kullanan erkeklerin puan ortalaması en düşük ($59,64\pm 14,19$) bulunmuştur.

Bireylerin diyabetle ilgili eğitim alma durumları ile CYKÖ toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Diyabet tanısı almadan önce cinsel yaşamı değerlendirme durumlarına bakıldığında, CYKÖ-K ve CYKÖ-E puanları, tanıyı almadan önce cinsel yaşamını “iyi” değerlendirenlerde diğer gruptaki bireylere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,003<0,05$, $p=0,000<0,05$). Tanıyı almadan önce cinsel yaşamını “iyi” değerlendiren kadınların CYKÖ-K puanı $70,76\pm 9,88$ olarak en yüksek, “kötü” değerlendirenlerin puanı ise $57,46\pm 14,18$ ile en düşük bulunmuştur. Benzer şekilde tanıyı almadan önce cinsel yaşamını “iyi” değerlendiren erkeklerin CYKÖ-E puanı $81,18\pm 18,74$ ile en yüksek bulunurken, cinsel yaşamını “kötü” değerlendiren erkeklerin puanı ise $51,21\pm 14,15$ ile en düşük bulunmuştur.

4.5. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ile Kadın-Erkek CYKÖ Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek İçin Yapılan Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 4.5. Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ile Kadın Erkek CYKÖ Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek İçin Yapılan Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

		CYKÖ Kadın Puan	CYKÖ Erkek Puan	CYKÖ Toplam Puan
Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği	r	,672**	0,079	,724**
	p	0,000	0,435	0,000
CYKÖ Kadın Puan	r	1	,226*	1,000**
	p	.	0,023	.
CYKÖ Erkek Puan	r		1	,226*
	p		.	0,023
r: spearman 's rho korelasyon katsayısı				
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).				
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

Tablo 4.5.'te araştırmaya katılan bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ile Kadın-Erkek CYKÖ puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon analizine yönelik bulgular yer almaktadır. Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği toplam puanları ile CYKÖ-K puanları arasında 0,01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,672$; $p=0,000<0,05$). Ayrıca Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği puanları ile CYKÖ toplam puanları arasında 0,01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,724$; $p=0,000<0,05$). Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği toplam puanları ile CYKÖ-E puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($r=0,079$; $p>0,05$). Bireylerin CYKÖ-K puanları ile CYKÖ-E puanları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=0,226$; $p=0,023<0,05$).



5. TARTIŞMA

Diyabet, yaşam süresini olumsuz etkileyen, akut ve kronik komplikasyonları olan ve yaşam boyu devam eden kronik bir hastalıktır. Bu nedenle diyabetli bireyin kendi hastalığının yönetiminde sorumluluk alması ve bakım uygulamalarını kendisinin yapması beklenmektedir (5). Bireyin öz bakım ve öz yönetim davranışlarını etkin bir şekilde sürdürme gücü öz etkililik ile mümkündür. Tip 2 diyabet komplikasyonlarının engellenmesi ya da ilerlemesinin önüne geçilmesi için bireylerinin yeterli düzeyde öz etkililiğe sahip olması gerekmektedir (7). Tip 2 DM'li bireylerin, var olan potansiyel gücünü fark etmesi ve uygun şekilde kullanabilmesi için bütüncül diyabet bakımı ve hasta merkezli bir ekip yaklaşımı çok önemlidir (118). Günümüzde insan sağlığını en çok tehdit eden hastalıklardan biri olan tip 2 diyabetin, cinsel yaşama da birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Bu hastalık her iki cinstede cinsel fonksiyon bozukluklarına yol açabilen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Hemşireler hastalarla birebir iletişimde olan sağlık profesyonelleri olduğu için cinsel yaşamla ilgili bakım ve bilgi verebilmesi, sorun olduğunda çözümüne yardımcı olabilmesi ve sorulan sorulara doğru yanıt verebilmesi beklenmektedir (32). Literatür incelendiğinde, DM'ye bağlı cinsel yaşam kalitesini ve öz etkililiği inceleyen ayrı ayrı çalışmalar bulunmaktadır. Öz etkililiğin, cinsel yaşam kalitesine etkisinin olup olmadığına dair araştırmaların ise kısıtlı olduğu görülmektedir. Ancak tip 2 diyabetli bireylerde öz etkililik düzeyinin cinsel yaşam kalitesine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırma sonuçlarının, daha sonra yapılacak araştırmalara yön verebileceği ve veri kaynağı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca araştırma sonuçları; tip 2 diyabetli bireylerin cinsel yaşam ve öz etkililik düzeylerini ve bunları etkileyen faktörlerin hemşireler tarafından bilinmesi, bu konularda gerekli tedbirleri alarak diyabet yönetimine yardımcı olması açısından önemlidir. Araştırma, tip 2 diyabetli bireylerde öz etkililiği ve cinsel yaşam kalitesini belirlemek, ikisi arasında ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilmiş olup elde edilen bulgular ilgili literatür doğrultusunda üç başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerine göre Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Tartışılması

Araştırmamızda tip 2 diyabetli bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği toplam puan ortalaması $81,18 \pm 10,14$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.1). Tip 2 diyabetli bireylerde öz etkililiğe yönelik yapılan araştırmalarda sıklıkla toplam puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Alınan puanlar incelendiğinde 51-76 arasında olduğu görülmektedir (5, 84, 89, 91, 142, 143). Araştırma sonucu literatürle benzerlik göstermekte olup, literatürle karşılaştırıldığında katılımcıların yüksek öz etkililik düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Bu durumun, araştırmamıza katılan bireylerin diyabetle ilgili eğitim alma durumlarının yüksek (%91,18) olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Bu araştırmada ölçek alt boyutlarından en yüksek ortalamanın diyet+ayak kontrolü ($47,16 \pm 6,98$) ve tıbbi tedavi ($22,17 \pm 2,50$) olduğu, en düşük ortalamanın ise fiziksel egzersiz ($8,09 \pm 1,63$) alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır. Al-Khawaldeh ve arkadaşlarının araştırmasında (2012), araştırmamıza benzer şekilde diyabette öz etkililiğe ilişkin en güçlü alt boyut diyet+ayak kontrolü ve tıbbi tedavi, en zayıf alt boyut ise fiziksel egzersiz olarak belirlenmiştir (144). Tip 2 diyabetin önde gelen risk faktörleri arasında yetersiz fiziksel egzersiz yer almaktadır (48). Bu nedenle bu boyutun düşük olması anlaşılır olabilir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin öz etkililik düzeyleri ile sosyodemografik ve tıbbi özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, BKİ, diyabet süresi, farmakolojik tedavi ve tanı öncesi cinsel yaşamı değerlendirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4.2.2, Tablo 4.2.3). Araştırmaya katılan 20-35 yaş grubundaki bireylerin diyet+ayak kontrolü, fiziksel egzersiz alt boyutu ve öz etkililik toplam ölçek puanlarının 50-65 yaş grubundaki bireylerin puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda yaş arttıkça bireylerin öz etkililik düzeyleri azalmaktadır. Benzer araştırmalar incelendiğinde; Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği toplam puan ile yaş arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken (143, 145, 146, 147), bazı

araştırmalarda saptanmamıştır (119, 148,149). Mollaoğlu ve Bağ (2009) ileri yaşta görülen öz etkililik düzeyindeki azalmayı kronik hastalığı olan bireylerde belli bir sreden sonra biyopsikososyal sorunların ortaya çıkmasına ve tükenmişlik yaşamaları ile ilişkilendirmiştir. Yapılan bir araştırma sonucunda; yaşın artmasıyla birlikte bireylerin öz bakımı gerçekleştirmede yetersizliğin artması, öğrenme becerilerindeki düşmeye bağlı olarak öz etkililik düzeyinde azalma olabileceği bildirilmektedir. Ayrıca yaşla birlikte farklı kronik hastalıkların ortaya çıkmasının öz etkililiği olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (150).

Araştırmaya katılan erkek bireylerin fiziksel egzersiz alt boyutu ve öz etkililik toplam ölçek puanlarının kadın bireylerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eraydın'ın araştırmasında (2016), benzer Şekilde erkeklerin öz etkililik ölçek puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (151). Bazı araştırmalarda ise cinsiyet ile öz etkililik leği arasında ilişki saptanmamıştır (149, 152). Bireylerin medeni durumları incelendiğinde, bekarların diyet+ayak kontrolü, fiziksel egzersiz alt boyutları ve öz etkililik toplam ölçek puanları evlilerden daha yüksek bulunmuştur. Literatürde aynı sonucun elde edildiği çalışmalar mevcuttur (152, 153). Bekar bireylerin öz etkililik düzeylerinin daha yüksek olması nedeninin toplumumuzda kendilerine daha fazla zaman ayırabildiği, sorumluluklarının ve rollerinin evli bireylere göre daha az olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin öz etkililik düzeyleri ile eğitim durumu, çalışma durumu ve meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4.2.2). Eğitim düzeyi arttıka bireylerin öz etkililik leği alt boyutları ve toplam ölçek puanlarının arttığı saptanmıştır. Literatürde z etkililik toplam ölçek puanına göre bakıldığında araştırma sonucuna benzer sonuçlar yer almaktadır (154, 155). Yanık ve Erol'un (2016) araştırmasında eğitim düzeyi arttıka öz etkililik düzeyinin arttığı belirlenmiştir (6). Bu araştırma sonucunda; eğitim düzeyinin artması ile bilgiyi edinme, bilgiye ulaşma yollarını bilme ve edinilen bilgileri kullanabilmenin öz etkililik düzeyini arttırdığı düşünülmektedir. Bununla birlikte öz etkililik ile çalışma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, çalışan bireylerin diyet+ayak kontrolü, fiziksel egzersiz alt boyut puanları ve öz

etkililik toplam ölçek puanları çalışmayan bireylerin puanlarına göre yüksek bulunmuş olup, araştırmamızın bulguları literatür ile uyumludur. Kılıç'ın (2016) araştırmasında çalışan bireylerin fiziksel egzersiz alt boyut puanı çalışmayan bireylere göre yüksek saptanmıştır (89). Bohanny ve arkadaşları (2013) çalışmayan bireylerin öz etkililik puanlarının düşük olduğunu bildirmiştir (156). Ayrıca bireylerin gelir durumları ve sosyal destek faktörünün varlığı/yokluğu ile öz etkililik ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.2). Literatürde araştırmamızdan farklı olarak, Sönmez'in (2021) araştırmasında eş, çocuk ve arkadaş desteği olan bireylerin öz etkililik düzeyi olmayanlara göre yüksek bulunmuştur.

Araştırmamıza katılan diyabetli bireylerin öz etkililik düzeyleri ile tıbbi özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde; sigara/alkol kullanım durumları ile öz etkililik düzeyleri arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p<0,05$). Ayrıca BKI değerlerine gruplanarak bakıldığında; BKI grupları arasında normal kilolu bireylerin öz etkililik toplam ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puanlar en yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.3). Araştırmamızdan farklı olarak, Yanık ve Erol'un (2016) araştırmasında BKI ve öz etkililik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (6). Kılıç ve Arslan'ın (2021) araştırmasında ise fazla kilolu bireylerin normal ve obez olanlara göre öz etkililik düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptanmıştır (155).

Bireylerin diyabet tanı süreleri incelendiğinde, diyet+ayak kontrolü, fiziksel egzersiz alt boyut puanları ve öz etkililik toplam ölçek puanları, 1-3 yıldır diyabetli olan birey grubunda diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.3). Kronik bir hastalık olan tip 2 diyabetle geçen süre arttıkça hastalık yükünün artması ve yıllar geçtikçe mücadeledeki yorgunlukla beraber öz etkililiğinde düşebileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte yapılan başka araştırmalarda diyabet süresi ile öz etkililik arasında ilişki saptanmamıştır (134, 154, 157, 158). Bu sonuçların aksine, Yanık ve Erol'un (2016) araştırmasında diyabet süresi arttıkça, diyabete yönelik öz etkililik düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir (6).

Diyabette farmakolojik tedavi olarak sadece insülin tedavisi kullananların öz etkililikleri en yüksek düzeyde bulunmuştur (Tablo 4.2.3). Literatürde konuya ilişkin farklı bulgular yer almaktadır. İnsülin kullanımının diyabette öz etkililiği olumlu

yönde etkilediğini bildiren araştırmaların yanı sıra (144, 159) insülin kullanımının öz etkililiği etkilemediğini ve OAD kullanımının öz etkililik düzeyini artırdığını bildiren bir araştırmada bulunmaktadır (134). Ayrıca diyabette farmakolojik tedavinin öz etkililik üzerine etkisi olmadığını bildiren araştırmalar da mevcuttur (6, 89). Literatürdeki bu farklı sonuçların araştırmalardaki örneklem grubunun özelliklerinden kaynaklandığı düşünölmektedir. Araştırma sonucumuzun; sadece insülin tedavisinin, diyabetlinin kan glukoz düzeylerini daha sık takip etmesi ile tedaviye ilişkin daha fazla sorumluluk almasını sağlaması, bu nedenle bireylerin kaygılarının azalması, kendine güvenlerinin artması ve öz etkililiklerinin de artmasından kaynaklandığı düşünölebilir (159).

Araştırmamızda bireylerin diyabetle ilgili eğitim alma durumları ile öz etkililik toplam ölçek puanları ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.3). Literatürde bu araştırma sonucuna paralellik gösteren araştırmalar yer almaktadır (159, 160). Bu araştırma bulgularının aksine literatürde diyabet eğitiminin öz etkililiği artırdığını gösteren araştırmalar da mevcuttur (6, 89, 134, 161). Bu araştırmanın yürütöldüğü örneklem grubunun %91,18'i diyabetle ilgili eğitim aldığı görölmektedir. Dolayısıyla bu oranın yüksek olmasının araştırma sonucunu etkilediği düşünölebilir.

Bireylerin diyabet tanısı almadan önce cinsel yaşamı değerlendirme durumları incelendiğinde, tanıyı almadan önce cinsel yaşamının “iyi” değerlendirenlerin öz etkililik düzeyleri en yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.3). Yapılan birçok araştırmada diyabetin cinsel yaşamı etkilediği bildirilmiştir (21,24,25,27,29,30). Ayrıca kişilerin cinsellikle ilgili davranışlarını yönetebilmesinde cinsel yaşamla ilgili tutumlarında öz etkililiklerinin önemli olduğu savunulmaktadır (10,11). Araştırmamızda ise tanı öncesi “iyi” değerlendirilen cinsel yaşamın, öz etkililik düzeyini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Banduraya göre (1977) bireylerin cinsellik alanındaki duygusal tepkilerini ve davranışlarını öz etkililik düzeyleri etkileyebilmektedir. Araştırma sonucumuz literatür ile uyumludur.

5.2. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerine göre Kadın-Erkek Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Araştırmamızda, tip 2 diyabetli bireylerin toplam CYKÖ puan ortalamalarının $69,74 \pm 16,13$ olduğu ve her iki cinsiyetteki cinsel yaşam kalitelerinin iyi düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Tip 2 diyabetlilerde cinsel yaşama yönelik yapılan araştırmalara bakıldığında; diyabetin cinsel fonksiyon bozukluklarına ve cinsel yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğu bildirilmektedir (18, 27, 29, 30, 32, 162, 163, 164, 165). Yapılan bir araştırmada diyabetin cinsel yaşamı etkilediği, CD'nin diyabetik olmayanlarla karşılaştırıldığında 3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (27). Bununla beraber CD diyabet tanısı için erken belirtilerden biri olabilmektedir (166). CD, diyabetli bireylerde diyabetli olmayanlara göre 10-20 yıl erken başlamakta ve daha sık görülmektedir (26). Kin araştırmasında (2015) diyabetli bireylerde komplikasyonların farkındalığını araştırmış, CD'nin farkındalık oranının en az olduğunu bulmuştur (167). Bu durumun, diyabetin cinsel yaşama etkisinin bilinmemesi; kültürel gelenekler, dinsel inanışlar, tabular gibi sebeplerden cinsel sorunlarda tedavinin ihmal edilmesi veya gecikmesi; cinsellikte yaşanan olumsuzlukların sorun olarak görülmemesi ve cinsel sorunların dile getirilmesinde yaşanan güçlüklerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu araştırmada kadınların CYKÖ-K puanları $67,57 \pm 11,24$, erkeklerin CYKÖ-E puanları $71,98 \pm 19,79$ olarak saptanmış, kadınların cinsel yaşam kalitesinin erkeklerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılığın kadın sağlığı hizmetlerinde üremeye ve doğurganlığa ilişkin hizmetlerin öncelikli olarak verilmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Literatürde diyabetli kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin incelendiği bazı araştırmalarda CYKÖ-K puanları bu araştırma sonucundan daha düşük bulunurken (32, 168), yapılan başka bir araştırmada CYKÖ-K puanı bu araştırma ile benzer şekilde bulunmuştur (169). Başaran'ın (2022) ve Eriş'in (2022) sağlıklı bireylerle yaptığı araştırmalarda ise; kadınların cinsel yaşam kalitesi erkeklerden daha düşük bulunmuş, kadın-erkek CYKÖ toplam puanları ise bizim araştırma sonucumuzdan daha yüksek saptanmıştır ($89,77 \pm 8,92$, $73,66 \pm 8,333$). Bu durumun araştırmamızda örneklem grubunun diyabetli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diyabet, erkeklerde daha çok

erektil disfonksiyon formunda kendini gösteren cinsel sorunlara yol açmaktadır (169, 170). Bu nedenle literatürde diyabetli erkek bireylerde CD ile ilgili yapılan çalışmalara sıklıkla rastlanılmıştır. Erkekler üzerinde yapılan bir araştırmada, erektil disfonksiyon sıklığı diyabetik olanlarda iki kat daha fazla bulunmuştur (28). Erden (2015) tip 2 diyabetli erkeklerde cinsel fonksiyon bozukluklarını incelediği araştırmada CD prevalansını %61,3 olarak bulmuştur (171). Kalter-Leibovici ve arkadaşlarının (2005) İsrail’de 1040 diyabetli erkek birey ile yaptıkları çalışmada CD prevalansı %86,5 olarak bulunmuştur (13). Ayrıca Türkiye Erektile Disfonksiyon Prevalansı Çalışma Gurubu’nun (2002) yapmış olduğu araştırmada diyabetli erkeklerin sadece %10’unda erektil disfonksiyon yokken, %22’sinde hafif, %49’unda orta ve %19’unda ağır düzeyde olmak üzere toplam %90’ında erektil disfonksiyon olduğu bulunmuştur. Konuyla ilgili literatürde farklı sonuçlar bildirilmesinin nedeni örneklem grubunun farklılıklarından ve farklı metodolojik yaklaşımların kullanılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin CYKÖ toplam puanları ile sosyo-demografik ve tıbbi özellikleri incelendiğinde; katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, BKİ, diyabet süresi, kullanılan farmakolojik tedavi ve tanı öncesi cinsel yaşamı değerlendirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu araştırmada bireylerin yaşı arttıkça cinsel yaşam kalitesi ölçek puanlarının azaldığı tespit edilmiştir (Tablo 4.4.1). Yapılan çalışmalar bu araştırma sonuçlarına paralel olarak, CD’nin diyabetli bireylerde yaşla birlikte arttığını göstermiştir (13, 36, 165, 172, 173). Kadri ve arkadaşlarının araştırmasında (2002) ise cinsel istekte azalma ile yaş arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (174). Araştırma bulgumuzun, yaşın artmasıyla birlikte menopoza, nöropati ve hormonal değişiklikler sonucunda cinsel yaşamdan alınan doyumun olumsuz etkilenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ayrıca araştırmamızda medeni durum ile CYKÖ-K puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Bekar bireylerin cinsel yaşam kalitesi evli bireylerden daha yüksek bulunmuş, ancak erkeklerde medeni durum ile CYKÖ-E puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.1). Benzer olarak

Bayram'ın (2018) diyabetli bireylerde cinsel disfonksiyonu incelediği araştırmasında medeni durum ile CD arasında ilişki saptanmamıştır (22).

Cinsel yaşamda belirleyici olarak bildirilen diğer bir faktör de eğitimidir. Araştırmamızda, katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça cinsel yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır (Tablo 4.4.1). Literatürde, araştırmamıza paralel olarak, diyabetli bireylerde eğitim düzeyinin artmasının cinsel yaşamı olumlu etkilediğini bildiren araştırmalar mevcuttur (24, 175). Araştırma sonucumuzun, bireylerin eğitim seviyesi azaldıkça diyabet komplikasyonlarına farkındalığın azalabileceği ve sağlık bilgilerine sınırlı erişim sağlayabileceği, kendini ifade etme becerisi ve cinsel yaşamı sorgulama isteğinin azalma ihtimalinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadın bireylerin çalışma durumları ve meslekleri ile cinsel yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p<0.05$), çalışan kadınların cinsel yaşam kalitesi çalışmayan kadınlardan daha yüksek tespit edilmiştir (Tablo 4.4.1). Araştırmamıza benzer olarak Yanez ve arkadaşlarının araştırmasında (2006) kadınların çalışıyor olma durumlarının cinsel yaşam kalitesini etkilediği, çalışmayanlarda cinsel disfonksiyon oranının daha fazla olduğu saptanmıştır (176). Kazak Saltan (2021) ise araştırmamıza paralel olarak memur olan kadınların cinsel yaşam kalitesinin, ev hanımı olan kadınlardan daha yüksek olduğunu bildirmiştir (32). Ayrıca araştırmamızda çalışan erkeklerin cinsel yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuş ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bununla beraber araştırmamızda erkeklerin cinsel yaşam kalitesi ile meslekleri arasında anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0.05$), memur olarak çalışan erkeklerin cinsel yaşam kalitesi emekli olanlardan daha yüksek tespit edilmiş. Benzer olarak yapılan bir araştırmada ise ev hanımlarının ve emeklilerin cinsel disfonksiyon yaşama durumları diğer gruplara göre fazla bulunmuştur (21). Yapılan bir başka araştırmada ise cinsel disfonksiyon ile meslek arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (177). Bu sonuçlar araştırma sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Çalışan bireylerin ekonomik olarak iyilik halinin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırdığı, diyabetle ilgili farkındalık ve bilgi alma durumunun artması ile öz etkililiği artırarak cinsel yaşam kalitesine katkı sağladığını bildiren araştırmalar mevcuttur (31).

Araştırmamızda bireylerin gelir durumları, sosyal destek faktörleri ve aile yapıları ile CYKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.4.1). Bu araştırma bulgularının aksine Topçu ve Bektaş diyabetlilerle yaptığı araştırmada (2015) gelir durumu kötü olan kadınların ve gelir durumu iyi olan erkeklerin cinsel disfonksiyon yaşama durumları diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur (21). Kazak Saltan'ın araştırmasında (2021) ise gelir düzeyi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (32). Aynı araştırmada diyabetli bireylerin aile yapıları incelendiğinde, çekirdek aile yapısına sahip kadınların cinsel yaşam kalitelerinin, geniş aile yapısına sahip kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamıza katılan diyabetlilerin cinsel yaşam kaliteleri ile tıbbi özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde; bireylerin sigara-alkol kullanma durumları ile cinsel yaşam kalitesi ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0,05$), ancak BKİ kategorileri ile CYKÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,000<0,05$).

Literatürde bu araştırma sonucuna paralellik gösteren, sigara kullanımının cinsel yaşam üzerinde etkisinin olmadığını bildiren araştırmalar da mevcuttur (171, 173, 178, 179, 180). Araştırma sonucumuzun aksine, literatürde sigara ve alkol kullanımının, diyabet komplikasyonlarının gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu, sigaranın vazokonstrüksiyon ve penil venöz kaçacağını arttırarak cinsel fonksiyonları olumsuz etkilediği bilinmektedir (109, 181). Araştırma sonucumuzun, örneklem grubunda sigara kullanan birey oranının az olması nedeniyle ölçek puanı ile sigara arasında ilişki görülme ihtimalinin az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (%17,31). Bununla beraber araştırmamızda bireylerin BKİ değeri arttıkça, CYKÖ toplam puanlarının azaldığı tespit edilmiştir. Normal kilolu bireylerin cinsel yaşam kalitesi diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.2). Benzer şekilde Bayram'ın (2018) diyabetlilerle yaptığı araştırmasında BKİ değeri arttıkça CD görülme oranının arttığı belirtilmiş olup bu araştırma sonuçlarını desteklemektedir (22).

Araştırmamızda diyabet tanı süreleri ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, kadınların diyabet süreleri ile CYKÖ-K puanları arasında anlamlı bir

ilişki bulunmuş ($p=0,005<0,05$), kadınlarda diyabet süresi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır. Kadınlarda diyabetin zamanla oluşturduğu vasküler dejenerasyonlar ve uyarılma azlığı ile disparoni yaşanması nedeniyle cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi bu sonucu desteklemektedir (182). Literatürde diyabet süresinin artmasının komplikasyonları da beraberinde getirmesi ile cinsel disfonksiyonun artmasına neden olduğu vurgulanmıştır (171, 183). Benzer olarak Altın araştırmasında (2013) artan diyabet süresinin yetersiz lubrikasyon ve orgazm sorunlarına sebep olduğunu bildirmiştir (179). Literatürdeki bulguların aksine araştırmamızda erkek bireylerin diyabet süreleri ile CYKÖ-E puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bu araştırmada, diyabetlilerin cinsel yaşam kalitesini etkileyen diğer bir faktör ise kullanılan farmakolojik tedavidir. OAD + insülin kullanan bireylerin toplam CYKÖ puanları en düşük olmasına rağmen sadece insülin kullanan bireylerin toplam CYKÖ puanları en yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.2). Kazak ve Saltanın (2021) yaptığı bir araştırmada bizim sonucumuzu destekler niteliktedir. Onların sonucuna göre OAD + insülin kullananların cinsel yaşam kalitelerinin diğer farmakolojik tedavileri kullananlardan daha düşük olduğu bildirilmiştir (32). Erten ve arkadaşları (2019) araştırmasında insülin kullananlarda CD'nin daha düşük olduğunu bulmuştur (187). Yine bizim bulgumuzun aksine Bayram araştırmasında (2018) kadın ve erkek bireylerin, Altın (2013) ise erkek bireylerin kullandıkları farmakolojik tedavi yöntemi ile CD arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır (22; 179).

Araştırmamızda bireylerin diyabet ile ilgili eğitim alma durumu incelendiğinde, CYKÖ toplam puanları ile eğitim alma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu sonucu destekleyen Bayram'ın araştırmasında (2018) bireylerin diyabetle ilgili eğitim alma durumu ile CD arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (22). Literatürde diyabet eğitimi içerisinde cinsellik ve sağlıklı cinsel yaşam konularının gözardı edildiği, anamnez alınırken bu konulara gereken önemin verilmediği vurgulanmaktadır (125, 171, 184). Araştırmamızdan elde edilen sonucun bu sebepten kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda bireylerin diyabet tanısı almadan önce cinsel yaşamı değerlendirme durumları incelendiğinde, diyabet öncesi cinsel yaşamını “iyi”

değerlendiren bireylerin cinsel yaşam kalitesi “orta” ve “kötü” değerlendirenlerden daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.2). Anlaşıldığı üzere diyabetten önce iyi bir cinsel yaşamı olanların diyabetten sonra da cinsel yaşamlarını iyi şekilde sürdürebildikleri görülmektedir. Araştırma sonucumuzun aksine Sulamiş’in araştırmasında (2021) katılımcıların %80’inin diyabet tanısı aldıktan sonra cinsel yaşamında değişiklik olduğunu, %79,2’sinde diyabet tanısından sonra cinsel isteksizlik, %18’inde diyabet tanısından sonra cinsel istekte azalma, %19,2’si diyabet tanısından sonra vajinal kuruluk ve ilişki sırasında ağrı yaşadıkları bildirilmiştir (31). Ancak katılımcılara daha önceki cinsel yaşam kaliteleri hakkında soru sorulmamıştır.

5.3. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği ve Kadın-Erkek Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin öz etkililik düzeyinin artması sonucunda cinsel yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, öz etkililiğin cinsel yaşam kalitesine etkisinin olup olmadığına dair araştırmaların kısıtlı olduğu görülmüştür. Tip 2 diyabetli bireylerle öz etkililik düzeyinin cinsel yaşam kalitesine etkisini inceleyen bir araştırmaya ise rastlanmamıştır. Konuyla ilgili diyabetli olmayan bireylerde yapılan araştırmalar incelendiğinde, Lee ve arkadaşları (2011) araştırmasında cinsel açıdan riskli davranışlar yapan, güvenli cinsel ilişki yaşamayan ve birden fazla kişi ile ilişki yaşayanların öz etkililik düzeylerinin diğer bireylere göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır (37). Kıyılıoğlu ve Dönmez (2016) araştırmasında HIV/AIDS’e yol açan riskli cinsel davranışla ilişkili etmenleri incelemiş, öz etkililiğin HIV/AIDS riskine karşı koruyucu etkisinin olduğunu bildirmişlerdir (117) . Bununla beraber yapılan araştırmalarda prezervatif kullanımının öz etkililik düzeyini arttırdığı bulunmuştur (39, 40, 185, 186).

Sonuç olarak ülkemizde dünyaya paralel olarak salgın boyutunda artış gösteren tip 2 diyabetin, bireylerde olumlu sağlık davranışı geliştirilmesi ve bakımın devamlılığının sağlanması için hemşireler tarafından öz etkililiklerin desteklenmesi ve cinsel yaşamlarının mutlaka değerlendirilmesi gerektiği söylenebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırma, tip 2 diyabetli bireylerde öz etkililiği ve cinsel yaşam kalitesini belirlemek ve ikisi arasında ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

1. Araştırma sonuçlarına göre Tip 2 diyabetli bireylerin öz etkililikleri yüksek, cinsel yaşam kalitesi ise her iki cinsiyette iyi düzeyde saptanmıştır. Aynı zamanda öz etkililik düzeyleri arttıkça, cinsel yaşam kalitesinin de arttığı bulunmuştur.
2. Bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği toplam puan ortalaması $81,18 \pm 10,14$ olarak saptanmıştır. Alt boyut ortalamalarının ise diyet+ayak kontrolü puan ortalaması $47,16 \pm 6,98$; tıbbi tedavi puan ortalaması $22,17 \pm 2,50$ ve fiziksel egzersiz puan ortalaması $8,09 \pm 1,63$ olarak bulunmuştur.
3. Diyabetli bireylerin Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ve alt boyutları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, BKİ, diyabet süresi, kullanılan farmakolojik tedavi ve tanı öncesi cinsel yaşamı değerlendirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.
4. Buna göre bireylerin yaşı ve BKİ değeri arttıkça öz etkililiklerinin azaldığı, eğitim düzeyi arttıkça öz etkililiğin arttığı saptanmıştır. Ayrıca erkeklerin kadınlara göre, bekarların evlilere, çalışanların çalışmayanlara, memur olanların diğer meslek gruplarına, sadece insülin kullananların diğer tedavileri kullananlara, diyabet öncesi cinsel yaşamını “iyi” değerlendirenlerin “orta” ve “kötü” değerlendirenlere göre öz etkililikleri yüksek bulunmuştur.
5. Tip 2 diyabetli erkeklerin cinsel yaşam kalitesi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Buna göre; Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması $69,74 \pm 16,13$; kadınların CYKÖ-K puan ortalaması $67,57 \pm 11,24$; erkeklerin CYKÖ-E puan ortalaması $71,98 \pm 19,79$ olarak saptanmıştır.
6. Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği toplam puanları yüksek olanların CYKÖ-K puanlarının da yüksek olduğu saptanmıştır.

7. Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği toplam puanları ile CYKÖ-E puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
8. Diyabetli kadın ve erkek bireylerin CYKÖ-K ve CYKÖ-E puanları ile yaş, eğitim durumu, meslek, BKİ, kullanılan farmakolojik tedavi yöntemi, diyabet ile ilgili eğitim alma durumu ve tanı öncesi cinsel yaşamı değerlendirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ayrıca sadece kadınlarda CYKÖ-K puanları ile medeni durum, çalışma durumu ve diyabet süresi arasında da anlamlı bir farklılık bulunmuştur.
9. Buna göre kadın ve erkek bireylerin yaşı ve BKİ değeri arttıkça cinsel yaşam kalitesinin azaldığı, eğitim düzeyi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır. Erkeklerin kadınlara göre, memur olanların diğer meslek gruplarına, sadece insülin kullananların diğer tedavileri kullananlara, diyabet öncesi cinsel yaşamını “iyi” değerlendirenlerin “orta” ve “kötü” değerlendirenlere göre cinsel yaşam kaliteleri yüksek bulunmuştur. Ayrıca kadınlarda diyabet süresi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin azaldığı bulunurken, bekar kadınların evlilere göre, çalışan kadınların çalışmayanlara göre cinsel yaşam kaliteleri yüksek bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelere;

Tip 2 diyabetlilerin öz etkililiklerini ve cinsel yaşamlarını etkileyen faktörlerin sorgulanması; aile sağlığı, toplum sağlığı merkezleri ve hastanelerde, bireylerin özellikleri dikkate alınarak, ihtiyaçlarına göre teknolojiyi de kullanarak, kanıt temelli, bireysel/grup eğitimlerin düzenlenmesi, danışmanlık hizmetlerinin verilerek düzenli takip sistemlerinin oluşturulması, konuyla ilgili yapılacak olan araştırmalarda, örneklem büyüklüğü daha geniş randomize kontrol gruplu araştırmaların planlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Now Affects One In 10 Adults Worldwide. (2021). (10th Ed.). Erişim Adresi: <https://www.idf.org/news/240:diabetes-now-affects-one-in-10-adults-worldwide.html>. Erişim Tarihi: 01.07.2023
2. TEMD. (2022). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. (15thEd.).Ankara.ErişimAdresi:https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetesmellitus_2022.pdf. Erişim Tarihi: 03.09.2022
3. Łuczynski, W., Głowińska-Olszewska, B., Bossowski, A. (2016). Empowerment in the Treatment of Diabetes and Obesity. *Journal of Diabetes Research*; 6:1-9.
4. Arslan, S., Kılıç, M., Toğan, M. (2021). Diyabetli Hastalara Verilen Eğitim ve İzlemlerin Öz-Etkililik Düzeyi ve Sağlık İnancına Etkisi. *Kocaeli Med J.* ;10(1):171-182
5. Aydoğar Takcı, M. & Yıldırım, G. (2021). Diyabet Hastalarına Sağlık İnancın Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Sağlık İnancına, Öz Etkililik Algısına ve Karar Verme Düzeyine Etkisi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 11 (1):73-82
6. Erol, Ö., Tekin Yanık, Y. (2016). Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 19(3)
7. Van der Ven, N.C.W., Weinger, K.Y.J., Pouwer, F., Ader, H., Van der Ploeg, H.M., Snoek, F.J. (2003). The confidence in diabetes self-care scale. *Diabetes Care*;26(3), 713-18.
8. Feng Wang, H., Chen, Y.C., Hua Yang, F., Juan, C.W. (2017). Relationship Between Type 2 Diabetes SelfEfficacy and Quality of Life: Analysis Under Varying Glycated Hemoglobin Conditions. *Family Medicine Medical Science Research*; 06(02): 1–1
9. Coulter, A. (2007). Sexual Sensation Seeking And Self-Efficacy's Relationship To Sexual Risk Taking Behavior. California: Humboldt State University. Erişim Tarihi: 02.05.2023
10. Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward A Unifying Theory Of Behavioral Change. *Psychological Review*;84(2):191-215.
11. Çelik, E. (2013). Cinsel Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Journal of European Education*, 3(2), 1-10.
12. Tuğut, N., Gölbaşı, Z. (2010). A Validity And Reliability Study Of Turkish Version Of The Sexual Quality Of Life Question Naire-Female. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*; 32: 172- 180.

13. Kalter-Leibovici, O., Wainstein, J., Ziv, A., Harman-Bohem, I., Murad, H. ve Raz, I. (2005). Clinical, Socioeconomic, And Lifestyle Parameters Associated With Erectile Dysfunction Among Diabetic Men. *Diabetes Care*, 28, 1739-44.
14. Sasaki, H., Yamasaki, H., Ogawa, K., Nanjo, K., Kawamori, R., Iwamoto, Y. ve ark. (2005). Prevalance and risk factors of erectile dysfunction in Japanese diabetics. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 70, 81-89.
15. Meeking DR, Fosbury JA, Cummings MH. (2013). Sexual dysfunction and sexual health concerns in women with diabetes. *Practical Diabetes*; 30:327-331.
16. Maiorino, M. I., Bellastella, G., Caputo, M., et al. (2016). Median for newly diagnosed type 2 diabetics effects of diet on sexual function . *Journal of Diabetes and its Complications*, 30(8):1519–1524.
17. Kaplan Serin, E., Duman, M., Yılmaz, S. (2020). Diyabetli ve Diyabetik Olmayan Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumları. *Cinsellik ve Engellilik*; 38 (4): p. 625-635.
18. Tuğut, N. (2016). Cinsel işlev bozukluğu ve güncel yaklaşımlar. *Türkiye Klinikler.vObstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 2(1), 70-75.
19. Rutte, A., Van, S.M.M., Van, D.H.A.A., Welschen, L.M., Elders, P.J., Dekker, J.M., Snoek, F.J., et al. (2015). Prevalence and Correlates of Sexual Dysfunction in Men and Women With Type 2 Diabetes. *Journal Of Sex & Marital Therapy*; 41(6): 680– 690.
20. Gülsün, M., Ak, M., Bozkurt, A. (2009). Psikiyatrik Açıdan Evlilik ve Cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry*; 1(1): 68-79.
21. Baş Topçu, K. (2015). Tip II Diyabetes Mellituslu Bireylerde Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi. (Tez No: 396224). [Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
22. Bayram, R. (2018). Diyabetli Hastalarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları ile Metabolik Kontrol Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Tez No: 493474). [Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
23. Tanrıöver, Ö. (2015). Cinsellik ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*; 6(2):1-5
24. Anataca, G. (2021). Tip 2 Diyabet Hastalarında Cinsel Disfonksiyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. (Tez No: 523976). [Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi.
25. Akarsu, R.H., Beji, N.K. (2016). Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni*; 18:134–137

26. Mestoğulları, E. (2017). 18-49 Yaş Arası Üreme Çağındaki Evli Kadınların Cinsel Fonksiyonlarından Memnuniyet Durumu, Cinsel Semptomları ve Bu Semptomların Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. (Tez No: 48275). [Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
27. Güney, E. (2015). Diyabetli Kadın ve Erkeklerde Seksüel Disfonksiyon'', İçinde: Geçmişten Geleceğe Diabetes Mellitus. İmamoğlu, Ş., Satman, İ., Akalın, S., Yılmaz, C., Salman S. (Ed.). TEMD Diabetes Çalışma ve Eğitim Grubu, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., Ankara; 421- 28.
28. Johannes, C.B, Araujo, A.B., Feldman, H.A., Derby, C.A., Kleinman, K.P., McKinlay, J.B. (2000). Incidence Of Erectile Dysfunction İn Men 40 To 69 Years Old: Longitudinal Results From The Massachusetts Male Aging Study. J Urol; 163:460-463.
29. Karakaş Uğurlu, G., Uğurlu, M. (2020). Diyabet Hastalığı Olan Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluklarının Sıklığı ve Diyabetik ve Demografik Faktörlerle İlişkisi: Bir Meta-Analiz ve Meta-Regresyon Çalışması. *Ankara Medical Journal.*; 20(4): p 798-813.
30. Şenel, S. (2020). Erektile Disfonksiyon Fizyopatolojisi. Canoğulları, Z. (Ed.) *Kadın ve Erkek Seksüel Fonksiyon Bozukluklarına Yaklaşım*. Ankara: Akademisyen Kitabevi: p. 27-34.
31. Sulamış, N. (2021). Tip 2 Diyabetli Kadınlarda Beden Algısının Cinsel Yaşama Etkisi. (Tez No: 682325). [Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
32. Kazak Saltan, N. (2021). Evli Diyabetik Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. (Tez No: 661398). [Yüksek Lisans Tezi, Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
33. Eroğlu, N. (2018). Diabetes Mellitus'un Komplikasyonları. İzmir Democracy University. *Health Sciences Journal*, 1(2), 6-12.
34. Şahin, D., Ersoy, S., Pala, E. (2021). Self-Efficacy, Medical Adherence And Related Factors İn Patients With Diabetes. *Family Practice and Palliative Care*, 6 (1), 13-21.
35. Örmən, B., Türker, N., Vardar, İ., Coşkun, N.A., Kaptan, F., Ural, S., El, S., Türker, M. (2007). Diyabetik Ayak İnfeksiyonlarının Klinik ve Bakteriyolojik Değerlendirilmesi. *İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection)*; 21 (2): 65- 69.
36. Esposito, K., Maiorino, M.I., Bellastella, G., Giugliano, F., Romano, M., ve Giugliano, D. (2010). Determinants Of Female Sexual Dysfunction İn Type 2 Diabetes. *International Journal of Impotence Research*, 22, 179–184.
37. Lee, T.S.H., Chen, Y.P., Chang, C.W. (2011). Gender Differences İn The Perceived Self-Efficacy Of Safer HIV Practices Among Polydrug Abusers İn Taiwan. *Compr Psychiatry*, 52:763–768.

38. Reissing, E. D., Laliberte, G. M., Davis, H. J. (2005). Young Women's Sexual Adjustment: The Role of Sexual Self-schema, Sexual Self-efficacy, Sexual Aversion and Body Attitudes. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14 (3-4), 77-85.
39. Rostosky, S. S., Galliher, R. V., Welsh, D. P., Kawaguchi, M. C. (2000). Sexual Behaviors And Relationship Qualities İn Late Adolescent Couples. *Journal Of Adolescence*, 23, 583-597.
40. Kalichman, S., Stein, J. A., Malow, R., Averhart, C., Devieux, J., Jennings, T., Prado, G., Feaster, D. J. (2002). Predicting Protected Sexual Behaviour Using The Informationmotivation-Behaviour Skills Model Among Adolescent Substance Abusers İn Court-Ordered Treatment. *Psychology, Health, and Medicine*, 7(3), 327-338.
41. World Health Organization (WHO). Diabetes Country Profiles, 2016. Erişim Adresi: https://www.who.int/diabetes/country-profiles/tur_en.pdf. Erişim Tarihi: 01/02/2023
42. American Diabetes Association. (ADA), Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes, Diabetes Care, (2020), 43(Suppl.1);1-2. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.2337/dc20-SINT> Erişim Tarihi: 05.05.2023
43. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas (2019). (9th Ed.) <https://idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/159-idfdiabetes-atlas-ninth-edition-2019.html>. Erişim Tarihi:05.07.2023
44. International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas. (2017). (8th Ed.). Erişim Adresi: <http://www.diabetesatlas.org/>. Erişim Tarihi: 01.06.2023
45. Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dincceg ve ark. (2013). TURDEP-II Study Group. Twelve-Year Trends İn The Prevalence And Risk Factors Of Diabetes And Prediabetes İn Turkish Adults. *Eur J Epidemiol*, 28(2):169-80.
46. TUİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2020 Verileri. Erişim Adresi: '<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>'. Erişim Tarihi: 01.02.2023.
47. Erdoğan, G., Coşansu, G. (2021). Diyabet Risk Farkındalığı: Bir Metropol Örneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*; 30(5): 307-316.
48. World Health Organization (WHO). Diabetes Country Profiles, 2019. Erişim Adresi: https://www.who.int/diabetes/country-profiles/tur_en.pdf. Erişim Tarihi: 01/05/2023
49. Çelik, S. G. (2019). Diyabetes Mellitus ve Bakım Yönetimi. In, S. (Ed.), *Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği* (pp. 289-307). İstanbul: Tıp Kitabevleri.
50. Colagiuri, S. (2021). Definition and Classification of Diabetes and Prediabetes and Emerging Data on Phenotypes. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 50(3), 319-336.
51. Akdemir, N., Birol, L. (2020). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Akademisyen Kitabevi, Güncellenmiş 5. Baskı, Ankara

52. Ulusal Diyabet Konsensus Grubu, (2019). Diyabette Tanı ve Tedavi Rehberi. Erişim Tarihi: 03.02.2023
53. ADA. (2022). *Standards of Medical Care in Diabetes-2022 Abridged for Primary Care Providers*. American Diabetes Association (Vol. 40).
54. Akbaş, E. (Ed.). (2022). *Sağlık & Bilim-2022: Hemşirelik-III*. İstanbul, Efe Akademi Yayınları; 144-147
55. Enç, N., Alkan, H. Ö., & Hut, A. E. (2020). *Diabetes Mellitus*. In Nuray Enç (Ed.), İç Hastalıkları Hemşireliği (3. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
56. Holt, R. I. G., Hanley, N. A. (2021). *Essential Endocrinology and Diabetes* (8th Ed). John Wiley & Sons Ltd. Published İ by John Wiley & Sons Ltd.
57. Tanrıverdi, M.H., Çelepkolu, T., Aslanhan, H. (2013) Diyabet ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri. *Journal Of Clinical And Experimental Investigations*, 4, 562-567.
58. Şenyiğit, A., Kanat, M. (2017). Tip 2 Diyabette Fizyopatolojik Tedavi Yaklaşımı ve Pioglitazonun Yeri. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*; Cilt 22, Sayı 3, Sayfa 220-223
59. Ilıksu Gözü, H., Akçay, S. (2021). Diyabetin Epidemiyoloji ve Fizyopatolojisi. Dayan, A. (Ed.) Aile Hekimliğinde Diyabet ve Komplikasyonları. 1. Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*; p.1-10
60. Fu, Z., Gilbert, E.R., Liu, D. (2013). Regulation Of İnsulin Synthesis And Secretion And Pancreatic Betacell Dysfunction İn Diabetes. *Curr Diabetes Rev*;9(1):25-53.
61. Wilcox, G. (2005), Insulin And İnsulin Resistance. *Clin Biochem Rev*; 26(2):19-39
62. Aktunç, E., Ünalacak, M., Demircan, N. (2002). Tip II Diyabet'te Patofizyoloji ve Akılcı Tedavi Yaklaşımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11:334-336.
63. IDF. Type 1 diabetes. (2020). Erişim Adresi: <https://www.idf.org/aboutdiabetes/type-1-diabetes.html>. Erişim Tarihi 01.04.2023
64. Savaş, H.B., Gültekin, F. (2017). İnsülin Direnci ve Klinik Önemi. Insulin Resistance and Clinical Significance. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*:24(3):116-125
65. Galicia-Garcia, U., Benito-vicente, A., jebari, S., Larrea-Sebal, A., Siddiqi, H., Uribe, K.B., et al. (2020). Pathophysiology Of Type 2 Diabetes Mellitus. *Int j Mol Sci*; 21(17):6275.
66. FEND. (2010). Federation of European Nurses In Diabetes. Erişim Adresi: <http://www.fend.org/> Erişim Tarihi:04.04.2023.
67. American Diabetes Association (ADA). (2013). Diagnosis And Classification Of Diabetes Mellitusdiabetes Care, Vol: 36, Supplement 1, 67-74

68. Satman, I., et al. (2002). Population-Based Study Of Diabetes And Risk Characteristics İn Turkey: Results Of The Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*;25(9): 1551-6
69. Eroğlu, N. (2019). Diyabetin Komplikasyonlarından Korunmak için Tanı, Tedavi ve İzlem. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 31–33.
70. Karaca Sivrikaya, S., Ergün, S. (2018). Diabet Eğitimi ve Hemşirenin Rolü. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Bilimleri Dergisi*. Cilt:2, Sayı:3, Sayfa: 26-36.
71. Cochran, J., Conn, V.S. (2008). Meta-Analysis of Quality of Life Outcomes Following Diabetes Self-Management Training, *Diabetes Educator*, 34(5): 815-823
72. Nansel, T.R., Iannotti, R.J., Simons-Morton, B.G. (2007). Short-Term And 1-Year Outcomes Of A Diabetes Personal Trainer Intervention Among Youth With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 30, 2471–2477.
73. Leite, S.A.O., Zanim, L.M., Granzotto, P.C.D., Heupa, S., Lamounier, R.N. (2008). Educational Program to Type 1 Diabetes Mellitus Patients: Basic Topics. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 52(2): 233-242.
74. Muninarayana, C. et al. (2010). Prevalance and Awareness Regarding Diabetes Mellitus İn Rural Tamaka, Kolar. *International Journal Of Diabetes İn Developing Countries*; 30(1): 18-21.
75. Aliha, J.M., Asgari, M., Khayeri, F., Ramazani, M., Farajzadegan, Z., Javaheri, J. (2013). Group Education And Nurse Telephone Follow Up Effects On Blood Glucose Control And Adherence To Treatment İn Type 2 Diabetes Patients. *International Journal of Preventive Medicine*; 4(7):797-802.
76. Song, M.S., Kim, H.S. (2009). Intensive Management Program To İmprove Glycosylated Hemoglobin Levels And Adherence To Diet İn Patients With Type 2 Diabetes. *Applied Nursing Research*; 22: 42-7.
77. Kartal, A., Altuğ Özsoy, S. (2014). Tip 2 Diabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına ve Metabolik Kontrole Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*:1
78. Gözüm, S., Aksayan, S. (1999). Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1).
79. Bandura, A. (1995). Exercise Of Personal And Collective Efficacy İn Changing Societies. *Self-Efficacy İn Changing Societies*, 15, 334.
80. Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*, 2nd edition, Appleton&Lange, USA
81. Bandura A. (1994). Self-Efficacy. In: *Encyclopedia Of Human Behavior*, Eds: Ramachaudran VS, Newyork, Academic Press; 71-81

82. Weinger, K., Yi, J., Pouwer, F., Ad, H., & Snoek, F. J. (2003). The Confidence İn Diabetes Self-Care Scale. *Diabetes Care*, 26(3), 713-718.
83. Rakel, R. E., Rakel, D. P. (2019). Saatçi, E. (9th Ed.). *Aile Hekimliği*. Güneş Tıp Kitabevi.
84. Özcan, G. (2019). Diyabetes Mellitus Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı, Öz-Etkililik ve Sağlık Sonuçları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. (Tez No: 590459). [Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
85. Kara, M., Van Der Bijl, J.J., Shorridge-Baggett, L.M., Asti, T., Erguney, S. (2006). Crosscultural Adaptation Of The Diabetes Management Self-Efficacy Scale For Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: Scale Development. *Int J Nurs Stud*;43(5):611-21.
86. Aslan, Ü., Korkmaz, M. (2015). Diyabetli Bireylerin İnsülin Uygulama Bilgi-Beceri Düzeyleri: Doğru ve Yanlışlar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* ,8(1): 18-26
87. Johnson, E.B, (2006). *Comparison of Young and Young old Adults on General Joslin's Diabetes Mellitus*. İstanbul Medikal Yayıncılık, 1. Baskı, İstanbul, 659-670.
88. Bandura, A. (2004). Health Promotion By Social Cognitive Means. *Health Education And Behaviour*, 31(2): 143-164.
89. Kılıç, M. (2016). Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Etkililik Düzeyleri ve Sağlık Kontrol Odağı ile İlişkisi. (Tez No: 443648). [Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
90. Gedik S. (2016). Kırsal Alanda Yaşayan Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Yönetiminde Öz-Etkililik Düzeyleri. (Tez No: 422812). [Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
91. Durak, E., Yılmaz, M. (2022). Tip 2 Diyabetes Mellitus Tanılı Bireylerin Beslenme Okuryazarlığı ile Öz-Etkililik ve Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri İlişkisi.*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 9(1): 57-63.
92. Taş, F., Akın, B. (2018). Sağlığı Geliştirici Yaşam Tarzı ve Öz Etkililik-Yeterlilik Durumunun Sosyo-Ekonomik Durum ile İlişkisi. *Sağlık ve Toplum*;28(2): 24-38.
93. World Health Organization (2017). Sexual Health and its Linkages to Reproductive Health: An Operational Approach, 2-10.
94. World Association for Sexual Health, 'Working Definitions After WHO Technical Consultation On Sexual Health', 2005. http://www.worldsexualhealth.org/who_def.asp. Erişim tarihi:01.06.2023.

95. CETAD (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği). (2017). Cinsel Yaşam ve Sorunları Dosyası Bilgilendirme Dosyası. Erişim Tarihi: 10.10.2022
96. Karabulutlu, Ö., Beydağ, K. (2023). D. Obez Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum* ;33 (1) 94-101.
97. Çiftçi Mutlu, E.N. (2021). Gebelik Semptomlarının Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. (Tez No: 686233). [Yüksek Lisans Tezi, Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
98. Gölbaşı, Z., Evcili, F. (2013). Hasta Cinselliğinin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik: Engeller ve Öneriler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*;16(3):182-9.
99. Mathins, J.P. (Ed.). (2017). *What is diabetes?. ABC of Diabetes. London: BMC Books*; p. 213–231
100. Tamas, V., Kempler, P. (2014). *Sexual Dysfunction In Diabetes. Handbook Of Clinical Neurology*,126, 223–232. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53480-4.00017-5> Erişim Tarihi: 05.05.2023
101. Gandhi, J., Dagur, G., Warren, K., Smith, N.L., Sheynkin, Y.R., Zumbo, A., Khan, S.A. (2017). The Role of Diabetes Mellitus in Sexual and Reproductive Health: An Overview of Pathogenesis, Evaluation, and Management. *Current Diabetes Reviews*,13(6):573–581.
102. APA (American Psychiatric Association). (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. Washington, DC: Lond-ra, İngiltere. 5. Baskı
103. Bayram, R., Mollaoğlu, M. (2018). Diyabetli Hastalarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları ile Metabolik Kontrol Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2. *Uluslararası Farkındalık Konferansı Bildiriler* (13-15 Aralık 2018). Uysal Şahin, Ö. (Ed). Çanakkale: Rating Akademi Yayınları, p. 27-36.
104. Muniyappa, R., Norton, M., Dunn, M.E., Banerji, M.A. (2005). Diabetes And Female Sexual Dysfunction: Moving Beyond “Benign Neglect”. *Curr Diab Rep*; 5:230-236.
105. Özcan, L., & Polat, E. C. (2015). Diyabet ve Cinsel Yaşam. *Okmeydanı Tıp Dergisi 31(Ek Sayı):57-62*
106. Bargiota, A., Dimitropoulos, K., Tzortzis, V., Koukoulis, G.N. (2011). Sexual Dysfunction İn Diabetic Women. *Hormones (Athens)*. Jul-Sep;10(3):196-206, Erişim Adresi:
107. Çiçek, D., Kandi, B., Oğuz, S., Dertlioğlu Bakar, S., Özkan, Y., Çolak, R., Halisdemir, N. (2010). Diyabetes Mellituslu Hastalarda Gözlenen Deri Bulguları. *F.Ü. Sağ. Bil.Tıp Derg.*, 24 (2): 77 – 80.
108. Faubion, S.S., Parish, S.J. (2017). Sexual Dysfunction İn Women: Can We Talk About It? *Cleveland Clinic Journal Of Medicine*, 84(5):367–376.

109. Maiorino, M.I., Bellastella, G., Esposito, K. (2014). Diabetes And Sexual Dysfunction: Current Perspectives. *Diabetes, Metabolic Syndrome And Obesity: Targets And Therapy*, 7: 95–105. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.2147/DMSO.S36455>. Erişim Tarihi: 05.07.2023
110. Zsoldos, M., Pajor, A., Pusztafalvi, H. (2019). A Szexuális Funkciózavar És A Metabolikus Szindróma Kapcsolata [Relation Between Sexual Dysfunction And Metabolic Syndrome]. *Orvosi Hetilap*, 160(3), 98–103. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1556/650.2019.31235>. Erişim Tarihi: 05.07.2023
111. Esposito, K., Giugliano, D. (2011). Obesity, The Metabolic Syndrome, And Sexual Dysfunction İn Men. *Clin Pharmacol Ther*; 90:169-173.
112. Feldhaus-Dahir, M. (2009). The Causes And Prevalence Of Hypoactive Sexual Desire Disorder: Part I. *J Urol Nurs*; 29:259-263.
113. Schram, M.T., Baan, C.A., Pouwer, F. (2009). Depression And Quality Of Life İn Patients With Diabetes: A Systematic Review From The European Depression İn Diabetes (EDID) Research Consortium. *Curr Diabetes Rev*; 5:112-119.
114. Rockliffe-Fidler, C., Kiemle, G. (2003). Sexual function in diabetic women: a psychological perspective. *Sex Relation Ther*; 18:143-159. Erişim Adresi: <http://dx.doi.org/10.1080/1468199031000099415>. Erişim Tarihi: 01.03.2023
115. Öztürk, Ü.A., Atasoy, N., Kurçer, M.A., at al. (2012). Zonguldak İl Merkezinde Kadın Cinsel Sorunlarının Yaygınlığı ve Cinsel Sorunlarla İlgili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 13(3): p. 191.
116. Bailes, S., Creti, L., Fichten, C.S., Libman, E., Brender, W., Amsel, R. (2013). Sexual Self-Efficacy Scale For Female Functioning. In: Davis C, Yarber WL, Bauserman R, Shreer G, Davis SL, Editors. *Handbook Of Sexuality-Related measures*: Routledge. p. 573-82.
117. Kıyılıoğlu, L., Dönmez, A. (2017). HIV/AIDS Riskini Artıran Cinsel Davranışlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. Haziran ;9(2):147-162.
118. Birol, L. (2002). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Akademisyen Kitabevi, Güncellenmiş 5. Baskı, Ankara
119. Bernal, H., Woolley, S., Schensul, J. J., Dickinson, J. K. (2000). Correlates Of Self-Efficacy İn Diabetes Self-Care Among Hispanic Adults With Diabetes. *The Diabetes Educator*, 26(4), 673-680.
120. Türkiye Diyabet Hemşireliği Derneği (TDHD). ([Http://www.tdhd.org/pdf/diyabet_hemsireligi_nedir.pdf](http://www.tdhd.org/pdf/diyabet_hemsireligi_nedir.pdf). Erişim: 01.04.2023).
121. Demirezen, E., Erdoğan, S., Önem, K. (2006). Birinci Basamak Sağlık Merkezine Başvuran Kırk Yaşın Altındaki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni*, 177–180.

122. Hemşirelik Yönetmeliği. (2011). Erişim Adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>. Erişim Tarihi: 01.04.2023
123. Duman, N. B., ve Koçak, D. Y. (2016). İnfertilitenin Cinsel Sağlığa Etkileri Ve Profesyonel Hemşirelik Yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*; 2(1), 51-58.
124. Krebs, L. U. (2008). Sexual Assessment In Cancer Care: Concepts, Methods, And Strategies For Success. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(2), 80-90.
125. Olsson, C., Berglund, A.L., Larsson, M., and Athlin, E. (2012). Patient's Sexuality—A Neglected Area Of Cancer Nursing? *European Journal of Oncology Nursing*; 16(4), 426- 431.
126. Van der Stege, H. A., Hilberink, S. R., Visser, A. P., and Van Staa, A. (2014). Motivational Factors In Discussing Sexual Health With Young People With Chronic Conditions Or Disabilities. *Sex Education*, 14(6), 635-651.
127. Zeng, Y. C., Liu, X., and Loke, A. Y. (2012). Addressing Sexuality Issues Of Women With Gynaecological Cancer: Chinese Nurses' Attitudes And Practice. *Journal of Advanced Nursing*; 68(2), 280-292.
128. GÜTFH-Endokrinoloji. (2020). Erişim Adresi: <https://med.gazi.edu.tr/view/page/22029/hata-sayfasi>. Erişim Tarihi: 07.02.2022
129. Özkan Ölçer, Z. (2019). Meme Kanseri Hastalarının Cinsel Sorunlarına Yönelik Better Modeline Göre Verilen Eğitimin Etkisi. (Tez No: 542213). [Doktora Tezi, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
130. Rosen, R., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument For The Assessment Of Female Sexual Functio, *J Sex Marital Ther*; 26(2): 191-208.
131. Ware, J.E., Sherbourne, D.C. (1992). The MOS 36 item short-form health survey (SF36), *Med Care*, 30(6):83- 473.
132. Chen, L., Pei, J.H., Kuang, J., Chen, H.M., Chen, Z., Li, Z.W., et al. (2015). Effect Of Lifestyle Intervention In Patients With Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis. *Metabolism: Clinical And Experimental.* ;64(2):338-47.
133. Kartal, A. (2006). Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına ve Diyabet Yönetimine Etkisinin İncelenmesi. (Tez No: 193376). [Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi.

134. Arslan, E. (2019). Tükenmişlik ve öz yeterlilik inancı arasındaki ilişkide sosyal destek algısının aracı rolü: Akademik personel örneğinde kuşaklar arası farklılık. (Tez No: 536266). [Yüksek Lisans Tezi, Çankaya Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi.
135. Tüzmen, H. (2019). Postpartum Dönemde Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler. [Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi.
136. Symonds, T., Boolell, M., Quirk, F. (2005). Development of A Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women. *Journal of Sex Marital Therapy*, 31(5), 385–397.
137. Abraham, L., Symonds, T., & Morris, M. F. (2008). Psychometric validation of a sexual quality of life questionnaire for use in men with premature ejaculation or erectile dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 5(3), 595–601.
138. Kılıç, A., Taştan, S., Ayhan H., Yedi M., Taştan B. (2018). Cinsel Yaşam Kalitesi – Erkek Anketinin Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği: Metodolojik Bir Çalışma. *Cinsel Sağlık*; 15: 413-419.
139. Van der Bijl, JJ, Poelgeest-Eeltink, AV, Shortridge-Baggett, L, 1999. The psychometric properties of diabetes management self-efficacy scale for patients with type diabetes mellitus. *J Adv Nurs*, 30, p. 352–59.
140. Ağralı, H. (2020). Tip 2 Diyabet Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık İnanç Modeline Dayalı Verilen Eğitim ve Danışmanlığın Glisemik Kontrolde Etkisi. (Tez No: 193376). [Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi.
141. Altaş, D., Kaspar, E. Ç., Ergüt, Ö. (2012). İlişki Katsayılarının Karşılaştırılması: Bir Simülasyon Çalışması. *Sosyal Bilimler Metinleri*, 2012(2), 1-9
142. Küçük, B. (2020). Tip 2 Diabetes Mellitusu Olan Yetişkin Bireylerde Ayak Bakımı Davranışı, Yaşam Kalitesi ve Öz Etkililik Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Tez No: 648623). [Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
143. Gün, N. (2022). İnsülin Kullanan Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Hastalığa Yönelik Tutum İle Öz-Etkililik Düzeyleri. (Tez No: 732060). [Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
144. Al-Khawaldeh, O.A., Al-Hassan, M.A., Froelicher, E.S. (2012). Self-Efficacy, Self-Management, And Glycemic Control İn Adults With Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*:26(1):10-16.

145. Aalto, A. M., Uutela, A. (1997). Glycemic Control, Self-Care Behaviors, And Psychosocial Factors Among İnsulin Treated Diabetics: A Test Of An Extended Health Belief Model. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 4(3), 191-214.
146. Erol Ö. (2009). İnsülin Kullanan Diyabetlilerde Hipoglisemi Korkusu ve Öz-Etkililik. (Tez No: 229614). [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
147. Mollaoğlu, M., Bağ, E. (2009). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Yeterlilik ve Etkileyen Faktörler. *İst Tıp Fak Derg*; 72:37-42.
148. Orhan, B., Karabacak, B. G. (2016). Tip 2 Diyabetlilerde Diyabete İlişkin Bilişsel ve Sosyal Faktörler ve Metabolik Kontrol Parametreleri Arasındaki İlişki. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 6(1), 1-8.
149. Özgül, Erol, Yanık, Y. T. (2016). Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(3).
150. Beckerle, C., Lavin, M. (2013). Association Of Self-Efficacy And Self-Care With Glycemic Control İn Diabetes. *Diabetes Spectrum*; 3:172-178.
151. Eraydın, C., Sunal, N. (2016). Stomalı Hastalarda Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi. (Tez No: 437676). [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
152. İstek, N., Karakurt, P. (2016). Effect Of Activities Of Daily Living On Self-Care Agency İn Individuals With Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes Mellitus*, 6(04), 247.
153. Doğanoğlu, Z. (2022). Nöropatisi olan Tip 2 diyabetli bireylerde öz etkililik, uyum ve ağrının değerlendirilmesi (Tez No: 752636). [Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
154. Gao, J., Wang, J., Zheng, P., Haardörfer, R., Kegler, M., Zhu, Y., Fu, H. (2013). Effects of self-care, selfefficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Family Practice*; 14, 1-6.
155. Kılıç, M., Arslan, S. (2021). Self-efficacy and its association with locus of control in diabetes in Turkey. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 11(3), 399-404.
156. Bohanny, W., Wu, S.F.V., Liu, C.Y., Yeh, S.H., Tsay, S.L., Wang, T.J. (2013). Health Literacy, Self-Efficacy, And Self-Care Behaviors İn Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* ;25(9): 495-502.
157. Coşansu, G. (2009). Tip 2 Diyabetlilerde Öz Bakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilişsel-Sosyal Faktörler. (Tez No: 229627). [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi

158. Karakurt, P., Aşilar, R. H., Yıldırım, A. (2013). Diyabetli Hastaların Öz-Bakım Gücü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*;14(1):1-9
159. Şireci, E., Karabulutlu, E. Y. (2017). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 48-55.
160. Düzöz, T. G., Çatalkaya, D., Uysal, D. D. (2009). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26(4), 210-213
161. Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Shojaeizadeh, D., Forouzanfar, M.H., Karımı, S.A. (2010) Perceived Barriers And Self-Efficacy: Impact On Self-Care Behaviors In Adults With Type 2 Diabetes. *Hayat Dergisi*;15(4):69-78.
162. Afshari, P., Yazdizadeh, S., Abedi P. ve Rashidi, H. (2017). The Relation Of Diabetes Type 2 With Sexual Function Among Reproductive Age Women In Iran, A Case- Control Study. *Hindawi Advances in Medicine Article*, 5 pages
163. Shivananda, M.J., Rao, T.S. (2016). Sexual Dysfunction In Medical Practice. *Curr Opin Psychiatry*, 29:331-5.
164. Gupta, L., Prakash, S., Khandelwal, D., Kalra, B., Kalra, S. (2018). *Diabetes and Female Sexual Dysfunction. US Endocrinolog*, 14(1):35-38.
165. Giugliano, F., Maiorino, M., Bellastella, G., Gicchino, M., Giugliano, D. ve Esposito, K. (2010). Determinants Of Erectile Dysfunction In Type 2 Diabetes. *International Journal of Impotence Research*, 22, 204-209.
166. Edwards, D. (2013). Sexual Health And Dysfunction In Men And Women With Diabetes. *Diabetes & Primary Care*, 15:309-18.
167. Kin, Ö.K. (2015). Diyabetli Bireylerin Diyabet Komplikasyonlarına Farkındalığı ve Diyabet Özbakım Davranışları. (Tez No: 408514). [Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
168. Şahin, M., Şahin, Z.A. (2015). Effect Of Sexual Dysfunction And Sexual Quality Of Life In Type 2 Diabetes Women: A Pilot Study From Turkey. *Int J Diabetes Dev Ctries*; 35 (Suppl 3):424-430.
169. Çelik, S., Gölbaşı, Z., Kelleci, M. ve Satman, İ. (2015). Sexual Dysfunction and Sexual Quality of Life in Women with Diabetes: The Study Based on a Diabetic Center. *Sex Disabil*, 33:233-241
170. Tekin Vatansever, B., Tekin, S., Karabayraktar, T., Çinkıt, B., vd. (2015). Diyabetik Erkeklerde Eretil Disfonksiyon Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 15(2).

171. Erden, S. (2015). Tip 2 Diyabetik Erkek Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu ve Anksiyete Düzeyi. (Tez No: 391083). [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
172. Okur, M., Gümüş, B., Üçer, O., Karataş, T.C., Özmen, E. ve Büyüksu, C. (2008). Şeker Hastalığına Eşlik Eden Eretil Disfonksiyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri: Longitudinal Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Üroloji Dergisi*, 34,31-36.
173. Yıldız, H., Pınar, R. (2011). Diyabetli Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu Prevalansı. *Androloji Bülteni*, 45, 168-170.
174. Kadri, N., McHichi Alami, K.H., McHakra Tahiri, S. (2002). Sexual Dysfunction İn Women: Population Based Epidemiological Study. *Arch Women Ment Health*; 5:59-63.
175. AlMogbel, T.A., Amin, H.S., AlSaad, S.M., AlMigbal, T.H. (2017). Prevalence Of Sexual Dysfunction İn Saudi Women With Type 2 Diabetes: Is It Affected By Age, Glycemic Control Or Obesity?. *Pak J Med Sci*, 33(3):732-737.
176. Yáñez, D., Castelo-Branco, C., Hidalgo, L., Chedraui PA. (2006). Sexual Dysfunction And Related Risk Factors İn A Cohort Of Middle-Aged Ecuadorian Women. *J Obstet Gynaecol*, 26(7):6-682.
177. Dilek, E. (2007). Diyabetli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğunun İncelenmesi. (Tez No: 224839). [Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
178. Karataş TC. (2007). Manisa Kent Merkezinde 20-40 Yaş Arası Eretil Disfonksiyon Prevalansı ve Eşlik Eden Faktörler. (Tez No: 193653). [Tıpta Uzmanlık, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
179. Altın, N. (2013). Diyabetli Kadın ve Erkek Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğunu Etkileyen Faktörler (Tez No: 353966). [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
180. Çöl, D. (2019). Birinci Basamaktaki Evli Kadınların Cinsel İşlev Bozukluğu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Yönünden İncelenmesi ve Etki Eden Faktörlerin Araştırılması (Tez No: 549578). [Tıpta Uzmanlık, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
181. Tuncel, A., Güzel, Ö.ve Atan, A. (2013). Eretil Disfonksiyonda Rol Oynayan Risk Faktörlerini Belirleme. *Androloji Bülteni*, 53,158-163.
182. Koç, A., Çakmak, B., Genç, B. (2021). Menopoz dönemindeki diyabetik kadınlarda yaşanan semptomların yaşam kalitesi parametreleri üzerindeki etkisinin incelenmesi (Prospektif Tek Grup Çalışma). *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 5(2), 137-145

183. Sarı, B. (2020). Diabetes Mellituslu Hastalarda Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi. (Tez No: 635136). [Tıpta Uzmanlık, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.] YÖK Tez Merkezi
184. Tuğut, N., Gölbaşı, Z. (2014). Cinselliğin Değerlendirilmesi: Hemşireler İçin Öneriler ve Klinik Stratejiler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*.11 (2): 59-64.
185. Casey, M.K, Timmermann, L., Allen, M., Krahn, S., Turkiewicz, K.L. (2009). Response And Self-Efficacy Of Condom Use: A Meta-Analysis Of This Important Element Of AIDS Education And Prevention. *South Commun J*, 74:57-78.
186. Coleman, C.L., Ball, K. (2009). Predictors Of Self-Efficacy To Use Condoms Among Seropositive Middle-Aged African American Men. *West J Nurs Res*, 31:889-904.
187. Erten, Z.K., Zincir, H., Özkan, F., Selçuk, A. ve Elmalı, F. (2019). Sexual Lives Of Women With Diabetes Mellitus (Type 2) And Impact Of Culture On Solution For Problems Related To Sexual Life. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 995-1004,

8. EKLER

EK-1

Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu

Sayın katılımcı, Bu çalışma; Tip 2 diyabet (şeker) hastalarında öz etkililik (kendi kendine yetme) düzeyinin cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılımınızı talep etmekteyiz. İlginiz ve desteğiniz için teşekkürler...

Tarih/...../.....

Katılımcının Adı-Soyadı:

1. Yaş

2. Cinsiyet

1. Kadın ()

2. Erkek ()

3. Medeni Durum

1. Bekar ()

2. Evli ()

4. Eğitim Durumu

1. İlk Öğretim ()

2. Lise ()

3. Üniversite Ve Üzeri ()

5.Çalışma Durumu

1. Çalışıyor ()

2.Çalışmıyor ()

6. Meslek

1. Memur ()

2. Serbest Meslek ()

3. Emekli ()

4. Ev Hanımı ()

5. Diğer () Belirtiniz.....

7. Gelir Durumu Algısı

1. Gelir Giderden Az ()
2. Gelir Gidere Eşit ()
3. Gelir Giderden Fazla ()

8. Sosyal Destek Faktörü

1. Var () Belirtiniz.....
2. Yok ()

9. Aile Yapısı

1. Yalnız Yaşıyor ()
2. Çekirdek Aile ()
3. Geniş Aile ()

10. Sigara/Alkol Kullanma Alışkanlığı

1. Var () Miktar (Adet/Gün)....., Süre/Yıl.....
2. Yok ()
3. Bıraktı () Ne kadar süredir kullanmıyorsunuz? Belirtiniz.....

11. Beden Kitle İndeksi: Boy: Kilo:**12. Kaç yıldır diyabet hastalığınız var?**

1. 6 ay-1 Yıl ()
2. 1-3 Yıl ()
3. 4-6 Yıl ()
4. 7-9 Yıl ()
5. 10 Yıl ve üzeri () Tarih.....

13. Diyabet tedavisi için ne kullanıyorsunuz?

1. Sadece oral antidiyabetikler ()
2. Sadece insülin tedavisi ()
1. Oral antidiyabetikler ve insülin birlikte ()

14. Aşağıdaki hastalıklardan biri/birkaçı varsa işaretleyiniz.

1. Kalp hastalığı ()
2. Felç ()
3. Böbrek hastalığı ()
4. Görme hasarı ()
5. Hissizlik\duyu kaybı ()

6. Ayak yarası () Diğer :

15. Hastalığınızla ilgili eğitim (bilgi) aldınız mı?

1. Evet ()
2. Hayır ()

16. Yandaki kişi/kişilerin veya kaynakların hangilerinden bilgi aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Sağlık profesyoneli ()
2. Kitap/ broşür/ kitapçık/ gazete ()
3. İnternet/ TV ()
4. Arkadaşlar ()
5. Aile ()
6. Diğer () (Açıklayınız):

17. Diyabet tanısı almadan önce cinsel yaşamınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1. İyi ()
2. Orta ()
3. Kötü ()

EK-2**CINSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ- KADIN (CYKÖ-K)**

	Tamamen Katılıyorum (1)	Büyük ölçüde katılıyorum (2)	Kısmen katılıyorum (3)	Kısmen katılmıyorum (4)	Büyük ölçüde katılmıyorum (5)	Hiç katılmıyorum (6)
1. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli / zevkli bir parçası olduğunu düşünüyorum						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum						
3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum						
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum						
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim						
7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum						
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum						
10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum						
11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum						
12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum						
13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum						
14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum						
15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum						
16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum						
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum						
18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum						

EK-3**CINSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ- ERKEK (CYKÖ-E)**

	Tamamen Katılıyorum (1)	Orta derecede katılıyorum (2)	Kısmen katılıyorum (3)	Kısmen katılmıyorum (4)	Orta derecede katılmıyorum (5)	Hiç katılmıyorum (6)
1. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum						
3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir erkek olarak eksik hissediyorum						
4. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum						
6. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum						
7. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, mahçup oluyorum/ utanıyorum						
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum						
10. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum						
11. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum						

EK-4**Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği**

	Evet, Eminim (5)	Evet (4)	Ne Evet Ne Hayır (3)	Hayır (2)	Hayır, Emin Değilim (1)
1. Evde olmadıgımda beslenme programıma bağı kalabileceğimi düşünüyorum					
2. Evde olmadıgımda beslenme programımı ayarlayabileceğimi düşünüyorum					
3. Tatilde olduğumda beslenme programıma uyabileceğimi düşünüyorum					
4. Bir davete gittiğimde beslenme programıma bağı kalabileceğimi düşünüyorum					
5. Kilomu kontrol altında tutabileceğimi düşünüyorum					
6. Diyabet hastalığının gerektirdiği diyeteye bağı kalarak farklı yiyecekleri seçebileceğimi düşünüyorum					
7. Beslenme programıma çoğu zaman uyabileceğimi düşünüyorum					
8. Hasta olduğumda beslenmemi ayarlayabileceğimi düşünüyorum					
9. Ayaklarımı yaranma açısından kontrol edebileceğimi düşünüyorum					
10. Diyabet kontrolü için yılda bir kez doktora gidebileceğimi düşünüyorum					
11. Diyabet hastalığının gerektirdiği doğru yiyecekleri seçebileceğimi düşünüyorum					
12. Doktor'un reçete ettiği ilaçları alabileceğimi düşünüyorum					
13. Stresli durumlarda beslenme programımı ayarlayabileceğimi düşünüyorum					
14. Hasta olduğumda ilaçlarımı ayarlayabileceğimi düşünüyorum					

15. Doktor tavsiye ederse fazladan fiziksel aktivite yapabileceğimi düşünüyorum					
16. Fazla fiziksel aktivite yaptığımda beslenmemi ayarlayabileceğimi düşünüyorum					
17. Yürüme ve bisiklete binme gibi fiziksel aktiviteler yapabileceğimi düşünüyorum					
18. Kan şekeri çok yüksek olduğunda düzeltebileceğimi düşünüyorum.					
19. Kan şekeri çok düşük olduğunda düzeltebileceğimi düşünüyorum					
20. Gerekirse kan şekeri kendim ölçebileceğimi düşünüyorum.					



EK-5: Etik Kurul İzni

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik KomisyonuSayı : E-77082166-302.08.01-302719
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

28.02.2022

Sayın Doç.Dr. Ayla DEMİRTAŞ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Şule GÜZLE'nin, "Tip 2 Diyabetli Bireylerde Öz Etkililiğin Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili araştırma önerisi Komisyonumuzun 22.02.2022 tarih ve 04 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanın, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Araştırma Kod No: 2022 - 276

Tarih ve Sayısı: 28.02.2022-E.302719 GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 22/02/2022	TOPLANTI SAYISI : 04
ADI – SOYADI	İMZA
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN	
Prof.Dr.Kemal ÖZTEMEL BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.C.Haluk BODUR	KATILAMADI
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Gülây BAYRAMOĞLU	
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ	
Prof.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Prof.Dr.İlyas OKUR	KATILAMADI
Doç.Dr.Nihan KAFA	
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN	

EK-6 Gönüllü Onam Formu

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 22.02.2022 tarih / 04 sayı ile izin alınan ve Ayla Demirtaş ve Şule Güzle tarafından yürütülen “Tip 2 Diyabetli Bireylerde Öz Etkililiğin Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Araştırmanın Amacı	Araştırma, tip 2 diyabet(şeker) hastalarında öz etkililik (kendi kendine yetme) düzeyinin cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.
Araştırmanın Yöntemi	Gönüllü olan ve araştırma kapsamına alınan tip 2 diyabetli bireyler ile Gazi Hastanesi'nin Diyabet ve Obezite Polikliniğine başvuru yaptıkları gün görüşme yapılacaktır. Görüşme sırasında katılımcılara araştırmacı tarafından anket uygulanacaktır. Katılımcılara; tanıtıcı özelliklerini belirleyen “Veri Toplama Formu”, cinsel yaşamıyla ilgili “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Kadın-Erkek” ve “Tip 2 Diyabetlilerde Öz Etkililik Ölçeği” uygulanacaktır. Görüşmenin süresi ortalama 30 dakika olarak planlanmakta olup, her birey ile bir defa görüşme yapılacaktır. Görüşmeler sonrası anketler ile elde edilen bilgiler bilgisayar ortamına aktarılacak ve analizi yapılacaktır.
Araştırmanın Öngörülen Süresi	01.03.2022-01.03.2023
Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı	Araştırmaya 300 gönüllü birey katılması bekleniyor.
Araştırmanın Yapılacağı Yer	Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Diyabet ve Obezite Polikliniği
Görüntü veya ses kaydı alınacak mı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu

çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımını sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü

Adı ve Soyadı	Ayla Demirtaş	Tarih/İmza
Adres ve telefonu	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fakültesi 0777	

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih/İmza
Adres ve telefonu		

EK-7: Ölçek Kullanım İzinleri

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın

Şule Güzle

8 Ocak Cmt 13:40 (4 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Alıcı: nilufer, niluferyildirim ▾

Sayın Nilüfer TUĞUT,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. "Tip 2 Diyabetli Bireylerde Öz Etkinliğin Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" adlı tez çalışmamda geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığınız "Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın" ölçeğinin kullanım iznini rica etmekteyim. Teşekkür ederim. İyi çalışmalar. Saygılarımla..

Şule Güzle

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

nilufer tuğut

11:23 (26 dakika önce) ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

Sayın Güzle

Ölçeği kullanabilirsiniz.
Çalışmanızda başarılar diliyorum.

Şule Güzle <

, 8 Oca 2022 Cmt, 13:40 tarihinde şunu yazdı:

...

--
Doç. Dr. Nilüfer TUĞUT

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Erkek

Şule Güzle

8 Ocak Cmt 14:37 (4 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ayse2007 ▾

Sayın Hocam,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. "Tip 2 Diyabetli Bireylerde Öz Etkinliğin Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" adlı tez çalışmamda Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Erkek" in kullanım iznini rica etmekteyim. Teşekkür ederim. İyi çalışmalar. Saygılarımla..

Şule Güzle

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

ayse kilic

8 Oca 2022 15:20 (4 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

Merhaba Şule,

Öncelikle çalışmada başarılar dilerim. Ölçeğimizi kullanmanızdan memnuniyet duyarız. Ölçekle ilgili bilgileri ekte size gönderiyorum. Sonuçları bizimle de paylaşırsanız mutlu oluruz. Kolaylar dilerim.

Prof.Dr.Ayşe KILIÇ UÇAR

Demiroğlu Bilim Üniversitesi

Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu

Rn.PhD.Profesor Ayşe KILIC UCAR

Demiroglu Bilim University

Florence Nightingale Hospital School of Nursing

Tip 2 Diyabetlilerde Öz Etkililik Ölçeği

Şule Güzle

8 Ocak Cmt 13:20 (4 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Alıcı: mağfiret ▾

Sayın Mağfiret KARA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. "Tip 2 Diyabetli Bireylerde Öz Etkilliliğin Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" adlı tez çalışmamda geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığınız "Tip 2 Diyabetlilerde Öz Etkililik Ölçeği" nin kullanımı iznini rica etmekteyim. Saygılarımla...

Şule Güzle

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Mağfiret Kara

8 Ocak Cmt 22:17 (4 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

Sayın Şule Güzle,

Çalışmanızda Tip 2 Diyabetlilerde Öz Etkililik Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.

Kolay gelsin!

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

ni

Professor Mağfiret KAŞIKÇI

9. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

A.1	Adı ve Soyadı: Şule GÜZLE
A.2	Doğum tarihi ve yeri:
A.3	Görev yeri:
A.4	İletişim bilgileri:

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

B.1	Mezun olduğu Üniversite/Fakülte: Hacettepe Üniversitesi/ Hemşirelik Fakültesi
C.YAYINLAR:	
<p>1. Şimşek, S., Güzle, Ş., Çınar, F.İ. (2021). Kansere İlişkili Perkardiyal Efüzyon ve Hemşirelik Bakımı. 3. Uluslararası 4. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi, (Poster Bildiri)</p>	