



**DIYABET HASTALARININ İLAÇ KULLANIMINDAKİ ÖZ
YETERLİLİKLERİNİN, TEDAVİYE UYUMLARI VE
ÖLÜM ANKSİYETELERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Emre GÜLER

Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Bahar ÇİFTÇİ

Yüksek Lisans Tezi-2024



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

DİYABET HASTALARININ İLAÇ KULLANIMINDAKİ ÖZ YETERLİLİKLERİNİN, TEDAVİYE UYUMLARI VE ÖLÜM ANKSİYETELERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Emre GÜLER

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi-2024**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Bahar ÇİFTÇİ**

**ERZURUM
2024**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kronik Hastalıklarda Hemşirenin Rolü	5
2.1.1. Hasta Eğitimi ve Danışmanlığı	6
2.1.2. Hastalık Yönetimi ve İzleme	7
2.1.3. Multidisipliner Ekip İçinde Hemşirenin Rolü	8
2.2. Kronik Hastalıklarda Diyabet	9
2.3. Diyabet Hastalığı	10
2.4. İlaç Kullanımı ve Öz Yeterlilik	11
2.5. Tedaviye Uyum.....	12
2.6. Ölüm Anksiyetesi	14
3. MATERYAL VE METOT.....	17
3.1. Araştırmanın Türü.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	17
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	17
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	17
3.5. Araştırmada Kullanılacak Veri Toplama Araçları	18
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	18

3.5.2. Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği	18
3.5.3. Tedaviye Uyum Ölçeği	18
3.5.4. Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği	19
3.6. Verilerin Toplanması	20
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA.....	28
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
KAYNAKLAR	44
EKLER	57
Ek-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu.....	57
Ek-2. Etik Kurul Onay Formu	58
Ek-3. Gönüllü Onam Formu.....	60
Ek-4: Tanıtıcı Bilgi Formu.....	61
Ek-5. Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği	62
Ek-6. Tedaviye Uyum Ölçeği	63
Ek-7. Abdel-Khalek Ölüm Kaygısı Ölçeği.....	65

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bana her zaman rehberlik ederek ilgi ve desteğini esirgemeyen, tez sürecini bilgi ve katkıları ile yöneten değerli danışmanım Doç. Dr. Bahar ÇİFTÇİ'ye en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Diyabet hastalarının ilaç kullanımındaki öz yeterliliklerinin, tedaviye uyumları ve ölüm anksiyeteleri üzerine etkisini; araştırmaya olan desteklerinden dolayı araştırmaya katılan hastalar ve ailelerine en içten teşekkürlerimi iletmek isterim.

Tez çalışmamın istatistiksel analizi, yorumlanması konusunda yardımcı olan ve çalışmam boyunca her konuda bilgisinden faydalandığım Öğr. Gör. Güzel Nur YILDIZ'a, bu süreçte göstermiş oldukları kolaylıklardan dolayı amirden çok bir büyüğüm edasıyla yaklaşan Artvin Cumhuriyet Başsavcısı Sayın Yunus Emre BÜYÜKYURT'a ve Artvin Adalet Komisyonu Başkanı Sayın Hakan BEKTAŞ'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca kurumumda bulunan Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Müdürlüğü personellerine, yoğun eğitim dönemim boyunca sabırla beni destekleyen tüm arkadaşlarıma, çalışma ve eğitim hayatım boyunca her koşulda yanımda olan ve bana desteklerini esirgemeyen aileme sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Diyabet Hastalarının İlaç Kullanımındaki Öz Yeterliliklerinin, Tedaviye Uyumları ve Ölüm Anksiyeteleri Üzerine Etkisi

Amaç: Bu araştırma, diyabet hastalarının ilaç kullanımındaki öz yeterliliklerinin, tedaviye uyumları ve ölüm anksiyeteleri üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi.

Materyal ve Metot: Araştırma, tanımlayıcı kesitsel türdedir. Araştırma, Şubat-Haziran 2024 tarihleri arasında çevrim içi olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın evreni, belirtilen tarihlerde ulaşılan Tip 2 diyabetes mellitus tanılı bireyler oluşturdu. Araştırmanın örneklemini, iletişim problemi olmayan ve en az 6 aydır diyabet tanısı almış olan 18 yaş üstü 242 diyabet hastası oluşturdu. Veri toplama araçları olarak, “Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği Ölçeği”, “Tedaviye Uyum Ölçeği” ve “Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği” kullanıldı.

Bulgular: Hastaların diyabet ilaç kullanım öz yeterlilik puan ortalaması 37.88 ± 9.78 olarak bulundu. Öz yeterlilik puanlarının en yüksek olduğu gruplar, 41-60 yaş aralığında olanlar, evli bireyler, daha önce hastaneye yatmış olanlar, namaz kılma, oruç tutma, sadaka verme gibi dini vecibelerini yerine getiren bireyler, kişisel temizliğini kendisi yapanlar, ilaç tedavisini düzenli uygulayanlar ve ilaç takibini kendisi yapanlar olarak tespit edildi. Hastaların tedaviye uyum puan ortalaması 83.17 ± 11.79 olarak saptandı. Tedaviye uyum düzeylerinin en yüksek olduğu gruplar, 61 yaş ve üzeri, kadınlar, ilkokul mezunları, sigara kullanmayanlar, daha önce hastaneye yatmış olanlar ve ilaç tedavisini düzenli kullananlar olarak belirlendi. Ölüm anksiyetesi puan ortalaması 54.02 ± 18.11 olarak bulundu. Ölüm anksiyetesi düzeylerinin en yüksek olduğu gruplar, kadınlar ve sağlığını kötü olarak değerlendirenler olarak saptandı. Diyabet ilaç kullanım öz yeterliliği ile tedaviye uyum arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki bulundu ($r=.366$, $p<0.05$). Ayrıca, tedaviye uyum ile ölüm anksiyetesi arasında negatif yönde zayıf bir ilişki tespit edildi ($r=-.160$, $p<0.05$). Ancak, diyabet ilaç kullanım öz yeterliliği ile ölüm anksiyetesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Sonuç: Araştırma sonuçlarına göre, diyabet hastalarının ilaç kullanım öz yeterliliği düzeyinin orta, tedaviye uyum düzeyinin düşük ve ölüm anksiyetesi düzeylerinin ise orta seviyede olduğu belirlendi. Araştırma bulguları, öz yeterlilik düzeyinin artmasının tedaviye uyumu artırdığını, artan tedaviye uyumun ise ölüm anksiyetesi düzeylerini azaltabileceğini ortaya koymaktadır. Ancak, öz yeterlilik düzeyinin yüksek olmasının, ölüm anksiyetesi üzerinde doğrudan anlamlı bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 diyabetes mellitus, ilaç kullanımı, öz yeterlilik, tedaviye uyum, ölüm anksiyetesi.

ABSTRACT

The Effect of Self-Efficacy in Medication Use, Treatment Adherence, and Death Anxiety in Diabetes Patients

Aim: This study aimed to evaluate the effects of self-efficacy in medication use on treatment adherence and death anxiety among diabetes patients.

Material and Method: The research is a descriptive cross-sectional study. It was conducted online between February and June 2024. The population of the study consisted of individuals diagnosed with Type 2 diabetes mellitus who were reached during the specified dates. The sample included 242 diabetes patients over the age of 18 who had no communication problems and had been diagnosed with diabetes for at least 6 months. The data collection tools used were the "Diabetes Medication Self-Efficacy Scale," the "Treatment Adherence Scale," and the "Abdel-Khalek Death Anxiety Scale."

Result: The average score for diabetes medication self-efficacy among the patients was found to be 37.88 ± 9.78 . The groups with the highest self-efficacy scores included individuals aged 41-60, married individuals, those who had previously been hospitalized, individuals who performed religious practices like praying, fasting, and giving charity, those who handled their hygiene independently, those who followed their medication regimen regularly, and those who monitored their medication themselves. The average score for treatment adherence among the patients was determined to be 83.17 ± 11.79 . The groups with the highest levels of treatment adherence were individuals aged 61 and over, women, primary school graduates, non-smokers, those who had previously been hospitalized, and those who regularly followed their medication regimen. The average score for death anxiety was found to be 54.02 ± 18.11 . The groups with the highest levels of death anxiety were women and those who evaluated their health as poor. A moderate positive correlation was found between diabetes medication self-efficacy and treatment adherence ($r=.366$, $p<0.05$). Additionally, a weak negative correlation was identified between treatment adherence and death anxiety ($r=-.160$, $p<0.05$). However, no statistically significant relationship was found between diabetes medication self-efficacy and death anxiety ($p>0.05$).

Conclusion: According to the study results, diabetes patients had moderate levels of self-efficacy in medication use, low levels of treatment adherence, and moderate levels of death anxiety. The findings suggest that increasing self-efficacy can enhance treatment adherence, and higher treatment adherence may reduce death anxiety levels. However, high self-efficacy does not have a direct significant impact on death anxiety.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, medication use, self-efficacy, treatment adherence, death anxiety.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANOVA	: Varyans analizi
BMI	: Body mass index (vücut kitle indeksi)
CI	: Confidence interval (güven aralığı)
DM	: Diabetes mellitus (diyabet)
EA	: Etki analizi
HbA1c	: Hemoglobin A1c
HR	: Hazard Ratio (tehlike oranı)
IDF	: International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)
İY	: İlaç yeterliliği
OR	: Odds ratio (olasılık oranı)
ÖA	: Ölüm anksiyetesi
P	: p-value (anlamlılık değeri)
SD	: Standard deviation (standart sapma)
SPSS	: Statistical package for the social sciences
TU	: Tedavi uyum
TÜİK	: Türkiye istatistik kurumu
%	: Yüzde

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	22
Tablo 4.2. Hastaların diyabet ilaç kullanım öz yeterliliği, tip 2 diyabette tedaviye uyum ölçeği ve abdel-khalek ölüm anksiyetesi ölçeği puan ortalamaları	23
Tablo 4.3. Hastaların diyabet ilaç kullanım öz yeterliliği, tip 2 diyabette tedaviye uyum ölçeği ve abdel-khalek ölüm anksiyetesi ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması	24
Tablo 4.4. Hastaların diyabet ilaç kullanım öz yeterliliği, tip 2 diyabette tedaviye uyum ölçeği ve abdel-khalek ölüm anksiyetesi ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi	26
Tablo 4.5. Hastaların diyabet ilaç kullanım öz yeterliliği, tip 2 diyabette tedaviye uyum ölçeği ve abdel-khalek ölüm anksiyetesi ölçeği puan ortalamalarına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları	27

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar, bireylerin yaşam kalitesini uzun vadede olumsuz yönde etkileyen, sürekli bakım ve izlem gerektiren sağlık sorunları olarak tanımlanmaktadır (Özdemir & Taşçı, 2013). Bu hastalıkların yönetimi, karmaşık ve multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gereken bir süreçtir (Karabulutlu ve ark., 2015). Hemşirelik bakımı, kronik hastalıklara sahip bireylerin sağlıklarının sürdürülmesi, yaşam kalitelerinin artırılması ve hastalık komplikasyonlarının önlenmesi amacıyla kritik bir rol oynamaktadır (Özdemir & Taşçı, 2013). Hemşireler, hastaların fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak, bütüncül bir bakım sunarlar (Karabulutlu ve ark., 2015). Bu bakım, hasta ve ailesinin sağlık durumunu iyileştirmek ve hastalığın etkilerini en aza indirmek amacıyla tasarlanmıştır (Karabulutlu ve ark., 2015).

Diyabetes Mellitus (DM), dünya genelinde prevalansı hızla artan ve bireylerin yaşam kalitesini derinden etkileyen kronik bir hastalıktır (Aytemur & İnkaya, 2022). DM, insülin eksikliği veya insülinin etkinliğinde bozulmalar nedeniyle vücudun karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterli düzeyde yararlanamadığı, mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlara yol açabilen, karmaşık bir endokrin ve metabolizma bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Yolcu, 2021). Diyabet yönetimi, hastaların yaşamlarını sürdürebilmek için sürekli olarak ilaç kullanmalarını, diyet ve egzersiz programlarına uymalarını ve kan şekeri düzeylerini izlemelerini gerektirir (Şanlıtürk ve ark., 2022). Bu noktada, hemşirelerin rolü oldukça önemlidir; çünkü hastaların bu süreçte karşılaştıkları zorlukları aşmalarına, tedaviye uyum sağlamalarına ve öz bakım becerilerini geliştirmelerine yardımcı olurlar (Akpınar & Ceran, 2019).

Diyabet yönetiminde ilaç kullanımı, hastaların öz yeterliliklerini artırma açısından kritik bir bileşendir. Özellikle hemşirelerin, hastaların ilaç kullanımı ile ilgili eğitimi ve destek sağlaması, öz yeterliliklerini artırarak tedaviye uyum sağlamalarına yardımcı olur.

Bu noktada, öz yeterlilik, bireylerin kendi sağlık durumlarını yönetme konusundaki inançlarını ifade eder ve diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminde hayati bir öneme sahiptir (Bektaş ve ark., 2021). Hemşireler, hastaların öz yeterliliklerini artırarak, onların tedaviye uyumlarını geliştirmekte ve böylece hastaların hastalıkları ile başa çıkma larını kolaylaştırmaktadırlar (Bektaş ve ark., 2021). Literatürde, hemşirelerin diyabet hastalarının öz yeterliliklerini artırmada önemli bir etkisi olduğu belirtilmektedir (Şentürk, 2021). Örneğin, Şentürk'ün (2021) yaptığı bir sistematik derlemede, hemşirelerin müdahalelerinin %78'inin, kronik hastalık yönetiminde başarılı olduğu ve hastaların öz bakım becerilerini artırdığı sonucuna varılmıştır (Şentürk, 2021). Diyabet yönetiminde, hastaların ilaçlarını düzenli kullanmaları, diyetlerine uymaları, düzenli egzersiz yapmaları ve kendi kendine kan şekeri izlemi gibi önemli görevleri başarıyla yerine getirmeleri gerekmektedir (Zuhur & Özpancar, 2017). Bu süreçte, hemşireler hastalara rehberlik ederek ve gerekli eğitimi sağlayarak, onların tedaviye bağlılıklarını artırmakta ve yaşam kalitelerini yükseltmektedirler (Zuhur & Özpancar, 2017).

Diyabet hastalarının tedavi süreçlerinde karşılaştıkları en büyük zorluklardan biri de ölüm anksiyetesidir (Çapoğlu ve ark., 2019). Ölüm anksiyetesi, hastaların tedaviye uyumlarını ve genel yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen ciddi bir psikososyal sorundur (Aktaş, 2021). Ölüm anksiyetesinin, diyabet yönetiminde hastaların tedaviye uyumunu düşürebileceği ve bu durumun, glisemik kontrolü olumsuz etkileyerek komplikasyon riskini artırabileceği literatürde belirtilmiştir (Çapoğlu ve ark., 2019). Yapılan çalışmalar, ölüm anksiyetesinin diyabetli bireylerde sıkça görüldüğünü ve bu durumun hastaların genel psikososyal durumlarını ve tedavi süreçlerini olumsuz etkilediğini göstermektedir (Aktaş, 2021).

Birçok araştırma, diyabet hastalarının tedaviye uyumlarını artırmak ve ölüm anksiyetelerini azaltmak için hemşirelerin oynadığı kritik rolü vurgulamaktadır. Bağdan

(2022) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin hastalara dzenli bilgilendirme yapmasının, hastaların tedaviye uyum oranlarını artırdığı ve ölüm anksiyetelerini azalttığı ortaya konmuştur (Bağdan, 2022). Ayrıca, Fadare ve ark. (2015) tarafından yapılan bir başka çalışmada, tedaviye uyumun azaldığı durumlarda HbA1c seviyesinin arttığı gözlemlenmiş ve hastalık süresi uzadıkça tedavi uyumunun azaldığı tespit edilmiştir (Fadare ve ark., 2015). Bu bulgular, hemşirelerin, diyabet hastalarının tedaviye uyumlarını artırmada ve ölüm anksiyetelerini yönetmede ne kadar önemli bir role sahip olduklarını ortaya koymaktadır (Fadare ve ark., 2015).

Hemşirelerin bu süreçteki kritik rolleri değerlendirilecek ve diyabet yönetiminde daha etkili hemşirelik müdahaleleri geliştirilmesine yönelik öneriler sunulacaktır (Bektaş ve ark., 2021, Zuhur & Özpancar, 2017). Literatürdeki bu boşluğu doldurmak ve klinik uygulamalara katkıda bulunmak amacıyla bu araştırma, hemşirelik bakımının diyabet yönetiminde ne kadar önemli bir unsur olduğunu vurgulamayı hedeflemektedir (Akpınar & Ceran, 2019). Hemşirelik müdahalelerinin, hastaların öz yeterliliklerini, tedaviye uyumlarını ve psikososyal sağlıklarını nasıl etkilediğini anlamak, diyabet yönetiminde daha etkili stratejiler geliştirilmesine olanak sağlayacaktır (Çapoğlu ve ark., 2019).

Bu araştırmanın amacı, diyabet hastalarının ilaç kullanımındaki öz yeterliliklerinin, tedaviye uyumları ve ölüm anksiyeteleri üzerindeki etkilerini incelemektir. Bu araştırma, hemşirelerin diyabet hastalarının yaşam kalitesini iyileştirmede ve ölüm anksiyetelerini azaltmada oynadığı kritik rolü vurgulaması açısından büyük bir öneme sahiptir. Aynı zamanda, araştırmanın özgün değeri, hemşirelik uygulamalarının hastaların öz yeterlilik ve tedaviye uyum üzerindeki etkilerini derinlemesine incelemesi ve bu alandaki literatüre yeni ve değerli katkılar sağlamasından kaynaklanmaktadır. Bu sayede, diyabet yönetiminde daha etkili, inovatif ve hasta odaklı

hemşirelik stratejilerinin geliştirilmesine zemin hazırlayarak, hastaların yaşam kalitesini artırma potansiyeli taşımaktadır.

Araştırma Soruları:

S1: Tip 2 DM tanılı hastalarının ilaç kullanımındaki öz yeterlilik düzeyleri nedir?

S2: Tip 2 DM tanılı hastalarının tedaviye uyum düzeyleri nedir?

S3: Tip 2 DM tanılı hastalarının ölüm anksiyetesi düzeyleri nedir?

S4: Tip 2 DM tanılı hastalarının öz yeterlilik düzeyleri ile tedaviye uyum düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

S5: Tip 2 DM tanılı hastalarının tedaviye uyum düzeyleri ile ölüm anksiyetesi düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

S6: Tip 2 DM tanılı hastalarının öz yeterlilik düzeyleri ile ölüm anksiyetesi düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalıklarda Hemşirenin Rolü

Kronik kelimesi, Yunanca “Khronos” (zaman) sözcüğünden türemiştir ve tıbbi nedenlerle ilişkili sağlık sorunları ya da uzun dönem bakım gerektiren durumlar kronik hastalıklar olarak tanımlanır (Akpınar & Ceran, 2019). Kronik hastalıklar, genellikle yavaş ilerleyen ve tıbbi müdahalelerle tamamen tedavi edilemeyen durumlardır; bu hastalıklar, öz bakımın optimize edilmesi amacıyla periyodik bakım gerektirir (Özdemir & Taşçı, 2013).

Hemşireler, kronik bakım modeli çerçevesinde, hasta ve sağlık ekibi arasında süreklilik ve organizasyonu sağlayarak optimal sonuçlara ulaşmayı hedefler. Ayrıca, kronik hastalığı olan bireylerin öz yönetimlerini geliştirmek ve bakım engellerini ortadan kaldırmak konusunda kritik rol oynarlar (Karabulutlu ve ark., 2015). Kronik hastalıkların yönetiminde hemşireler, evde veya sağlık kurumlarında bakım hizmetleri sunarak hastane yatışlarını azaltmayı veya önlemeyi amaçlar. Hemşireler, eğitim, danışmanlık, bakım organizasyonu ve değişim liderliği gibi rolleriyle hastaların tedavi sürecinde önemli bir yer tutar (Akpınar & Ceran, 2019).

Sağlık profesyonelleri arasında, kronik hastalıkların bakım yönetiminde mesleki liderlik rollerini üstlenen hemşireler, hastalara yönelik bütüncül bakım planlayarak, danışmanlık ve rehabilitasyon hizmetleri sunar ve bireye özgü eğitimler ile hastalık yönetimini destekler (Zuhur & Özpancar, 2017). Bu sayede, hastaların tedavi planları zamanında güncellenebilir ve sağlık sorunları etkin bir şekilde kontrol altına alınabilir. Hemşirelerin bu kapsamlı rolü, kronik hastalıklarla mücadelede vazgeçilmezdir.

Kronik hastalıklar, Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler tarafından 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak tanımlanmış ve dünya genelinde ölüm sebepleri arasında önde gelen faktörlerden biri olarak kabul edilmiştir (Zuhur & Özpancar, 2017).

Bu hastalıklar, genellikle uzun süreli ve yavaş ilerleyen nitelikte olup, yaşam tarzı değişiklikleri, hareketsizlik ve beslenme alışkanlıklarındaki değişimlerle artış göstermektedir. Kronik hastalıklar, hem hasta bireyleri hem de yakınlarını birçok boyutta etkileyerek, yaşam tarzında zorunlu değişikliklere yol açmaktadır (Akdoğan & Kaya, 2022; Çiftci, 2021).

Hemşireler, hastaların fiziksel iyiliklerinin sağlanması, komplikasyonların önlenmesi, motivasyonun artırılması ve hastalığa ilişkin belirsizliklerin giderilmesi gibi konularda önemli roller üstlenirler (Akdemir, 2006). Hastalarla en fazla zaman geçiren sağlık profesyonelleri olarak, uyum sorunlarını önlemek ve çözmek için çeşitli stratejiler kullanarak hastaları aktif olarak bakıma dahil ederler (Himmelfarb ve ark., 2016). Bu bağlamda, uzman hemşirelerin desteği, bireylerin ve ailelerinin güçlenmesine katkıda bulunur. Bütüncül bakım yaklaşımını benimseyen hemşireler, hastaların tedaviye ve yaşama uyum sağlamasında anahtar bir rol oynar (Durna & Oğuz, 2018). Hemşirelerin bu çok yönlü ve kapsamlı rolü, kronik hastalıklarla mücadelede vazgeçilmezdir.

2.1.1. Hasta Eğitimi ve Danışmanlığı

Günümüzde sağlık bakımı ve tedavisinde çeşitli seçenekler sunulmakta ve maliyetlerin artması, kaynakların sınırlılığı ve hastalık kalıplarındaki değişimlerle birlikte farklı tedavi stratejilerinin etkililiği değerlendirilmekte, bu da karar süreçlerini zorlaştırmaktadır (Tol ve ark., 2015). Özellikle diyabet tedavisinde eğitim önemli bir yere sahiptir ve bu eğitim ekip yaklaşımıyla verilmelidir. Diyabet eğitimi, akut ve kronik komplikasyonların önlenmesi ve risklerin azaltılmasını hedefler (Kılınç & Tuzcu, 2012). Diyabet eğitimi, hastalara yaşam kurtarıcı bilgiler öğretmeyi ve kendi kendine tedavi becerisi kazandırmayı amaçlar. Bu eğitimler, diyabetin getirdiği yükü azaltır, eğitime erişimi artırır, diyabetin ekonomik yükünü hafifletir, küresel salgınla mücadelede ülkelerin kapasitesini geliştirir, toplumsal farkındalığı artırır ve diyabet bakımını öz

yönetim eğitimleriyle bütünleştirir (Sivrikaya & Ergün, 2018). Hasta eğitimi ve danışmanlık, diyabet yönetiminde kritik bir rol oynar ve bireylerin sağlık durumlarını iyileştirmek için gerekli bilgi ve becerileri kazanmalarına yardımcı olur. Kronik hastalıklarda hasta eğitimi, bireyin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapabilmesi, fiziksel yeterliliğini ve sosyal rollerini sürdürmesi, hastaneye yatış sıklığını azaltarak gelir durumunu koruması ve tedavi ile bakımda bireysel sorumluluklarını üstlenmesi gibi hedefleri içerir (Çiftçi, 2018).

2.1.2. Hastalık Yönetimi ve İzleme

Hastalık yönetimi ve izleme, kronik hastalıkların etkili bir şekilde yönetilmesi ve hastaların sağlık durumlarının takip edilmesini içerir. Hemşireler, hastalıkların ilerleyişini izleyip tedavi planlarını uygulayarak, hastalara sağladıkları bakım ve destekle önemli bir rol oynar. Diyabet yönetimi; beslenme tedavisi, düzenli egzersiz, hastanın kendini izlemesi, ilaç tedavisi ve hasta eğitimi kapsar. Bu unsurların koordinasyonu, başarılı bir diyabet yönetiminin temelidir. Diyabet hastalarının kendi sağlıklarıyla ilgili tutum ve davranışları, tedaviye etkin katılımlarını ve uyumlarını sağlamak açısından kritik öneme sahiptir (Üstündağ & Dayapoğlu, 2021).

Diyabet yönetiminin başarısı, hastaların bilgi, beceri ve olumlu tutumlara sahip olmasına bağlıdır (Gergely, 1992). Hastalara, hastalık yönetimi ile ilgili olarak düzenli kontrol ve muayene yaptırma, eğitim alma, ilaçları doğru kullanma, kan şekeri izleme, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite gibi görevler verilir. Ancak, glisemik kontrol için gerekli sağlık davranışlarını sürdürmek çoğu zaman zordur; yaygın engeller arasında günlük meşguliyetler, duygusal problemler ve düşük öz-bağlılık yer alır (Özsaydı ve ark., 2023).

Diyabetin sürekli takibi ve kan şekeri düzeylerinin izlenmesi, tedavi planlarının düzenli gözden geçirilmesi ile mümkündür. Hemşireler, hastaların kan şekeri izlemesini

desteklerken, hasta ve aile eğitimine de önem vererek diyabetle başa çıkma becerilerinin geliştirilmesine katkı sağlarlar.

2.1.3. Multidisipliner Ekip İçinde Hemşirenin Rolü

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı sadece hastalık veya sakatlık olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlar. İyilik hali, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal bütünlüğünü koruma ve geliştirme sorumluluğunu üstlendiği bir yaşam biçimi olarak da ifade edilir. Diabetes mellitus, uzun süreli tedavi gerektiren, akut ve kronik komplikasyonlarla seyreden bir hastalık olup, bireylerin iyilik halini olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (Erol ve ark., 2022).

Sağlık hizmetlerinde multidisipliner ekip yaklaşımı, sağlık profesyonellerinin işbirliği yaparak hizmetlerdeki boşlukları ve tekrarları ortadan kaldırmayı hedefler (Coşkun, 1996). Hemşireler, hasta bakımının sürekliliğini sağlamak ve mesleki işbirliğini kolaylaştırmak için, birlikte çalıştıkları hemşirelerin rollerine saygı gösterirler (Van Giersbergen & Yoltay, 2022).

Diyabet tedavisinde multidisipliner yaklaşımda hemşireler, doktorlar, diyetisyenler, eczacılar ve fizyoterapistler gibi sağlık profesyonellerinin amacı, metabolik dengeyi yeniden sağlayarak ve çalışma kapasitesini geri kazandırarak komplikasyonları önlemektir (Pavloviç, 2020). Hemşireler, eğitim düzeyleri, bilgi, beceri ve deneyimlerine dayanarak bu ekiplerde önemli roller üstlenir (Efil & Enç, 2014). Bir meta-analiz çalışması, ekip tabanlı bakımın diyabetli hastalarda kan şekeri, kan basıncı ve lipit düzeylerini iyileştirdiğini göstermiştir. Hemşireler, hastanın eğitimi ve kendi kendini yönetme yeteneğinin geliştirilmesinde aktif rol alır. Etkin eğitim için, programlar standartlaştırılmalı ve sağlık hizmeti verenler ile hastalar arasında sürekli işbirliği sağlanmalıdır.

2.2. Kronik Hastalıklarda Diyabet

Kronik hastalıklar, bireylerde farklı şekillerde ortaya çıkabilir ve çeşitli kısıtlılıklara, yaşam aktivitelerinde değişikliklere yol açabilir. Hastanın sağlığını koruması ve sürdürmesi, hastalığa verdiği tepki ile doğrudan ilişkilidir; bu tepki hastadan hastaya farklılık gösterebilir (Ceyhan ve ark., 2022). Diabetes Mellitus (DM), insülin eksikliği veya insülin etkisindeki bozulmalar nedeniyle vücudun karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sık takip gerektiren ve komplikasyonlara yol açan kronik bir sağlık sorunudur. DM, dünya genelinde hızla artmakta olup, önemli bir halk sağlığı sorunu hâline gelmiştir. 2019 yılında dünya genelinde 463 milyon diyabetli birey varken, bu sayının 2045 yılında 700 milyona ulaşması beklenmektedir. Türkiye, %11,1'lik diyabet prevalans oranı ile Avrupa'da en yüksek oranlardan birine sahiptir. (Aytemur & İnkaya, 2022; IDF, 2019; IDF, 2021).

Diyabetin etkili yönetimi için öz yönetim eğitimi ve destek esastır. Hastaların yönetim stratejileri farklılık gösterebilir; örneğin, bir hasta kan şekeri izlemeye istekliken, diğeri beslenme planına uymakta zorlanabilir (Yolcu, 2021). Diyabet hemşireleri, bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunarak hastaların öz yönetim becerilerini desteklemeli, yaşam tarzı değişikliklerini sürdürmelerine yardımcı olmalıdır (Besen & Dervişoğlu). Hemşirelerin öz yönetim stratejilerindeki etkinliği incelendiğinde, müdahalelerinin çoğunlukla başarılı olduğu görülmüştür (Şentürk, 2021).

Diyabet yönetiminde en önemli unsurlardan biri, kendi kendine kan şekeri izlemesidir. Amerikan Diyabet Birliği (ADA), bu izlemin glisemik kontrolün sağlanmasında kritik rol oynadığını vurgulamaktadır. Diyabetli bireyler, fiziksel sağlıklarının yanı sıra emosyonel ve psikososyal sorunlarla da mücadele edebilirler. Bu nedenle, hastalara uzun vadeli kilo kaybı ve düzenli fiziksel aktivite önerilmektedir (Yıldırım ve ark., 2020).

2.3. Diyabet Hastalığı

Tip 2 diyabet, prevalansı ve insidansı artmaya devam eden ciddi bir halk sağlığı sorunu olup, küresel sağlık maliyetleri üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır. Bu hastalık, hastaların fonksiyonel kapasitelerini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyerek erken mortaliteye yol açar. Tip 2 diyabetin morbiditesini, mortalitesini ve sağlık maliyetleri üzerindeki küresel yükü azaltmak için birincil koruma stratejilerine odaklanmak gerekmektedir (Yıldırım, 2023).

Türkiye’de diyabet prevalansı, 1997 yılında gerçekleştirilen TURDEP-1 çalışması ile %7.2 olarak belirlenmiştir (Kebapçılar, 2014). Modern yaşam tarzı, hareketsizlik, sağlıksız beslenme ve stres gibi faktörler, diyabetin yaygınlığını artırmakta ve hastalığın daha genç yaşlarda ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Çiftçi & Kutlutürkan, 2021). Diyabetten korunmak için sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve fazla kilolardan kurtulma gibi yaşam tarzı değişiklikleri önemlidir (Ekingen, 2021).

Diyabetin yönetiminde en önemli noktalardan biri, kendi kendine kan şekeri izlemidir. Amerikan Diyabet Birliği (ADA), bu izlemin glisemik kontrol sağlanmasında kritik rol oynadığını vurgulamaktadır. Hipoglisemi, diyabet yönetiminde önemli bir engel olup, insülin kullanan hastalarda ciddi komplikasyonlar oluşturabilir; bu nedenle, hastalara hipoglisemi belirtileri ve korunma yolları konusunda eğitim verilmelidir (Terkeş, 2012).

Diyabetin komplikasyonları arasında retinopati, nöropati, nefropati gibi mikrovasküler hasarlar ve damar sertliği, diyabetik ayak, koroner arter hastalığı gibi makrovasküler hasarlar bulunur. Bu komplikasyonlar hem Tip 1 hem de Tip 2 diyabet hastalarında ortaya çıkabilir ve genellikle yıllar boyunca belirti vermeden ilerleyebilir (Uludağ, 2010).

Diyabetin tedavi edilmemesi, ciddi komplikasyonlara yol açarak hastaların morbidite ve mortalitesini artırır. Kontrol altına alınmayan kan şekeri, enfeksiyonların iyileşmesini zorlaştırabilir ve gangrene yol açabilir (Terkeş, 2012). Başarılı diyabet yönetimi, hastaların tedaviye uyum sağlamasına ve diyabet hakkında bilgi sahibi olmasına bağlıdır. Diyabetin tedavisi, yaşam tarzı değişikliklerini, ilaç veya insülin kullanımı, diyet programı ve düzenli kan şekeri kontrolü gibi öz bakım davranışlarını içerir (Mumcu & İnkaya, 2020).

2.4. İlaç Kullanımı ve Öz Yeterlilik

İlaç kullanım alışkanlıkları, bireyin sosyo-demografik özelliklerinin yanı sıra sağlık okuryazarlığı düzeyinden de etkilenir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler, ilaçların yan etkilerini ve doz ayarlamalarını daha iyi anlarlar. Diyabette sağlık okuryazarlığı, özellikle insülin dozlarını anlama ve ayarlama, kan şekeri sonucunu yorumlama ve ilaç yönergelerini takip etme açısından son derece önemlidir (Güner ve ark., 2020).

Öz yeterlilik, bireyin beceri performansının zamanla değişebileceğini yansıtan dinamik bir kavramdır ve olumlu deneyimlerle artarken, yetersiz deneyimlerle azalır (Bektaş ve ark., 2021). Diyabet yönetiminde, bireylerin kendi sağlık durumlarını yönetme kapasiteleri bu kavramla yakından ilişkilidir.

Bazı ilaçlar, diyabetin gelişmesine veya mevcut diyabetin kötüleşmesine neden olabilir. Örneğin, glukokortikoidler insülin direncini artırarak diyabeti tetikleyebilir ve dikkatle izlenmelidir (Haydar ve ark., 2024). Oral antidiyabetik ilaçlar, diyet ve egzersizle kontrol altına alınamayan Tip 2 diyabet tedavisinde kullanılır ve pankreas insülin salınımını artırarak ya da periferik glikoz kullanımını düzenleyerek etkili olur (Kılınç, 2022).

Hemşireler, ilaçların doğru uygulanmasından sorumludur ve bu konuda güncel bilgilere sahip olmaları, hasta güvenliği açısından hayati öneme sahiptir (Oğuz, 2007). Hemşirelerin, diyabet tedavisinde hastaların öz yönetim becerilerini desteklemesi ve onları diyabetle ilgili bilgilendirmesi kritik önemdedir (Bayrak & Çolak, 2012).

Diyabet öz-yönetimi, kan şekeri izleme, diyet uyumu, düzenli fiziksel aktivite ve reçeteli ilaçların alınması gibi öz bakım davranışlarını içerir (Kılınç, 2022). Ancak diyabetle birlikte görülen depresyon, bu öz bakım davranışlarını olumsuz etkileyebilir ve klinik sonuçları kötüleştirebilir (Çapoğlu ve ark., 2019). Son zamanlarda, Tip 2 diyabet tedavisinde yeni tedavi seçenekleri geliştirilmiştir ve bu tedavi modellerinin hastalara doğru bir şekilde anlatılmasında diyabet hemşirelerine büyük sorumluluk düşmektedir (Bayrak & Çolak, 2012).

2.5. Tedaviye Uyum

Tedaviye uyum, tedavinin başarısındaki en kritik unsurlardan biridir. Bu kavram, hastanın tedavi sürecine başladığı andan itibaren ilaçları düzenli kullanması, diyetini uygulaması ve yaşam tarzı değişikliklerine uyması gibi önerilere sadık kalması anlamına gelir (Gönel, 2019). Tedaviye uyumun sağlanmasında, bireylerin psikososyal özellikleri büyük rol oynar. Fogarty'nin "reactance theory" teorisi, hastaların tedaviye uyumsuzluğunu, tedaviyi özgürlüklerinin kısıtlanması olarak algılamalarıyla açıklar. Bu durumda hastalar, kaybettiklerini düşündükleri özgürlüklerini yeniden kazanmak için tedavi önerilerine uymamaya motive olabilirler. Ayrıca, tedaviye uyum; hastanın sağlık personeline duyduğu güven, mental sağlık durumu, eğitim seviyesi, cinsiyet farkları ve hasta danışmanlığı gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (Taşkın, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü, tedaviye uyumun artırılmasının, sağlık üzerinde spesifik tıbbi tedavi gelişmelerinden daha büyük bir etkiye sahip olabileceğini belirtmektedir. Ancak, kronik hastalıklarda, özellikle diyabet gibi uzun süreli yönetim gerektiren

hastalıklarda, tedaviye uyum oranları gelişmiş ülkelerde dahi yaklaşık %50 seviyesindedir. Bu uyumsuzluk, kronik hastalık yönetiminde ciddi bir zorluk oluşturarak, komplikasyon riskini artırır ve hastane yatışlarını sıklaştırır (Çiçek, 2021). Diyabetik hastalarda tedaviye uyumun, glisemik kontrolü sağlama, akut komplikasyonları önleme ve kronik komplikasyonların oluşumunu geciktirme açısından hayati öneme sahip olduğu bilinmektedir. Tedaviye uyumsuzluk ise tedavi maliyetlerini artırarak sağlık sistemine ek yük bindirir.

Fadare ve ark. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, tedaviye uyumun azalmasının HbA1c seviyelerinde artışa neden olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, hastalık süresi uzadıkça tedaviye uyumun azaldığı ve bunun da glisemik kontrolü zorlaştırdığı gözlemlenmiştir. Bu bulgular, tedavi sürecinde hastaların olumsuz tutum ve davranışlarının düzeltilmesinin, tedaviye uyumu artırmada ve komplikasyonları önlemede ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır (Fadare ve ark., 2015).

Hastaların tedaviye uyumunu artırmak için sağlık profesyonelleri tarafından çeşitli stratejiler geliştirilmelidir. Bu stratejiler arasında, yazılı ve sözlü bilgilendirmenin artırılması, hastalarla iletişimin güçlendirilmesi, teknolojik araçlar aracılığıyla takiplerin sıklaştırılması, kan şekeri izleminde hastanın aktif rol alması ve ilaç maliyetlerinin hafifletilmesi gibi önlemler bulunmaktadır (Bağdan, 2022). Bu tür girişimler, hastaların tedavi sürecine daha aktif katılımını teşvik ederek, tedavi başarısını artırabilir.

Diyabetli bireylerin, tedavi sürecinde yeterli bilgiye sahip olmaları da tedaviye uyumu olumlu yönde etkiler. Bu, özellikle diyabet yönetiminde öz bakım davranışlarının geliştirilmesi ve komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Sağlık profesyonelleri, bu bilgileri hastalara etkili bir şekilde ileterek, tedavi sürecinde karşılaşılan engelleri aşmalarına yardımcı olabilirler (Ülker, 2023).

2.6. Ölüm Anksiyetesi

Ölüm anksiyetesi farklı düşünürler tarafından çeşitli şekillerde ele alınmıştır. Kierkegaard bu durumu "olmama" korkusu olarak adlandırırken, Jaspers "varoluşun kırılgnlığı" olarak nitelendirmiştir. Heidegger "kesin olasılık" ve Tillich (2000) "ontolojik anksiyete" terimleriyle ölüm anksiyetesini ifade etmişlerdir. Bu farklı terimlerin kullanılması, ölüm konusunun çeşitli açılardan ele alınmasından kaynaklanabilir. Bu nedenle, ölümün ne anlama geldiği üzerine yapılan çalışmalar, bu konunun daha iyi anlaşılabilmesi için önemlidir (Bilge & Taşçı, 2020).

Literatürde, ölüme dair olumsuz bakış açılarını ifade etmek için birçok terim kullanılmaktadır; bunlar arasında ölüm anksiyetesi, ölüm korkusu ve ölüm endişesi gibi ifadeler yer alır. Ölüm korkusu, daha spesifik ve dış bir tehdite yönelik bir duygu iken, ölüm anksiyetesi daha genel ve fark edilmesi zor bir durumu tanımlar (Tomer, 1992).

Yaşam ve ölüm, iç içe geçmiş iki kavramdır ve bu nedenle ölüme farklı anlamlar yüklenir. Ölüm, belirsizliği, acı yaratma potansiyeli, beden ve yaşam kaybı korkusu, hiçlikten ve var olamamaktan korkma gibi duyguları tetikler. Ayrıca, ölümün ardından cezalandırılma, yalnız kalma, sevdiklerini geride bırakma endişesi gibi birçok faktör, ölüm anksiyetesinin temelini oluşturan duygu ve durumlar arasında yer alır. Klinik anlamda ölüm, bir organizmanın bütünlüğünün bozulması olarak tanımlanır; bu, beyin faaliyetlerinin durması ve geri dönüşümsüz şekilde sona ermesidir (Aktaş, 2021).

Modern toplumlarda, bilinçli ya da bilinçdışı olarak, ölüm isteği sanıldığından daha yaygın bir şekilde görülmektedir. Freud'un "ölüm içgüdüleri" kavramı, yaşamın kaynağı olan cansız maddeye geri dönme arzusu olarak tanımlanır. Jung ise biyolojik temele dayalı bir ölüm içgüdüsünü reddeder; ona göre ölme arzusu, manevi bir yaşam özlemiyle ilişkilidir. Jung'a göre, bireyin ölüm arzusundan kaynaklanan sakinlik, huzur

ve denge eğilimi, psikolojik yaşamın daha fazla gelişmesini engelleyen bir "gerileme" olarak görülür (Alkış, 2023).

Ölümün ne zaman ve nerede gerçekleşeceği bilinmese de kesin olarak gerçekleşeceği kesindir. İnsanlar bu gerçekle yüzleşerek yaşamayı öğrenebilir ya da ölümden kaçarak hiç yüzleşmemeyi seçebilirler (Garrow & Walker, 2001). Sağlık anksiyetesi bozukluğu, bireyler stres altındayken, ciddi bir hastalıkla karşılaştıklarında veya yakın çevrelerinden birini kaybettiklerinde artabilir. Aynı zamanda, sosyal medyada hastalıkların popülerlik kazanması da bu anksiyeteyi artırabilir (Alioğulları, 2021).

Diyabetik hastalarda, hastalığın şiddeti, kişilik yapısı ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişen kaygılar görülmektedir. Yapılan araştırmalarda, diyabetli hastaların en büyük kaygısı, kendi kendine yeterliliğini ve bağımsızlığını kaybetme endişesidir. Ancak, diyabetli hastaların ölümle ilgili duygu ve düşüncelerine dair yapılan çalışmalar sınırlıdır (Yeşil, 2010).

Kronik hastalıklar arasında en yaygın duygu durumu bozukluğu depresyondur. Diyabet, hipertansiyon, solunum yolları hastalıkları ve kalp hastalıkları gibi kronik durumlar depresyona eşlik edebilir (Aksoy, 2024). Bu tür ruhsal sorunlara müdahale edebilmek, birey odaklı stratejiler, diyabet öz yönetim eğitimi ve multidisipliner ekip çalışmasıyla mümkündür. Özellikle kronik hastalıklara sahip bireylerde, ölüm korkusunun tedaviye uyum ve öz yönetim düzeyinde olumsuz etkiler yaratabileceği gözlemlenmektedir (Rashidi & Kıskaç, 2023). Hemşireler için, ölüm korkusu, ölmekte olan hastalara empati kurmanın zorlukları ve hasta ve yakınlarının gerginliği gibi etmenler sıkıntı verici olabilir (Alkış, 2023).

IDF son 19 yılda diyabetle ilgili ölümlerin ve diyabete bağlı sağlık harcamalarının dünya genelinde kritik derecelerde arttığını rapor etmiştir. Ayrıca, bazı çalışmalarda tedaviye uyumun, ölüm, hastalık ve sağlık harcamaları ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir

(Güleyyupoğlu Dağdelen & Muz, 2020). Sonuç olarak, sağlık profesyonellerinin ölüm anksiyetesi gibi psikolojik unsurları göz önünde bulundurması, bireylerin ruhsal iyilik hallerini desteklemenin yanı sıra entegre bir bakım sunmayı da sağlayacaktır.



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel türde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma çevrim içi olarak Şubat-Haziran 2024 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Şubat-Haziran 2024 tarihleri arasında çevrim içi olarak ulaşılabilen Tip 2 DM tanılı hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemi ise belirtilen tarihlerde araştırma kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü Tip 2 DM tanılı hastalar oluşturdu. G POWER 3.1.9.7. Paket Programında yeterli örneklem sayısı hesaplandı. Literatürde benzer bir araştırmaya rastlanmadığı için orta etki büyüklüğü (0.3) esas alınarak priori güç analizi yapıldı. Alpha 0.05, Power 0.95 esas alınarak yapılan güç analizinde örneklem sayısının 242 olması gerektiği belirlendi. Araştırma 242 Tip 2 DM tanılı hasta ile tamamlandı.

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- En az 6 ay önce Tip 2 DM tanısı alan,
- Tip 2 DM tanısı için ilaç kullanan hastalar araştırmaya dahil edildi

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- 18 yaşın altında olan,
- 6 aydan daha kısa süre önce Tip 2 DM tanısı almış olanlar,
- Tip 1 DM veya diğer diyabet türleri tanısı olan hastalar,

3.5. Araştırmada Kullanılacak Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-4), Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği (EK-5), Tedaviye Uyum Ölçeği (EK-6) ve Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (EK-7) kullanılarak toplandı.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-4)

Araştırmacılar tarafından geliştirilen form bireylerin sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sigara kullanma durumu, daha önce hastanede yatma durumu, sağlığını tanımlama düzeyi, namaz kılma/ oruç tutma/ sadaka verme durumu, kişisel temizliğini yapan kişi, ilaç tedavisini düzenli uygulama durumu, ilaç takibini yapan kişi, hastalık süresi) sorgulayan bir formdur.

3.5.2. Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği (EK-5)

Ölçek Sleath ve ark. tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. Kavuran ve Türkoğlu (2022) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek içinde toplam 19 madde bulunmaktadır. Ölçek içinde bulundurduğu her sorunun (Çok emin değilim=1, Eminim=2, Çok eminim=3) şeklinde yanıt seçeneklerinin bulunduğu 3'lü likert tipinde oluşturulmuştur. Diyabet ilaç uyum ölçeğindeki puanlar 19 (düşük öz-yeterlilik) ile 57 (yüksek öz-yeterlilik) arasında değişmektedir. Puan arttıkça ilaç kullanma öz yeterliliği de artmaktadır. Kavuran ve Türkoğlu'nun (2022) çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı Cronbach Alpha 0.94 olarak bulunmuşlardır (Kavuran & Türkoğlu, 2022; Sleath ve ark., 2016). Bu araştırmada Cronbach Alpha değeri 0.930 olarak bulundu.

3.5.3. Tedaviye Uyum Ölçeği (EK-6)

Tip 2 diyabet "Tedaviye Uyum Ölçeği" Demirtaş ve Akbayrak tarafından geliştirilip literatüre kazandırılan bir ölçektir (Demirtaş & Akbayrak, 2017). Ölçek içinde toplam 30 madde bulunmaktadır. Ölçek içinde bulundurduğu her sorunun (Kesinlikle

katılıyorum=1, Katılıyorum=2, Kısmen katılıyorum=3, Katılmıyorum=4 ve Kesinlikle katılmıyorum=5) şeklinde yanıt seçeneklerinin bulunduğu beşli likert tipinde oluşturulmuştur. Ölçek sonunda bir kişinin alabileceği maksimum puan 150 minimum puan 30 olup toplam ölçek puanı için düşük puan tip 2 diyabet tedavisine hasta uyumun yüksek/iyi olduğu anlamına gelmektedir.

Ölçek, 13 olumlu ve 17 olumsuz tutum içeren maddelerden oluşmaktadır. Olumsuz ifadeler içeren maddeler (2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 20, 21, 22, 24, 27, 28, 30), ters puanlama yapılarak değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puanlar, yorumlama sürecinde %0-20'lik dilimde olan puanlar (30-54) "tedaviye uyum iyi", %20-80'lik dilimde olan puanlar (55-125) "tedaviye uyum orta" ve %80-100'lük dilimde olan puanlar (126-150) "tedaviye uyum kötü" olarak yorumlanmaktadır. Demirtaş ve Akbayrak'ın (2017) çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.77 olarak bulunmuştur (Demirtaş & Akbayrak, 2017). Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri 0.698 olarak bulundu.

3.5.4. Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (EK-7)

Abdel-Khalek Ölüm Kaygısı Ölçeği, Abdel-Khalek (2004) tarafından geliştirilmiş ve Sarıçiçek Aydoğan ve ark., (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçekte beşli likert tipinde 20 madde ve 5 boyut (görsel uyaranların uyandırdığı korku, fiziksel ve ruhsal acıya ilişkin korku, hatırlatan diğer durumlara ilişkin korku, ölümden sonrasına ilişkin korku, ölümün kendisine yönelik korku) bulunmaktadır (Abdel-Khalek, 2004; Aydoğan ve ark., 2015). Ölçekten alınabilecek puan 20 ile 100 puan arasında değişmektedir. Her alt boyuttan alınan yüksek puan ölçülmek istenen özelliğin yüksek olduğunu göstermektedir. Sarıçiçek Aydoğan ve ark.'nın (2015) çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.86 olarak bulunmuştur (Aydoğan ve ark., 2015). Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri 0.930 olarak bulundu.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler Şubat-Haziran 2024 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından toplandı. Veri toplama süreci tamamen çevrimiçi olarak gerçekleştirildi. Katılımcılar, Google Docs üzerinden anket formuna eriştiler. İlk olarak, katılımcılara araştırmanın amacı, hedefleri, elde edilecek faydalar ve görüşme için öngörülen süreyi detaylandıran kapsamlı bir bilgilendirme metni sunuldu. Bu bilgi metni, Google Docs belgesine verilen bir bağlantı aracılığıyla sağlandı. Bilgilendirme metnini inceledikten sonra, katılımcılar aynı bağlantı üzerinden gönüllü olarak onay verdiler. Onay verdikten sonra, katılımcılar çevrimiçi anket ve ölçekle ilgili sorulara yönlendirildi. Veri toplama süreci yaklaşık 3-5 dakika sürdü ve bu süre zarfında katılımcılar anketi çevrimiçi olarak tamamladılar. Veri güvenliğini sağlamak ve tekrarlı yanıtların önüne geçmek amacıyla, Google Docs ayarları her katılımcının yanıtlarını yalnızca bir kez göndermesine izin verecek şekilde yapılandırıldı. Bu önlem, toplanan verilerin bilimsel geçerliliğini ve güvenilirliğini korumak için uygulandı. Tüm süreç, katılımcıların kolayca erişim sağlayabilmesi ve veri güvenliğinin güçlü bir şekilde sağlanması için tasarlandı.

3.7. Verilerin Analizi

Veriler SPSS 20 Paket Programına aktarıldı ve veriler analiz edildi. Verilerin normallik dağılımının belirlenmesinde Skewness ve Kurtosis değerleri kullanıldı. Değerlerin +1 ve -1 değer aralığında olması ölçümlerin normal dağıldığını göstermektedir (Pallant, 2019). Analiz sonuçları ölçümlerin normal dağıldığını gösterdi. Sosyodemografik özelliklerin belirlenmesinde sıklık ve yüzde analizi kullanıldı. İki bağımsız grubun puan ortalamasının karşılaştırılmasında “Bağımsız Gruplarda t Testi”, ikiden fazla bağımsız grubun puan ortalamalarının karşılaştırılmasında “One Way Anova” testi kullanıldı. İlişkisel çıkarımların belirlenmesinde korelasyon analizi kullanıldı. Bir değişkenin başka değişkene olan bağımlılığını incelemek amacıyla

regresyon analizi kullanıldı. Ölçeklerin güvenilirliğinin belirlenmesinde Cronbach Alpha değeri kullanıldı. Cronbach Alpha değeri 0.60 olan ölçümler ile analize devam edildi. Hata payı 0.05 kabul edildi (Pallant, 2019).

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın uygulanabilmesi için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan etik izin (Ek-2) alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan aydınlatılmış onamları (Ek-3) alındı. Araştırmada Helsinki Bildirgesine uygun şekilde davranıldı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Bu araştırmanın sınırlılıkları arasında, verilerin tamamının çevrimiçi olarak toplanması ve yalnızca internet erişimi olan bireylerin araştırmaya katılabilmesi yer almaktadır. Bu durum, araştırma sonuçlarının genellenebilirliğini kısıtlayabilir. Ayrıca, araştırmaya katılan bireylerin gönüllülük esasına dayalı olarak seçilmesi, örneklemin temsiliyet gücünü sınırlayabilir. Araştırmanın kesitsel bir tasarımda gerçekleştirilmesi, neden-sonuç ilişkilerini belirlemede zorluklar yaratabilir. Son olarak, öz raporlamaya dayalı veri toplama yönteminin kullanılması, katılımcıların yanıtlarında yanlılığa neden olabileceğinden, sonuçların doğruluğunu etkileyebilir.

Genellenebilirlik açısından, bu araştırmanın bulguları yalnızca araştırma kapsamında yer alan katılımcıların özelliklerine sahip bireyler için geçerli olabilir. Farklı sosyo-demografik özelliklere sahip daha geniş bir popülasyonda aynı bulguların elde edilip edilemeyeceği, araştırmanın genellenebilirliği açısından önemli bir soru olarak kalmaktadır. Dolayısıyla, bu araştırma sonuçlarının farklı popülasyonlarda ve farklı araştırma tasarımları ile test edilmesi, bulguların genellenebilirliğini artırabilir.

4. BULGULAR

Diyabet hastalarının ilaç kullanımındaki öz yeterliliklerinin, tedaviye uyumları ve ölüm anksiyeteleri üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=242)

Özellikler	Değişkenler	N	%
Yaş	18-40	76	31.4
	41-60	98	40.5
	61 ve üzeri	68	28.1
Cinsiyet	Kadın	147	60.7
	Erkek	95	39.3
Medeni durum	Evli	182	75.2
	Bekar	60	24.8
Eğitim düzeyi	İlkokul	101	41.7
	Ortaokul	40	16.5
	Lise ve üzeri	101	41.7
Sigara kullanma durumu	Evet	71	29.3
	Hayır	171	70.7
Daha önce hastanede yatma durumu	Evet	124	51.2
	Hayır	118	48.8
Sağlığını tanımlama düzeyi	İyi	74	30.6
	Orta	125	51.7
	Kötü	43	17.8
Kişisel temizliğini yapan kişi	Kendisi	219	90.5
	Aile üyeleri	23	9.5
Namaz kılma/ oruç tutma/ sadaka verme durumu	Evet	158	65.3
	Bazen	32	13.2
	Hayır	52	21.5
İlaç tedavisini düzenli uygulama durumu	Evet	179	74.0
	Hayır	63	26.0
İlaç takibini yapan kişi	Kendisi	207	85.5
	Aile üyesi	35	14.5
Hastalık süresi	6 ay-4 yıl	91	37.6
	5-9 yıl	53	21.9
	10-14 yıl	51	21.1
	15 yıl ve üzeri	47	19.4

Araştırmaya katılanların %40.5'inin 41-60 yaş aralığında, %60.7'sinin kadın, %75.2'sinin evli, %41.7'sinin ilkokul mezunu, olduğu belirlendi. Araştırmaya katılanların %70.7'sinin sigara kullanmadığı, %51.2'sinin daha önce hastaneye yattığı, %51.7'sinin sağlık durumunu orta şeklinde tanımladığı, %65.3'ünün namaz kılma/ oruç tutma/ sadaka verme gibi dini vecibelerini yerine getirdiği, %90.5'inin kişisel temizliğini kendisi yaptığı, %74'ünün verilen ilaç tedavisini düzenli olarak uyguladığı, %85.5'inin ilaç takibini kendisi yaptığı ve %37.6'sının hastalık süresinin 6 ay-4 yıl aralığında olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların diyabet ilaç kullanım öz yeterliliği, tip 2 diyabette tedaviye uyum ölçeği ve abdel-khalek ölüm anksiyetesi ölçeği puan ortalamaları (n=242)

Ölçekler	$\bar{x} \pm SD$	Min	Max
Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği Ölçeği	37.88±9.78	19	57
Tip 2 Diyabette Tedaviye Uyum Ölçeği	83.17±11.79	49	114
Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği	54.02±18.11	20	100

Hastaların “Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği Ölçeği”, “Tip 2 Diyabette Tedaviye Uyum Ölçeği” ve “Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği” puan ortalamaları Tablo 4.2’de verildi. Hastaların “Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği” puan ortalamalarının 37.88±9.78, “Tip 2 Diyabette Tedaviye Uyum Ölçeği” puan ortalamalarının 83.17±11.79, “Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği” puan ortalamalarının 54.02±18.11 olduğu belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların diyabet ilaç kullanım öz yeterliliği, tip 2 diyabette tedaviye uyum ölçeği ve abdel-khalek ölüm anksiyetesi ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması (n=242)

Özellikler	Değişkenler	Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği	Tip 2 Diyabette Tedaviye Uyum Ölçeği	Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği
		$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Yaş	18-40 ¹	35.45±8.70	86.54±10.95	56.29±18.42
	41-60 ²	39.40±9.71	82.21±11.56	54.19±17.80
	61 ve üzeri ³	38.40±10.60	80.79±12.34	51.25±18.08
	Test ve p	F=3.710, p=0.026 1-2	F=4.966, p=0.008 1-2, 1-3	F=1.402, p=0.248
Cinsiyet	Kadın	38.51±10.27	81.90±9.94	56.90±18.80
	Erkek	36.89±8.92	85.15±11.33	49.57±16.09
	Test ve p	t=1.295, p=0.210	t=-2.109, p=0.036	t=3.240, p=0.001
Medeni durum	Evli	38.75±9.89	82.56±11.83	54.97±17.72
	Bekar	35.23±9.00	85.03±11.57	51.17±19.09
	Test ve p	t=2.439, p=0.015	t=-1.412, p=0.159	t=1.413, p=0.159
Eğitim düzeyi	İlkokul ¹	39.38±10.36	80.36±12.04	56.29±18.95
	Ortaokul ²	37.08±9.43	86.15±11.47	52.30±17.41
	Lise ve üzeri ³	36.69±9.19	84.81±11.15	52.45±17.44
	Test ve p	F=2.081, p=0.127	F=5.318, p=0.005 1-2, 1-3	F=1.358, p=0.259
Sigara kullanma durumu	Evet	36.18±8.00	86.70±11.76	52.70±17.31
	Hayır	38.58±10.37	81.71±11.52	54.57±18.45
	Test ve p	t=-1.937, p=0.054	t=3.054, p=0.003	t=-0.730, p=0.466
Daha önce hastanede yatma durumu	Evet	39.53±10.79	80.50±11.98	54.31±19.12
	Hayır	36.14±8.28	85.98±10.94	53.72±17.05
	Test ve p	t=2.755, p=0.007	t=-3.711, p=0.001	t=0.255, p=0.799
Sağlığını tanımlama düzeyi	İyi	38.38±9.68	83.55±12.14	50.41±17.52
	Orta	38.39±9.63	81.74±11.46	54.84±17.77
	Kötü	35.51±10.24	86.67±11.62	57.88±19.36
	Test ve p	F=0.281, p=0.597	F=0.111, p=0.740	F=4.318, p=0.039
Namaz kılma/ oruç tutma/ sadaka verme durumu	Evet ¹	39.21±10.15	82.85±11.63	54.97±18.33
	Bazen ²	35.07±7.77	88.00±9.71	52.64±16.38
	Hayır ³	37.52±9.92	81.19±12.82	52.26±21.08
	Test ve p	F=4.257, p=0.015 1-2	F=3.550, p=0.030 1-2	F=0.525, p=0.592
Kişisel temizliğini yapan kişi	Kendisi	38.51±9.81	82.87±11.73	54.02±18.23
	Aile üyeleri	31.87±7.26	86.04±12.25	54.09±17.31
	Test ve p	t=3.154, p=0.002	t=-1.229, p=0.220	t=-0.017, p=0.986
İlaç tedavisini düzenli uygulama durumu	Evet	39.61±10.30	80.47±12.02	54.17±18.59
	Hayır	32.94±5.81	90.84±6.67	53.62±16.80
	Test ve p	t=6.287, p=0.001	t=-8.427, p=0.001	t=0.206, p=0.837
İlaç takibini yapan kişi	Kendisi	38.57±9.84	83.39±11.56	53.61±17.87
	Aile üyesi	33.74±8.39	81.89±13.16	56.49±19.56
	Test ve p	t=2.740, p=0.007	t=0.698, p=0.486	t=-0.869, p=0.386
Hastalık süresi	6 ay-4 yıl	38.12±9.29	83.68±11.98	54.56±17.33
	5-9 yıl	39.26±9.28	84.60±9.74	52.79±17.21
	10-14 yıl	36.02±10.26	83.90±10.88	56.96±20.56
	15 yıl ve üzeri	37.85±10.67	79.79±14.00	51.02±18.11
	Test ve p	F=0.988, p=0.399	F=1.688, p=0.170	F=0.938, p=0.423

Hastaların “Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği Ölçeği”, “Tip 2 Diyabette Tedaviye Uyum Ölçeği” ve “Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği” puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.3’te verildi.

"Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği Ölçeği" puan ortalamaları; 41-60 yaş arasındaki bireylerin, evlilerin, daha önce hastaneye yatanların, namaz kılma/ oruç tutma/ sadaka verme gibi dini vecibelerini yerine getirenlerin, kişisel temizliğini kendisi yapanların, ilaç tedavisini düzenli uygulayanların, ilaç takibini kendisi yapanların daha yüksek bulundu ($p<0.05$). (Tablo 4.3). Cinsiyet, eğitim düzeyi, sigara kullanma durumu, sağlığı tanımlama düzeyi ve hastalık süresi değişkenleri ile puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). (Tablo 4.3).

"Tip 2 Diyabette Tedaviye Uyum Ölçeği" puan ortalamaları; 18-40 yaş arasındaki bireylerin, erkeklerin, ortaokul mezunlarının, sigara kullananların, daha önce hastaneye yatmayanların, namaz kılma/ oruç tutma/ sadaka verme gibi dini vecibelerini bazen yerine getirenlerin, ilaç tedavisini düzenli kullanmayanların daha yüksek (tedaviye uyumları daha düşük) bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). 61 ve üzeri yaş grubunda olanların, kadınların, ilkokul mezunu olanların, sigara kullanmayanların, daha önce hastaneye yatanların, namaz kılma/ oruç tutma/ sadaka verme gibi dini vecibelerini bazen yerine getirmeyenlerin, ilaç tedavisini düzenli kullananların ise puan ortalamaları daha düşük (tedaviye uyumları daha yüksek) saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Medeni durum, sağlığı tanımlama düzeyi, kişisel temizliği kimin tarafından yapıldığı ve ilaç takibinin kimin tarafından yapıldığı ve hastalık süresi değişkenleri ile puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

"Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği" puan ortalamaları; kadınların ve sağlığını kötü olarak tanımlayanların daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Hastaların yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, sigara kullanma durumu, daha önce

hastanede yatma durumu, namaz kılma/ oruç tutma/ sadaka verme gibi dini vecibelerini yerine getirme durumu, kişisel temizliği kimin tarafından yapıldığı, ilaç tedavisini düzenli uygulama durumu ve ilaç takibinin kimin tarafından yapıldığı değişkenleri ve hastalık süresi ile puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların diyabet ilaç kullanım öz yeterliliği, tip 2 diyabette tedaviye uyum ölçeği ve abdel-khalek ölüm anksiyetesi ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=242)

		Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği Ölçeği	Tip 2 Diyabette Tedaviye Uyum Ölçeği	Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği
Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği Ölçeği	r	1	.366**	-.058
	p		.000	.366
Tip 2 Diyabette Tedaviye Uyum Ölçeği	r	.366**	1	-.160*
	p	.000		.013
Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği	r	-.058	-.160*	1
	p	.366	.013	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hastaların “Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği Ölçeği”, “Tip 2 Diyabette Tedaviye Uyum Ölçeği” ve “Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği” puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.4’te verildi. Korelasyon gücü 0.10-0.29 zayıf, 0.30-0.49 orta, 0.50-1 güçlü olacak şekilde değerlendirildi.

Hastaların “Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği Ölçeği” ile “Tip 2 Diyabette Tedaviye Uyum Ölçeği” puan ortalamaları arasında pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Hastaların “Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği Ölçeği” ile “Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği” puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Hastaların “Tip 2 Diyabette Tedaviye Uyum Ölçeği” ile “Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği” puan ortalamaları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hastaların diyabet ilaç kullanım öz yeterliliği, tip 2 diyabette tedaviye uyum ölçeği ve abdel-khalek ölüm anksiyetesi ölçeği puan ortalamalarına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları (n=242)

Bağımlı Değişken	Model	Değişkenler	B	S.Hata	β	t	p
Öz-yeterlilik	1	Sabit	63.137	4.337		14.557	.001
		Tedaviye uyum	.304	.051	.366	6.007	.001
		Ölüm anksiyetesi	.000	.033	.000	.003	.998
		R=0.366, R ² =0.134 F=18.511, p=0,001					

Tedaviye uyum düzeyi ve ölüm anksiyetesi düzeyine göre ilaç kullanımına yönelik öz yeterlilik düzeyini yorumlamak için yapılan regresyon analizi sonuçları Tablo 4.5’te verildi. Katılımcılar için bağımlı değişken olan “Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği” puanının bağımsız değişkenler olan “Tip 2 Diyabette Tedaviye Uyum Ölçeği” ve “Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği” puanı tarafından açıklandığını test etmek için kurulan modelde; modelin bütün olarak anlamlı olduğu saptandı ($F=18.511$, $p= 0.001$) (Tablo 4.5).

Diyabet ilaç kullanım öz yeterliliği ($\beta=0.366$, $p<0.001$) değişkeninin tedaviye uyum düzeyini anlamlı şekilde yordadığı görüldü. Diğer taraftan diyabet ilaç kullanım öz yeterliliği değişkeninin ($\beta=0.000$, $p<0.998$) ölüm anksiyetesi düzeyini anlamlı bir şekilde yordamadığı görüldü (Tablo 4.5).

5. TARTIŞMA

Diyabet hastalarının ilaç kullanımındaki öz yeterliliğinin, tedaviye uyumları ve ölüm anksiyetesi üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın sonuçları, diyabet hastalarının ilaç kullanımında sahip oldukları öz yeterlilik düzeylerinin, tedaviye uyumları ve ölüm anksiyetesi üzerinde kritik bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Bu bulgular, literatürde mevcut olan sonuçlarla genel olarak uyumlu olmakla birlikte, bazı farklılıklar da göstermektedir.

Hastaların diyabet ilaç kullanım öz yeterliliğinin orta düzeyde olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.2). Bu durum, diyabet yönetiminde karşılaşılan zorluklar ve hastaların tedaviye uyum süreçlerinde yaşadıkları güçlüklerle ilişkili olabilir. Genç ve Uslu (2023) çalışmasında da benzer bulgulara ulaşılmış ve hastaların öz yeterlilik düzeylerinin orta seviyede kalmasının, tedavi süreçlerinde yaşadıkları engellerle bağlantılı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, Rohmawati ve ark. (2022) çalışmasında manevi müdahalelerin diyabet yönetiminde öz yeterlilik düzeylerini artırdığı gösterilmiştir, bu da manevi desteklerin ve müdahalelerin öz yeterliliği artırmada etkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Lee ve ark. (2020) tarafından yapılan sistematik derleme, öz yeterlilik ölçeklerinin etkinliğinin artırılması gerektiğini vurgulamakta olup, hemşirelerin bu bulgulara dayanarak hastaların öz yeterliliklerini yükseltmeye yönelik stratejiler geliştirmesi, diyabet yönetiminde (ilaç uyumu ve ölüm anksiyetesi) hasta sonuçlarını iyileştirme potansiyeline sahiptir.

41-60 yaş arasındaki diyabet hastaların ilaç kullanım öz yeterliliğinin daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Hastaların diyabet ilaç kullanım öz yeterliliğinin 41-60 yaş arasındaki bireylerde daha yüksek bulunması, literatürdeki bulgularla genelde uyumlu görünmektedir. Rohmawati ve ark. (2022) çalışmasında mindfulness temelli müdahalelerin her yaş grubunda etkili olabileceği, dolayısıyla genç bireylerin yüksek öz

yeterliliklerinin sadece yaşla değil, aynı zamanda uygulanan müdahalelerle de ilişkilendirilebileceği belirtilmiştir. Bu bağlamda, hemşirelik uygulamalarında genç bireylerin öz yeterliliklerini artırmaya yönelik stratejiler geliştirilmesi, diyabet yönetiminde daha iyi sonuçlar elde edilmesine katkı sağlayabilir.

Evli diyabet hastaların ilaç kullanım öz yeterliliğinin daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Wu ve ark. (2023) çalışmasında, evlilik gibi sosyal bağların, hastaların sağlık yönetiminde daha etkin ve motive olmalarını sağladığı, bu nedenle öz yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ancak, Najafpour ve ark. (2021) çalışmasında eğitimsel müdahalelerin de öz yeterlilik üzerinde etkili olabileceği, dolayısıyla evli bireylerin yüksek öz yeterliliklerinin sadece evlilikle değil, aynı zamanda alınan destekleyici müdahalelerle de ilişkilendirilebileceği vurgulanmıştır. Bu nedenle, hemşirelik uygulamalarında evli bireylerin öz yeterliliklerini destekleyecek stratejilerin geliştirilmesi, diyabet yönetiminde daha iyi sonuçlar elde edilmesine katkı sağlayabilir.

Hastaneye yatma deneyimi olan diyabet hastalarının ilaç kullanım öz yeterliliğinin daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Bu bulgu, hastaneye yatmanın hastaların sağlık farkındalığını artırabileceği ve tedaviye yönelik tutumlarını güçlendirebileceği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca, hastanede yatan hastaların sağlık profesyonelleriyle daha fazla etkileşimde bulunarak ilaç kullanımına dair bilgi ve becerilerini geliştirdikleri düşünülmektedir. Wu ve ark. (2023) çalışmasında da hastaneye yatmış diyabet hastalarının, ilaç kullanımında daha yüksek öz yeterliliğe sahip oldukları belirtilmiştir. Bu durum, hastaneye yatmanın bireylerin sağlık personeliyle daha çok etkileşim halinde olmaları, aynı sorunu yaşayan diğer hastaların deneyimlerinden faydalanmaları tedaviye yönelik öz yeterliliklerini artırmada önemli bir etken olabileceğini göstermektedir.

Namaz kılma / oruç tutma/ sadaka verme durumu gibi dini uygulamaların diyabet hastalarının ilaç kullanım öz yeterliliğini artırdığı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Bu durum, dini inançların ve manevi pratiklerin sağladığı psikolojik ve duygusal desteğin, bireylerde iç huzur ve güven duygusunu pekiştirerek, sağlık yönetiminde daha kararlı ve motive olmalarını sağlamasıyla açıklanabilir. Namaz gibi düzenli ritüeller disiplinli bir yaşam tarzını teşvik ederken, oruç tutma, sadaka verme gibi yardımlaşma davranışları sosyal bağlılığı ve destek ağlarını güçlendirebilir. Ancak, bu bulguları destekleyen yeterli sayıda doğrudan kaynak bulunmamaktadır ve bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Bu nedenle, dini ve manevi uygulamaların diyabet yönetimi üzerindeki etkilerinin daha ayrıntılı olarak incelenmesi gerekmektedir.

Kişisel temizliğini kendisi yapan diyabet hastalarının ilaç kullanım öz yeterliliğinin daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Bu bulgunun altında yatan nedenler arasında, bireylerin kendi öz bakımını yapabilme yeteneğinin, genel sağlık yönetiminde kendine güveni artırabileceği düşünülebilir. Kendi kişisel bakımını yapabilen bireyler, bu becerilerini sağlıklarının diğer yönlerine de yansıtabilirler, bu da onların ilaçlarını düzenli olarak kullanma konusunda daha bilinçli ve motive olmalarını sağlar. Ancak, bu bulguları doğrudan destekleyen yeterli sayıda kaynak bulunmamaktadır. Bu nedenle, kişisel bakımın ilaç kullanım öz yeterliliği üzerindeki etkilerini daha iyi anlayabilmek için bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

İlaç tedavisini düzenli uygulayan ve ilaç takibini kendisi yapan diyabet hastalarının ilaç kullanım öz yeterliliğinin daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Bu bulgu, Shen ve ark. (2020) tarafından hipertansiyon hastaları üzerinde yapılan çalışmayla paralellik göstermektedir. Bu araştırmada, ilaç okuryazarlığı ile ilaç uyumu arasındaki ilişkide öz yeterliliğin önemli bir arabuluculuk rolü olduğu saptanmıştır.

Tedavi süreçlerinde aktif rol alan bireylerin ilaç kullanımına dair öz yeterliliklerinin artması, ilaç uyumlarını da olumlu yönde etkileyebilir. Düzenli ilaç takibi ve bilinçli tedavi katılımı, bireylerin sağlık yönetiminde daha güvenli ve motive olmalarını sağlayarak, tedaviye bağlılıklarını artırabilir.

Diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeylerinin düşük olduğu tespit edildi. ($p<0.05$) (Tablo 4.2). Bu sonuç, hastaların tedavi süreçlerinde karşılaştıkları zorluklar ve engellerin etkisini açıkça göstermektedir. Tedaviye uyumun düşük olmasının nedenleri arasında, Yüksel ve Bektas (2021) çalışmasında belirtildiği gibi, hipoglisemi korkusunun hastaların ilaçlarını düzenli kullanmaktan kaçınmalarına veya dozlarını düşürmelerine yol açması önemli bir faktördür. Benzer şekilde, Menekli ve ark. (2022), COVID-19 pandemisi sırasında artan stres ve sağlık hizmetlerine erişim zorluklarının, tedaviye uyumu olumsuz etkilediğini vurgulamaktadır. Bununla birlikte, bazı çalışmalar, tedaviye uyumun artırılabilirliğini göstermektedir. Cengiz ve Korkmaz (2023) tarafından yapılan bir çalışma, hemşire liderliğinde yürütülen kişiselleştirilmiş hasta katılım programlarının, hastaların tedaviye uyumunu ve öz yeterliliklerini artırmada etkili olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, Hançerlioğlu ve ark. (2020), aile desteğinin tedavi uyumunda kritik bir rol oynadığını, aile içi çatışmaların ise bu uyumu olumsuz yönde etkileyebileceğini belirtmektedir. Bu nedenle diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeylerinin artırılması için bireysel, psikososyal ve çevresel faktörlerin dikkate alınması gerekmektedir. Tedaviye uyumun düşük olduğu durumlarda, hastaların korku ve endişelerinin giderilmesine yönelik psikososyal desteklerin artırılması, tedaviye bağlılığı iyileştirebilir ve hastaların genel sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir.

Bu araştırmada, 61 yaş ve üzeri diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu. ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Bu bulgu, yaşlı hastaların tedavi süreçlerine daha fazla önem vermeleri ve uzun vadeli sağlık sonuçlarına dair

farkındalıklarının daha yüksek olmasıyla açıklanabilir. Yuksel ve Bektas (2021) çalışmasında, yaşlı hastaların hipoglisemi korkusunu daha ciddiye aldıkları ve bu nedenle tedaviye daha sıkı bir şekilde uyum sağladıkları belirtilmiştir. Bu durum, yaşlı bireylerin komplikasyonlardan kaçınmak ve yaşam kalitelerini koruma çabalarıyla ilişkilendirilebilir. Hançerlioğlu ve ark. (2020) da yaşlı bireylerin genellikle aile desteği ile daha fazla tedavi uyumu gösterdiğini vurgulamaktadır. Aile desteği, yaşlı hastaların tedaviye daha iyi uyum sağlamasında kilit bir rol oynayabilir. Ayrıca, Cengiz ve Korkmaz (2023) çalışmasında, kişiselleştirilmiş hemşire liderliğinde programların, yaşlı hastaların tedaviye uyumunu ve öz yeterliliklerini artırmada etkili olduğu gösterilmiştir. Panduwiguna ve ark. (2023) çalışması, yaşlı hastaların tedaviye uyumunun, daha fazla yaşam deneyimi ve sağlık bilgisi sayesinde yüksek olduğunu öne sürmektedir. Diğer taraftan Özönük (2017)'un yapmış olduğu çalışmada yaş faktörünün tedaviye uyumu etkilemediği sonucuna varılmıştır (Özönük, 2017). Tip 2 diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeyinin tedaviye uyum ile ilişkisinin incelendiği başka bir çalışmada hastaların yaşları ile tedavi uyum düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır (Eker, 2021). Sonuç olarak, yaşlı diyabet hastalarının tedaviye uyumunun yüksek olması, sağlık bilinci, aile desteği ve kişiselleştirilmiş müdahalelerin etkili bir kombinasyonu olarak değerlendirilebilir. Bu bulgular, yaşlı hastaların tedavi süreçlerine aktif katılımının önemini vurgulamakta ve bu grubun tedavi uyumunu artırmak için stratejiler geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bu araştırmada, kadınların erkeklere göre diyabet tedavisine uyumlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Bu durum, kadınların sağlık konularına daha fazla önem vermeleri ve tedavi süreçlerine daha dikkatli katılmalarıyla açıklanabilir. Yuksel ve Bektas (2021), kadınların hipoglisemi korkusunu daha ciddiye aldıklarını ve bu nedenle tedaviye daha sıkı uyum sağladıklarını göstermektedir. Hançerlioğlu ve ark.

(2020) ise, kadınların aile desteğinden daha fazla fayda sağladığını, bu desteğin tedaviye uyumu artırdığını vurgulamaktadır. Cengiz ve Korkmaz (2023) çalışması, kadınların kişiselleştirilmiş sağlık programlarından erkeklere göre daha fazla fayda sağladığını ortaya koyarken, Panduwiguna ve ark. (2023) kadınların genellikle daha yüksek sağlık okuryazarlığı seviyelerine sahip olduklarını ve bunun tedaviye uyumda etkili olduğunu belirtmektedir. Hemşireler, bu bulgular doğrultusunda kadın hastaların tedaviye uyumlarını desteklerken, erkek hastaların uyum düzeylerini artırmaya yönelik stratejiler geliştirebilirler. Erkek hastaların sağlık okuryazarlığını artırmak amacıyla eğitim programları düzenlenmeli ve aile desteğinin önemi vurgulanarak aile üyeleri sürece daha aktif şekilde dahil edilmelidir. Ayrıca, erkek hastalar için kişiselleştirilmiş hasta katılım programları uygulanabilir ve psikososyal engelleri aşmaya yönelik bireysel danışmanlık hizmetleri sunulabilir. Bu tür bütüncül yaklaşımlar, hem kadın hem de erkek diyabet hastalarının tedaviye uyumunu iyileştirmede etkili olacaktır.

Bu araştırmada, ilkokul mezunu diyabet hastalarının tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Panduwiguna ve ark. (2023) çalışmasında, düşük ve orta sağlık okuryazarlığına sahip bireyler arasında tedaviye uyumun yüksek olmasının, bu kişilerin sağlık konularında sahip oldukları deneyim ve rutinlere bağlılıkla ilişkili olabileceği belirtilmiştir. İlkokul mezunu bireyler, sağlık okuryazarlığı açısından daha düşük seviyelere sahip olsalar da, yaşam deneyimleri ve rutin alışkanlıkları sayesinde tedaviye daha iyi uyum gösterebilirler. Cengiz ve Korkmaz (2023) çalışması, kişiselleştirilmiş hasta katılım programlarının tedaviye uyumu artırmada etkili olduğunu göstermektedir. Bu tür programların, ilkokul mezunu bireyler için uyarlanması, onların sağlık yönetiminde daha aktif rol almalarını sağlayarak tedaviye uyumlarını artırabilir. Bununla birlikte, Ustaalioğlu ve Tan (2017) çalışması, lise mezunu diyabet hastalarının ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre daha pozitif tutumlar

sergilediğini ortaya koymaktadır. Bu, daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin sağlık yönetiminde daha bilinçli ve motive olduklarını gösterebilir. Ayrıca, Özönük (2017) ve Sweileh ve ark. (2014) çalışmalarında, eğitim düzeyinin tedavi uyumu üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığı ifade edilmiştir. Karan (2020) da eğitim düzeyinin tedavi uyumunu etkilemediğini belirtmektedir. Bu çelişkili bulgular, eğitim düzeyinin tedavi uyumu üzerindeki etkisinin karmaşık ve bireyden bireye değişken olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyi düşük bireylerin tedaviye uyum sağlamasında, sağlık konularındaki yaşam deneyimleri, aile desteği ve kişiselleştirilmiş müdahaleler önemli rol oynayabilir. Sağlık profesyonelleri, bireylerin eğitim düzeyinden bağımsız olarak tedaviye uyumlarını artırmak için stratejiler geliştirmelidir.

Sigara kullanmayan diyabet hastalarının tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Bu bulgu, sigara içmenin sağlık bilincini olumsuz etkilediği ve tedavi uyumunu zorlaştırdığı literatürle uyumludur. Örneğin, Cengiz ve Korkmaz (2023) çalışmasında, sigara içmeyen bireylerin sağlık yönetiminde daha motive oldukları ve tedaviye daha iyi uyum sağladıkları belirtilmiştir. Hançerlioğlu ve ark. (2020) da sigara içmeyenlerin tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğunu vurgulamıştır. Bu sonuçlar, sigara içmeyen hastaların sağlıklarına daha fazla özen göstermeleriyle ilişkilendirilebilir. Sağlık profesyonelleri, sigara içen bireylerde tedaviye uyumu artırmak için özel müdahaleler geliştirmelidir.

Daha önce hastanede yatan diyabet hastalarının tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalık durumuna sahip bireylerde de benzer şekilde yüksek bir tedavi uyumu gözlenmiştir. Bu bulgular, ciddi sağlık deneyimlerinin ve sürekli ilaç kullanımının, hastaların tedavi süreçlerine daha fazla önem vermelerine ve bu süreçlere daha bilinçli bir şekilde yaklaşmalarına yol açabileceğini göstermektedir. Hançerlioğlu ve ark. (2020) ve Cengiz

ve Korkmaz (2023) çalışmalarında, hastanede tedavi gören bireylerin sağlık farkındalıklarının arttığı ve bu durumun tedavi süreçlerine daha aktif katılım sağlamalarına neden olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmalar, hastanede yatış deneyimlerinin yanı sıra sürekli ilaç kullanımı gerektiren durumların, hastaların tedaviye uyumlarını artırıcı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, sağlık profesyonellerinin, bu tür hastaların tedaviye olan bağlılıklarını güçlendirmeye yönelik stratejiler geliştirmeleri gerektiğini ortaya koymaktadır.

Namaz kılma/ oruç tutma/ sadaka verme gibi dini vecibelerini yerine getiren diyabet hastalarının tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Bu bulgu, dini pratiklerin bireylerin sağlık yönetiminde olumlu bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Dini uygulamalar, manevi tatmin ve içsel huzur sağlayarak, hastaların tedaviye daha bağlı kalmalarına yardımcı olabilir. Literatürde bu konuda sınırlı sayıda çalışma bulunmakla birlikte, manevi destek ve dini pratiklerin sağlık süreçlerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir. Hançerlioğlu ve ark. (2020) çalışması, aile desteğinin diyabet tedavi uyumunu artırmada önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır. Bu bağlamda, manevi destek ve dini uygulamalar da bireylerin tedaviye daha iyi uyum sağlamalarında etkili olabilir. Cengiz ve Korkmaz (2023) ise kişiselleştirilmiş hasta katılım programlarının tedavi uyumunu artırmada etkili olduğunu ortaya koymuştur. Dini değerleri dikkate alarak yapılandırılan bu tür programlar, hastaların tedaviye uyumlarını daha da artırabilir. Dini pratiklerin, özellikle oruç tutma ve sadaka verme gibi uygulamaların, tedavi sürecinde motivasyon kaynağı olarak kullanılabileceği ve tedaviye uyumu artırabileceği anlaşılmaktadır. Ancak, bu bulguların daha geniş kapsamlı araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

İlaç tedavisini düzenli uygulayan diyabet hastalarının tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Bu bulgu, düzenli ilaç kullanımının

tedaviye bağıllık üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir. Literatürde, düzenli ilaç kullanımı ile tedavi uyumu arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Cengiz ve Korkmaz (2023) çalışmasında, düzenli ilaç kullanımı ve hasta katılım programlarının tedaviye uyumu artırmada önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir. Bu tür programlar, hastaların tedavi süreçlerine daha bilinçli ve kararlı bir şekilde katılmalarını teşvik eder. Ayrıca, Hançerlioğlu ve ark. (2020) çalışmasında, düzenli ilaç kullanımının hastaların sağlık süreçlerine daha fazla önem vermelerine ve tedaviye daha sıkı bağlı kalmalarına yardımcı olduğu vurgulanmıştır. İlaç tedavisini düzenli uygulayan hastaların, tedaviye uyumlarının daha yüksek olması, düzenli ilaç kullanımının tedavi süreçlerinde ne kadar kritik bir faktör olduğunu göstermektedir. Bu durum, sağlık profesyonellerinin, hastaların ilaçlarını düzenli kullanmalarını teşvik etmek için eğitim ve destek programlarına ağırlık vermeleri gerektiğini ortaya koymaktadır.

Diyabet hastalarının ölüm anksiyetesinin orta düzeyde olduğu bulundu. ($p < 0.05$) (Tablo 4.2). Ayrıca hastaların ölümle ilgili kaygılarının belirli bir seviyede olduğunu ancak bu kaygının günlük yaşamlarını ciddi şekilde etkilemediğini işaret etmektedir. Literatürde, ölüm anksiyesiyle ilgili yapılan çalışmalarda benzer bulgulara rastlanmaktadır. Doğan ve ark. (2015) çalışmasında, diyabet hastalarının ölüm anksiyesi düzeylerinin orta seviyede olduğu ve bu anksiyetenin depresyon ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmada da, ölüm anksiyetesinin hastaların sağlık durumları ve hastalıklarının ciddiyeti ile bağlantılı olduğu vurgulanmaktadır. Diğer taraftan hastaların ölümle ilgili düşünceleri mevcut olsa da, bu düşünceler onların yaşamlarını tam anlamıyla kontrol altına almamaktadır. Ayrıca, Yang ve ark. (2024) çalışmasında, ölüm anksiyesi seviyelerinin hastalık ciddiyeti ve bireyin psikolojik durumu ile yakından ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde, Abdollahi ve ark. (2021) çalışmasında, ölüm anksiyesi ile algılanan stres arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu belirtilmiştir.

Bu durum, hastaların yaşamlarına devam edebilme kapasitesini koruduklarını, ancak ölümle ilgili düşüncelerin ve kaygıların zaman zaman kendini gösterdiğini ortaya koyabilir. Bu sonuçlar, sağlık profesyonelleri için önemli ipuçları sunmaktadır. Orta düzeyde ölüm anksiyetesi yaşayan hastalar, uygun psikolojik destek ve müdahaleler ile bu kaygılarını yönetebilir ve bu süreçte yaşam kalitelerini koruyabilirler. Özellikle diyabet gibi kronik hastalıklarla mücadele eden bireylerde, bu tür desteklerin sunulması, hem hastalık yönetiminde hem de genel yaşam kalitesinde olumlu etkiler yaratabilir.

Bu araştırmada, diyabet hastası kadınların ölüm anksiyetesinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Bu bulgu, literatürde cinsiyet ve ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkiyi ele alan diğer çalışmalarla uyum göstermektedir. Doğan ve ark. (2015) çalışmasında, kadın diyabet hastalarının ölüm anksiyetesi düzeylerinin erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durum, kadınların ölüm kaygısını daha fazla ifade etme eğiliminde olmaları ve erkeklerin geleneksel olarak daha cesur olarak algılanmasıyla açıklanabilir. Benzer şekilde, Trento ve ark. (2012) ve Shaban ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmalarda da, diyabetli kadınlar arasında ölüm anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ancak, Balhara ve Sagar'ın (2011) çalışmasında, diyabetli erkekler ve kadınlar arasında kaygı düzeyi açısından bir fark bulunmadığı ifade edilmiştir. Bu bulgular, cinsiyetin ölüm anksiyetesi üzerindeki etkisinin karmaşık ve çeşitli kültürel, psikososyal faktörlerle şekillendiğini göstermektedir. Ayrıca, Yang ve ark. (2024) çalışması, ölüm anksiyetesi seviyelerinin bireylerin psikolojik durumları ve hastalığın ciddiyetiyle ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Bu araştırmaya göre, kadınlar sağlık sorunlarını daha ciddiye aldıklarında ve hastalıklarının ciddiyetiyle yüzleştiklerinde, ölüm anksiyetesi düzeylerinde artış görülebilir. Farklı bir bakış açısıyla, Abdollahi ve ark. (2021) çalışmasında, ölüm anksiyetesi ile algılanan stres arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu

ve erkeklerin stres yönetiminde zorlandıklarında ölüm anksiyetesi düzeylerinin artabileceği belirtilmiştir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin, cinsiyete dayalı farklılıkları dikkate alarak kişiselleştirilmiş destek ve müdahale stratejileri geliştirmesi önemlidir. Kadınlarda daha yüksek ölüm anksiyetesi görülmesinin arkasında, sağlıklı ilgili farkındalık, stresle başa çıkma zorlukları ve sosyal destek arayışında yetersizlik gibi faktörler yer alabilir.

Sağlığını kötü tanımlayan diyabet hastalarının ölüm anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Bu bulgu, bireylerin sağlık durumlarını olumsuz algılamalarının, ölümle ilgili kaygılarını artırabileceğini göstermektedir. Literatürde, sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren bireylerin, ölüm anksiyetesi gibi duygusal tepkilerde daha yüksek risk taşıdığı belirtilmektedir. Abdollahi ve ark. (2021) çalışmasında, algılanan stres ve ölüm anksiyetesi arasında belirgin bir ilişki olduğu, bireylerin sağlıklarını olumsuz algıladıklarında ölüm kaygısının arttığı vurgulanmıştır. Benzer şekilde, Yang ve ark. (2024) çalışmasında, bireylerin hastalık ciddiyeti ve psikolojik durumlarının ölüm anksiyetesi üzerindeki etkileri incelenmiş, sağlık durumu kötü olan bireylerde ölüm anksiyetesinin daha belirgin olduğu gösterilmiştir. Sonuç olarak, bu bulgular, sağlığını kötü olarak tanımlayan diyabet hastalarının, ölümle ilgili kaygılarının daha yoğun olduğunu ve bu durumun sağlık profesyonelleri tarafından ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu tür hastalara yönelik psikolojik destek ve rehberlik hizmetleri, ölüm anksiyetesi düzeylerini azaltmada önemli bir rol oynayabilir.

Araştırmada, diyabetli hastaların diyabet ilaç kullanım öz yeterliliği ile diyabet tedavisine uyumları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması, yüksek öz yeterlilik algısına sahip hastaların tedaviye uyum konusunda daha başarılı olabileceğini göstermektedir (Tablo 4.4). İlker ve Olgun (2023) çalışmasında farklı olarak diyabetli bireylerin kendilerine duydukları aşırı güvenin,

tedaviye olan bağılıklarını olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir. Bu durum, hastaların sağlık yönetiminde kendilerine olan güvenlerinin, tedavi süreçlerini gereğinden fazla ciddiye almalarına yol açabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular, sağlık profesyonelleri için önemli bir uyarı niteliğindedir. Hastaların öz yeterliliklerini desteklerken, aynı zamanda tedaviye olan bağılıklarını da teşvik etmek gerekmektedir. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri, hastaların hem öz yeterlilik düzeylerini değerlendirmeli hem de tedaviye bağılıklarını geliştirecek stratejiler uygulamalıdır. Böylece, hastaların tedavi süreçlerinde hem güvenli hem de dikkatli olmaları sağlanabilir.

Bu araştırmada, diyabette tedaviye uyum ile ölüm anksiyetesi puan ortalamaları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde bir ilişki bulunması (Tablo 4.4) ölüm anksiyetesi düşük olan bireylerin tedaviye daha sıkı uyum sağlama eğiliminde olabileceğini göstermektedir. Bu bulgu, hastaların hayatta kalma arzusuyla tedaviye daha fazla bağılılık göstermeleri arasında bir bağlantı olabileceğini düşündürmektedir. Yüksek ölüm anksiyetesi, bireylerin tedavi süreçlerine daha fazla önem vermelerine ve tedaviye uyumlarını artırmalarına neden olabilir. Ancak, bu bulgu literatürde yeterince incelenmiş bir konu değildir ve bu durumu destekleyen benzer çalışmalara rastlanılmadı. Bu durum, mevcut bulguların daha fazla araştırılmasını gerektiren yeni ve dikkat çekici bir alan olduğunu düşündürmektedir. Ölümle ilgili kaygıları yüksek olan hastaların tedavi süreçlerine daha fazla bağılılık gösterebileceği, bu kaygının onları tedaviye daha ciddi yaklaşıma teşvik edebileceği anlamına gelmektedir. Ancak, bu ilişkinin zayıf düzeyde olması, bu eğilimin her zaman güçlü olmadığını ve bireyler arasında farklılık gösterebileceğini de işaret etmektedir. Bu nedenle, tedaviye uyumun artırılması için ölüm anksiyetesini yönetmeye yönelik psikososyal desteklerin, bireysel ihtiyaçlara göre özelleştirilmesi önemlidir. Tedavi sürecinde hastaların duygusal ve psikolojik

ihtiyaçlarının karşılanması, hem tedaviye uyumun artırılmasına hem de genel yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayabilir.

Araştırmada, diyabet ilaç kullanımına yönelik öz yeterlilik düzeyleri ile ölüm anksiyetesi arasında doğrudan bir bağlantı olmadığını veya bu iki değişkenin birbirinden bağımsız olarak işlediğini gösterebilir (Tablo 4.4). Bu sonuç, öz yeterlilik kavramının genellikle bireyin belirli bir görevi veya süreci başarıyla gerçekleştirebileceğine olan inancı olduğunu, ölüm anksiyetesinin ise daha genel ve varoluşsal bir kaygıyı temsil ettiğini düşündürmektedir. Öz yeterlilik, genellikle günlük görevler ve bireyin kendine olan güveni ile ilgilidir; oysa ölüm anksiyetesi, daha çok bireyin ölüm ve sonluluk ile ilgili düşünceleri ve bu düşüncelerin yarattığı stresle ilgilidir. Bu nedenle, diyabet ilaç kullanımına yönelik öz yeterlilik algısının, bireyin ölümle ilgili kaygılarından bağımsız olarak gelişmiş olması muhtemeldir. Sağlık profesyonelleri, hastaların ölüm anksiyetesinin öz yeterlilikleri üzerindeki olası etkilerini göz ardı etmeden, her iki alanı da ayrı ayrı ele almalıdır. Hastaların öz yeterliliklerini artırmaya yönelik müdahaleler, onların ilaç kullanımındaki başarısını destekleyebilirken, ölüm anksiyetesi ile başa çıkma stratejileri de hastaların genel ruh sağlığını ve yaşam kalitesini artırabilir. Bu iki faktör arasındaki doğrudan bir ilişkinin bulunmaması, her iki alanın farklı müdahalelerle ele alınması gerektiğini de vurgulamaktadır. Bu durumda, sağlık profesyonellerinin hem öz yeterlilik hem de ölüm anksiyetesi üzerinde çalışırken, bu iki boyutun birbirinden bağımsız olduğunu bilerek, kişiye özel ve kapsamlı yaklaşımlar geliştirmeleri önemlidir.

Bu araştırmada diyabetli hastaların ilaç kullanımına yönelik öz yeterlilik düzeylerinin, tedaviye uyum düzeyleri tarafından anlamlı bir şekilde etkilendiği bulundu (Tablo 4.5). Yani, hastaların ilaç kullanımına dair öz yeterlilikleri arttıkça, tedaviye uyum düzeylerinde de bir artma gözlemlendi. Bu durum, tedaviye daha fazla uyum gösteren hastaların, ilaçlarını doğru ve düzenli kullanma konusundaki kendilerine olan

güvenlerinin daha yüksek olabileceğini göstermektedir. Bu hastaların tedavi sürecini ciddiye alarak sağlık profesyonellerinin önerilerine daha sıkı bir şekilde bağlı kalmaları ve kendi yeteneklerine dair daha güvenli olmalarıdır. Diğer yandan, hastaların ilaç kullanımına yönelik öz yeterlilikleri, ölüm anksiyetesi düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı tespit edildi. Bu sonuç, hastaların ölümle ilgili kaygılarının, ilaçlarını doğru ve etkili bir şekilde kullanma konusundaki özgüvenlerini doğrudan etkilemediğini göstermektedir. Yani, bir bireyin ölüm korkusu yüksek olsa bile, bu durum onun ilaç kullanım becerilerine olan inancını artırmamakta ya da azaltmamaktadır. Bu bulguların pratik yansımaları açısından bakıldığında, sağlık profesyonellerinin hastaların tedaviye uyum ve öz yeterlilik düzeylerini dengeli bir şekilde ele almaları önem kazanmaktadır. Öz yeterlilik algısı yüksek olan hastaların tedaviye uyumlarının artabileceği göz önüne alındığında, bu hastalara tedavi sürecinin önemi ve ilaçların doğru kullanımının gerekliliği konusunda destek ve eğitim sağlanmalıdır. Böylece, hastaların kendi becerilerine olan güvenleri korunurken, tedavi protokollerine uyumlarının da sürdürülebilir olması hedeflenebilir. Ölüm anksiyetesi ile ilgili olarak, bu duygunun ilaç kullanım öz yeterliliği üzerinde doğrudan bir etkisi olmamakla birlikte, genel psikolojik iyi oluş ve yaşam kalitesi açısından önemli olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunumunda ölüm anksiyetesi yüksek olan hastalara yönelik psikososyal destekler ve danışmanlık hizmetleri sağlanması, genel sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir. Sağlık profesyonelleri, bu faktörleri dikkate alarak bireyselleştirilmiş bakım planları oluşturmalı ve hastaların hem tedaviye etkin bir şekilde uyum sağlamalarını hem de kendi sağlık yönetimleri konusunda yeterli düzeyde özgüvene sahip olmalarını desteklemelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Diyabet hastalarının ilaç kullanımındaki öz yeterliliklerinin, tedaviye uyumları ve ölüm anksiyeteleri üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın sonuçlarına göre, diyabet hastalarının ilaç kullanım öz yeterlilik düzeyleri orta, Tip 2 diyabette tedaviye uyumlarının puan ortalaması düşük ve ölüm anksiyetesinin orta düzeyde olduğu sonucuna varıldı. Diyabet hastalarının öz yeterlilik puanları; 41-60 yaş arasındaki bireylerin, evlilerin, daha önce hastaneye yatanların, namaz kılma/ oruç tutma/ sadaka verme gibi dini vecibelerini yerine getirenlerin, kişisel temizliğini kendisi yapanların, ilaç tedavisini düzenli uygulayanların, ilaç takibini kendisi yapanların daha yüksek bulundu. Ayrıca, diyabet hastalarının tedaviye uyumları 61 ve üzeri yaş grubunda olanların, kadınların, ilkokul mezunu olanların, sigara kullanmayanların, daha önce hastaneye yatanların, namaz kılma/ oruç tutma/ sadaka verme gibi dini vecibelerini bazen yerine getirmeyenlerin, ilaç tedavisini düzenli kullananların daha yüksek olduğu belirlendi. Ölüm anksiyetesi puanları ise kadınlarda ve sağlığını kötü olarak değerlendirenlerde daha yüksek bulundu. Araştırma bulguları, öz yeterlilik düzeyinin artmasının tedaviye uyumu artırdığını, artan tedaviye uyumun ise ölüm anksiyetesi düzeylerini azaltabileceğini ortaya koymaktadır. Ancak, öz yeterlilik düzeyinin yüksek olmasının, ölüm anksiyetesi üzerinde doğrudan anlamlı bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşıldı.

Hemşirelik Eğitiminde:

- Diyabet hastalarının öz yeterliliklerini ve tedaviye uyumlarını artırmak için hemşirelik eğitiminde hasta eğitimi ve bireyselleştirilmiş bakım konularına daha fazla yer verilmelidir.
- Hemşirelik öğrencilerine, sosyoekonomik farklılıkların ölüm anksiyetesi üzerindeki etkilerini anlamalarına yardımcı olacak dersler verilmelidir.

Hemşirelik Profesyonelliğinde:

- Hemşireler, diyabet hastalarının öz yeterliliklerini artırmaya yönelik stratejiler geliştirmeli ve tedaviye uyumu teşvik edici yaklaşımlar benimsemelidir.
- Hemşirelerin, tedaviye uyum sürecinde hastaların sosyoekonomik durumları dikkate alarak, bireyselleştirilmiş bakım sunmaları teşvik edilmelidir.

Hemşirelik Uygulamalarında:

- Hemşireler, diyabet hastalarının öz yeterliliklerini artırmak için düzenli olarak bireysel danışmanlık hizmetleri sunmalıdır.
- Hastaların tedaviye uyumlarını ve ölüm anksiyetelerini izlemek için düzenli değerlendirme yapılarak, gerektiğinde psikososyal destek sağlanmalıdır.

Hemşirelik Yönetiminde:

- Hemşirelik yöneticileri, diyabet hastalarının tedaviye uyumlarını artırmak için hemşirelere yönelik eğitim ve destek programları düzenlemelidir.
- Hemşirelik hizmetleri yönetiminde, diyabetli hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıracak stratejiler geliştirilmelidir.

Hemşirelik Araştırmalarında:

- Diyabet hastalarının öz yeterlilik, tedaviye uyum ve ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkilerin daha iyi anlaşılması için geniş kapsamlı ve farklı popülasyonlarda tekrarlanan araştırmalar yapılmalıdır.
- Konuyla alakalı nitel araştırmalar yapılmalı ve bu araştırmalarda bireylerin deneyimlerine ve algılarına odaklanılmalıdır.
- Hemşirelik araştırmalarında, öz yeterlilik ve tedaviye uyum artırıcı müdahalelerin etkinliğini ölçen deneysel çalışmalar yapılmalı ve elde edilen sonuçlar klinik uygulamalara entegre edilmelidir.

KAYNAKLAR

- Abd-El-Fatah Aly, E. A., Abo Zeid, S. E. S., Mohamed, I. R., & Mohammed, H. E. (2020). Effect of Nursing Instructions on Adherence of Diabetic Patients to Treatment. *Minia Scientific Nursing Journal*, 7(1), 79-86.
- Abdel-Khalek, A. M. (2004). The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA): Its development, validation, and results in three Arab countries. *Death Studies*, 28(5), 435-457.
- Abdollahi, A., Panahipour, H., Allen, K. A., & Hosseinian, S. (2021). Effects of death anxiety on perceived stress in individuals with multiple sclerosis and the role of self-transcendence. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 84(1), 91-102.
- Akdemir, N. (2006). Rehabilitasyon ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 13(1), 82-91.
- Akdoğan, E., & Kaya, E. (2022). Kronik hastalığa sahip olan bireylere bakım veren hasta yakınlarının hastalık süreci yönetimine ilişkin davranışlarının incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(2), 373-388.
- Akpınar, N. B., & Ceran, M. A. (2019). Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 140-152.
- Aksoy, Z. B. (2024). *Kronik hastalığı olan bireylerde psikolojik kırılabilirlik ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi*
- Aktaş, E. (2021). *COVID-19 virüs salgınında sağlık personelinin koronavirüs anksiyetesi ve ölüm anksiyetesi düzeylerinin incelenmesi* İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü].
- Alioğulları, A. (2021). *Covid-19 virüs salgını sırasında yetişkin bireylerde sağlık anksiyetesi, ölüm anksiyetesinin yaş ve cinsiyete göre incelenmesi* İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü].

- Alkış, M. S. (2023). *Revize ölüm kaygısı ölçeği ve ölüme ilişkin depresyon ölçeği'nin hemşirelerde güvenilirlik ve geçerliliğinin incelenmesi* İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi].
- Arı, N., & Özdelikara, A. (2022). Dahiliye kliniklerine başvuran tip 2 diyabet hastalarında aile desteğinin hastalığı kabullenme ve tedavi uyumuna etkisi: Ordu İli Örneği. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 6(1), 39-48.
- Aydoğan, A. S., Gülseren, Ş., Sarıkaya, Ö., & Özen, Ç. (2015). Abdel-Khalek ölüm anksiyetesi ölçeği Türkçe formunun üniversite öğrencilerinde geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 52, 371-375.
- Aytemur, M., & İnkaya, B. (2022). Diabetes mellituslu bireylerde diyabet komplikasyon risk algısının ve diyabet öz yönetim becerilerinin incelenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 6(2), 121-130.
- Bağdan, M. (2022). *Tip 2 diyabetli bireylere telefon görüşmesiyle uygulanan izlemin; bilişsel-sosyal faktörler, tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve metabolik değişkenler üzerine etkisi* İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
- Bahar, A., Sertbaş, G., & Sönmez, A. (2006). Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 18-26.
- Balhara, Y. P. S., & Sagar, R. (2011). Correlates of anxiety and depression among patients with type 2 diabetes mellitus. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 15(Suppl1), S50-S54.
- Bayrak, G., & Çolak, R. (2012). Diyabet tedavisinde hasta eğitimi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29(1s), 7-11.
- Bektaş, İ., Yardımcı, F., & Bektaş, M. (2021). Hemşirelik Öğrencileri İçin Çocuklarda İlaç Uygulamaları Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik

- Özellikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(4), 320-327.
- Besen, D. B., & Dervişoğlu, M. Covid-19 salgınında diyabet yönetimi ve hemşirenin rolü. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 78-89.
- Bilge, Y., & Taşçı, F. (2020). Ölüm anksiyetesi varoluşsal boşluk ve otantiklik. *Sosyal ve Beşeri Bilimlerde Teori ve Araştırmalar (cilt 1)*.
- Büyükbayram, Z., Aksoy, M., & Güngör, A. (2022). Investigation of the Perceived Stress Levels and Adherence to Treatment of Individuals with Type 2 Diabetes During the COVID-19 Pandemic. *Arch. Health Sci. Res*, 9, 61-69.
- Cengiz, D., & Korkmaz, F. (2023). Effectiveness of a nurse-led personalized patient engagement program to promote type 2 diabetes self-management: A randomized controlled trial. *Nursing & Health Sciences*, 25(4), 571-584.
- Ceyhan, Y., & Soylu, D. (2024). Moderator Effect of Transplant Waiting Time on the Relationship Between Hopelessness and Death Anxiety in Patients Waiting for Organ Transplant. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 88(3), 785-806.
- Ceyhan, Y., Zorlu, D., Biçer, S., & Ertürk, A. (2022). Farklı Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Kaygı, Hastalık Kabulü ve Öz Etkililik Seviyesinin İncelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(3), 535-542.
- Coşkun, A. (1996). Perinatal hemşirelik yaklaşımı ve ekip çalışmasının önemi. *Perinatoloji Dergisi*, 4(3), 181-184.
- Çapoğlu, İ. Ç., Yıldırım, A., Aşlar, R. H., & Çayköylü, A. (2019). Diyabete eşlik eden ruhsal sorunlar ve diyabet yönetimi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(1), 67-74.

- Çelik, S., İdiz, C., Bağdemir, E., Purisa, S., Dinççağ, N., & Satman, İ. (2018). Diyabetlilerde kendi kendine kan şekeri izlemi ile HbA1c ve diyabet komplikasyonlarının karşılaştırılması. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 46(2), 118-124.
- Çiçek, D. A. (2021). *Birinci Basamakta Bathe Teröpatik Görüşme Tekniği Kullanımının Hipertansiyon Hastalarında Tedavi Uyumuna Etkisi* Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey)].
- Çiftçi, H. (2021). *Kronik hastalıklı bireylerin hastalıklarına ilişkin değerlendirmelerinin iyi oluşluk durumuna etkisi* Bursa Uludag University (Turkey)].
- Çiftçi, B. (2018). Kronik Kalp Yetmezliğine Yönelik Klinik Rutine Konulan Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi Doktora Tezi. *TC Atatürk Üniversitesi. Erzurum*.
- Çiftçi, S., & Kutlutürkan, S. (2021). Tıp 2 Diyabetli Hastalara Bakım Verenlerin Diyabetle İlgili Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 5(3), 256-265.
- Dadfar, M., Lester, D., Abdel-Khalek, A. M., & Ron, P. (2021). Death anxiety in Muslim Iranians: A comparison between youths, middle adults, and late adults. *Illness, Crisis & Loss*, 29(2), 143-158.
- Dağdelen Güleyyupoğlu, M., Muz, G., & Çırpan, R. (2022). Diyabet tanısı almış bireylerde parmak delme ve insülin enjeksiyonu yapma korkusunun tedaviye uyum üzerine etkisi. *Journal of Health Sciences/Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 31(1).
- Demiray, A., & İlaslan, N. (2020). Hemşirelik Eğitiminde Yenilikçi Bir Öğrenme Yaklaşımı: İşbirlikli Öğrenme. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 19-23.

- Demirtaş, A., & Akbayrak, N. (2017). Development of an assessment scale for treatment compliance in type 2 Diabetes Mellitus in Turkish population: Psychometric evaluation. *International journal of nursing sciences*, 4(3), 244-251.
- Doğan, R., Arslantas, D., & Ünsal, A. (2015). Assessment of depression and death anxiety level in diabetic patients in Eskisehir, Turkey. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 35, 242-249.
- Durna, Z., & Oğuz, G. (2018). Kronik hastalıklar ve yönetimi. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 4(2), 1-10.
- Efil, S., & Enç, N. (2014). Klinik araştırmalarda hemşirenin rolü ve önemi.
- Ekingen, E. (2021). Diyabet Hastalığı Bağlamında Oyunlaştırma. *Kesit Akademi Dergisi*, 7(28), 388-401.
- Erol, Ö., Ünsar, S., & Yacan, L. (2022). Diabetes Mellituslu bireylerin fiziksel aktivite davranışları ve iyilik hallerinin belirlenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 6(1), 49-58.
- Eşki, Ş., & Baysal, H. Y. (2022). An investigation of the diabetes health literacy level and compliance to the treatment in patients with diabetes in Turkey. *Anatolian Current Medical Journal*, 4(1), 1-7.
- Ezaka, E., Nassif, R., Chibuike, O., Okeke, S., Chukwubuzo, O., Ekpunobi, C., Obumneme, O., & Chinwike, O. (2022). Relationship between death anxiety and health-related quality of life among diabetic patients: The predictive roles of experiential avoidance. *Glob J Obes Diabetes Metab Syndr*, 9(1), 011-019.
- Fadare, J., Olamoyegun, M., & Gbadegesin, B. (2015). Medication adherence and direct treatment cost among diabetes patients attending a tertiary healthcare facility in Ogbomosho, Nigeria. *Malawi medical journal*, 27(2), 65-70.

- Garrow, S., & Walker, J. A. (2001). Existential group therapy and death anxiety. *Adultspan Journal*, 3(2), 77-87.
- Genç, F. Z., & Uslu, A. (2023). The Relationship Between Medication Self-Efficacy and Self-Management in Individuals with Type 2 Diabetes and the Role of Type D Personality. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 7(3), 223-230.
- Gergely, M. (1992). Effective diabetes education. *IDF Bulletin*, 37, 9-10.
- Ghayas, S., & Batool, S. S. (2021). Religious Orientation and Death Anxiety among Elderly Pakistani Muslims: Mediatonal Role of Afterlife Belief and Ego Integrity. *Journal of Behavioural Sciences*, 31(1).
- Gönel, P. (2019). *Hastaların Hipertansiyon Bilgilerinin Tedaviye Uyum ve Öz-Etkililik Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi* Eastern Mediterranean University (EMU)-Doğu Akdeniz Üniversitesi (DAÜ)].
- Güleyyupoğlu Dağdelen, M., & Muz, G. (2020). *Diyabet tanısı almış bireylerde parmak delme ve insülin enjeksiyonu yapma korkusunun tedaviye uyum üzerine etkisi* Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi].
- Güner, T. A., Kuzu, A., & Bayraktaroğlu, T. (2020). Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 4(3), 214-223.
- Hançerlioğlu, S., Toygar, İ., Çıray, N., Polat, G., Özbey, Y., Şimşir, I. Y., & Çetinkalp, Ş. (2020). The effect of family support and family conflict on treatment compliance in type 2 diabetes. *Progress in Health Sciences*, 10(2), 48-54.
- Haydar, Y. B.-D. D. Y., Kurtkulağı-Doç, E.-D. D. Ö., & Pek, İ. E. (2024). *Her Yönüyle Diyabet*. HOLISTENCE PUBLICATIONS.

- Himmelfarb, C. R. D., Commodore-Mensah, Y., & Hill, M. N. (2016). Expanding the role of nurses to improve hypertension care and control globally. *Annals of Global Health*, 82(2), 243-253.
- IDF (2019). International Diabetes Federation: IDF Diabetes Atlas. Brussels, Belgium 2019, 9. Baskı, IDF Diyabet Atlası (diabetesatlas.org) Erişim tarihi: 17.03.2022)
- IDF (2021). International Diabetes Federation: IDF Diabetes Atlas, Brussels, Belgium 2021, 10. Baskı, IDF Diyabet Atlası 2021, IDF Diyabet Atlası (diabetesatlas.org) Erişim tarihi: 17.03.2022 2.
- Jimenez-Labaig, P., Aymerich, C., Braña, I., Rullan, A., Cacicedo, J., González-Torres, M. Á., ... & Catalan, A. (2024). A comprehensive examination of mental health in patients with head and neck cancer: systematic review and meta-analysis. *JNCI Cancer Spectrum*, 8(3).
- Karabulutlu, E. Y., Atman, R., & Yağcı, S. (2015). Kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımın değerlendirilmesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 16-30.
- Kavuran, E., & Türkoğlu, N. (2022). Turkish validity and reliability of the Diabetes Medication Self-Efficacy Scale. *International Journal of Endocrinology (Ukraine)*, 18(5), 285-292.
- Kebapçılar, L. (2014). Diabet Epidemiyolojisi. *Ret-Vit Özel Sayı*, 22, 1-3.
- Kılınç, E. (2022). TİP 2 Diyabetli yetişkinlerde bilgi, motivasyon ve davranış becerileri modeli temelli diyabet eğitimi ve motivasyonel görüşmenin bakım sonuçlarına etkisi: Randomize kontrollü çalışma.
- Kılınç, F., & Tuzcu, A. K. (2012). Tip 1 Diyabette Hasta ve Aile Eğitimi. *Türkiye Klinikleri Endocrinology-Special Topics*, 5(3), 42-46.

- Kurulu, M. T. Y. (2023). *Şeker Hastalığı (Diyabet) Nedir? Şeker Hastalığı Belirtileri*. Retrieved 24 ağustos 2024 from <https://www.memorial.com.tr/saglik-rehberi/seker-hastaligi-belirtileri-ve-tedavisi#seker-hastaligi-diyabet-cesitleri-nelerdir>
- Laçiner, K., Karabekiroğlu, A., Şahin, A. R., Güz, H. Ö., Böke, Ö., Sarısoy, G., & Özdin, S. (2022). Evaluation of the relationship between death anxiety and clinical features of the disease and functionality in patients with schizophrenia. *Heliyon*, 8(8).
- Lee, J., Lee, E. H., & Chae, D. (2020). Self-efficacy instruments for type 2 diabetes self-care: A systematic review of measurement properties. *Journal of Advanced Nursing*, 76(8), 2046-2059.
- Menekli, T., Yaprak, B., Türeyen, A., & Şentürk, S. (2022). Investigation of COVID-19 fear, treatment compliance, and metabolic control of patients with type 2 diabetes mellitus during the pandemic. *Primary Care Diabetes*, 16(5), 658-663.
- Mumcu, C. D., & İnkaya, B. V. (2020). WEB tabanlı eğitim ile diyabet öz bakım yönetimi. *Acta Medica Nicomedia*, 3(2), 88-91.
- Najafpour, Z., Zeidi, I. M., & Kalhor, R. (2021). The effect of educational intervention on medication adherence behavior in patients with type 2 diabetes: application of social marketing model. *Clinical Diabetology*, 10(4), 359-369.
- Oğuz, Ö. (2007). *İlaç hataları ve hataların raporlanmasına yönelik hemşirelerin alışkanlık ve deneyimlerinin belirlenmesi ve ilaç hatalarının önlenmesine ilişkin stratejilerin geliştirilmesi* Marmara Üniversitesi (Turkey)].
- Özdemir, Ü., & Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.

- Özer, Ö., Özkan, O., & Büyüksirin, B. (2022). Examination of pandemic awareness, death anxiety, and spiritual well-being in elderly individuals. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 00302228221120122.
- Özgül, E., & Yanik, Y. T. (2016). Tip 2 diyabetli bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(3).
- Özkal, F., & Uçar, A. (2024). Diyabetik Nefropatili Hastalarda Böbrek Yetmezliğinin Önlenmesinde Hemşire-Hasta İşbirliği/Nurse-Patient Collaboration in the Prevention of Renal Failure in Patients with Diabetic Nephropathy. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 19(2), 88-95.
- Özsaydı, S., Borlu, A., & Bal, H. (2023). Tip 2 Diyabet Hastalarının Hastalıklarını Yönetme Davranışları. *Ahi Evran Medical Journal*, 7(2), 212-218.
- Pallant, J. (2019). *SPSS Survival Manual*.
- Panduwiguna, I., Sauriasari, R., Sartika, R. A. D., Riyadina, W., & Renaldi, F. S. (2023). Development of a Medication Compliance Determinant Instrument for Low-Middle Literate Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*, 18(3), 177-185.
- Pavlović, B. (2020). *Diyabetli hastanın multidisipliner bakımında hemşirelerin rolü*. ICIC20. Retrieved 1 Eylül 2021 from <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.ICIC20249>
- Rashidi, M., & Genç, A. (2020). Tip 1 ve tip 2 diyabetli hastaların diyabet tutumlarının değerlendirilmesi. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*(10), 34-49.

- Rashidi, M., & Kiskaç, N. (2023). Diyabetli Bireylerin Öz Yönetim Algısı ve Sağlık Durumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 8(4), 1184-1190.
- Rohmawati, R., Wijayanti, L., Sari, R. Y., Faizah, I., & Anggraini, R. (2023). Mindfulness eating based on spiritual interventions on diet compliance and blood sugar levels in type 2 DM patients. *Bali Medical Journal*, 12(2), 1948-1958.
- Rohmawati, R., Wijayanti, L., Sari, R. Y., Faizah, I., & Anggraini, R. (2023). Mindfulness eating based on spiritual interventions on diet compliance and blood sugar levels in type 2 DM patients. *Bali Medical Journal*, 12(2), 1948-1958.
- Rohmawati, R., Wijayanti, L., Sari, R. Y., Faizah, I., & Anggraini, R. (2023). Mindfulness eating based on spiritual interventions on diet compliance and blood sugar levels in type 2 DM patients. *Bali Medical Journal*, 12(2), 1948-1958.
- Rosli, N. A., Mazapuspavina, M. Y., Ismail, Z., & Elkudssiah Ismail, N. (2022). Relationship of Self Efficacy in Medication understanding with Quality of Life among Elderly with type 2 diabetes Mellitus on Polypharmacy in Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 3031.
- Shaban, M. C., Fosbury, J., Kerr, D., & Cavan, D. A. (2006). The prevalence of depression and anxiety in adults with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 23(12), 1381-1384.
- Shen, Z., Shi, S., Ding, S., & Zhong, Z. (2020). Mediating effect of self-efficacy on the relationship between medication literacy and medication adherence among patients with hypertension. *Frontiers in pharmacology*, 11, 569092.
- Sivrikaya, S. K., & Ergün, S. (2018). Diyabet eğitimi ve hemşirenin rolü. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 25-36.
- Sleath, B., Carpenter, D. M., Blalock, S. J., Davis, S. A., Hickson, R. P., Lee, C., Ferreri, S. P., Scott, J. E., Rodebaugh, L. B., & Cummings, D. M. (2016). Development of

- a new diabetes medication self-efficacy scale and its association with both reported problems in using diabetes medications and self-reported adherence. *Patient preference and adherence*, 1003-1010.
- Şanlıtürk, Ö. Ü. D., Hayli, Ö. Ü. Ç. M., Kösem, Ö. Ü. D. D., Uyanık, Ö. G. A., Kaplan, Ö. G. N., & Sadiç, Ö. G. E. (2022). Her Yaşta Diyabet. In: Ankara.
- Şenbil Alp, S. (2023). *Tip 2 diyabetli bireylerde glisemik kontrol, diyabet sıkıntısı ve kadercilik anlayışı arasındaki ilişkinin incelenmesi* İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi].
- Şentürk, S. G. (2021). Kronik hastalıkların yönetiminde öz yönetim stratejilerinin önemi ve hemşirenin rolü. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 9-13.
- Şolpan, N. Ö., Keskin, A. Y., & Değirmenci, H. (2023). Death anxiety in patients with hypertension and ST-elevation acute myocardial infarction and the affecting factors. *Online Turkish Journal of Health Sciences*, 8(3), 382-388.
- Taşkın, M. Y. (2006). *Diyabet hastalarının tedaviye uyumunu etkileyen faktörler* Marmara Üniversitesi (Turkey)].
- Terkeş, N. (2012). *Tip 2 diyabetli bireylerde diyabet belirtileri kontrol listesi ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması* Akdeniz Üniversitesi].
- Tol, A., Alhani, F., Shojaezadeh, D., Sharifirad, G., & Moazam, N. (2015). An empowering approach to promote the quality of life and self-management among type 2 diabetic patients. *Journal of education and health promotion*, 4(1), 13.
- Tomer, A. (1992). Death anxiety in adult life—theoretical perspectives. *Death studies*, 16(6), 475-506.
- Tornivuori, A., Tuominen, O., Salanterä, S., & Kosola, S. (2020). A systematic review on randomized controlled trials: coaching elements of digital services to support

- chronically ill adolescents during transition of care. *Journal of Advanced Nursing*, 76(6), 1293-1306.
- Trento, M., Raballo, M., Trevisan, M., Sicuro, J., Passera, P., Cirio, L., ... & Porta, M. (2012). A cross-sectional survey of depression, anxiety, and cognitive function in patients with type 2 diabetes. *Acta Diabetologica*, 49, 199-203.
- Uludağ, M. O. (2010). Diyabete bağlı ikincil hastalıklar (komplikasyonlar). *Diyabet ve Obezite*, 39, 10370-10389.
- Ülker, Y. Olgun N (2023). *Tip 2 diyabetli bireylerde tedaviye uyum ve öz yeterlilik düzeyinin glukoz regülasyonu ile ilişkisinin incelenmesi* (Tez No.) [Yüksek Lisans Tezi Hasan Kalyoncu Üniversitesi]. (Ulusal Tez Merkezi)
- Üstündağ, Ş., & Dayapoğlu, N. (2021). Tip 2 diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde karşılaştıkları engellerin değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(3), 514-533.
- Van Giersbergen, M. Y., & Yoltay, H. E. (2022). Hemşireler Arası Profesyonel Mesleki İşbirliği: Kanıt Temelli Uygulamalar. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 334-344.
- Waheed Elzohairy, N., Alsaied Alfayomy, N., & I Hassan, N. (2022). The relationship between death anxiety, spiritual well-being, and successful aging among community dwelling older adults. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research*, 3(1), 272-285.
- Wu, J., Shen, J., Tao, Z., Song, Z., & Chen, Z. L. (2023). Self-efficacy as moderator and mediator between medication beliefs and adherence in elderly patients with type 2 diabetes. *Patient Preference and Adherence*, 217-226.

- Yang, H., Wang, Z., Yu, W., Gu, Y., Shao, J., Zhang, Y., ... & Lu, Y. (2024). Structural equation model of factors related to death anxiety for Chinese patients with cancer. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 89(2), 606-622.
- Yeşil, Ö. Ö. (2010). *Akut Miyokard Enfarktüsü geçiren Ve Diabetes Mellitusu Olan hastaların ölüm Anksiyetelerinin karşılaştırılması* Marmara Üniversitesi (Turkey)].
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, A. B., Bozdemir, N., & Aşlar, R. H. (2020). Diyabet öz yönetiminde çok disiplinli ekip yaklaşımı. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(3), 479-491.
- Yıldırım, D., Çiriş Yıldız, C., Ergin, E., & Özbay, İ. (2024). Hypoglycaemia fear, treatment adherence, and the quality of life in patients with type 2 diabetes and its determinants. *International Journal of Nursing Practice*, 30(2), e13248.
- Yıldırım, G. (2023). Tip 2 Diyabette Fonksiyonel Tıp ve Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 9(1), 43-48.
- Yolcu, S. (2021). Tip 2 diyabet hastalarının bireysel yönetim eğitimi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 290-304.
- Yuksel, M., & Bektas, H. (2021). Compliance with treatment and fear of hypoglycaemia in patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11-12), 1773-1786.
- Yüksel, S. (2007). *Tip 1 ve Tip 2 diyabetik hastaların uyku kalitesi, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi* Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
- Zuhur, Ş., & Özpancar, N. (2017). Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(2), 57-74.

EKLER

Ek-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences																		
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹																			
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Emre GÜLER																		
Öğrencinin Numarası																			
Ana Bilim Dalı	Hemşirelik Esasları																		
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans																		
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.																			
<table><tr><th>Bölümler</th><th>Benzerlik Oranı</th><th>Maksimum Benzerlik Oranları</th></tr><tr><td>I. Giriş</td><td>% 3</td><td>% 15</td></tr><tr><td>II. Genel Bilgiler</td><td>% 9</td><td>% 35</td></tr><tr><td>III. Materyal ve Metod</td><td>% 27</td><td>% 35</td></tr><tr><td>IV. Bulgular</td><td>% 13</td><td>% 15</td></tr><tr><td>V. Tartışma</td><td>% 7</td><td>% 20</td></tr></table>		Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları	I. Giriş	% 3	% 15	II. Genel Bilgiler	% 9	% 35	III. Materyal ve Metod	% 27	% 35	IV. Bulgular	% 13	% 15	V. Tartışma	% 7	% 20
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları																	
I. Giriş	% 3	% 15																	
II. Genel Bilgiler	% 9	% 35																	
III. Materyal ve Metod	% 27	% 35																	
IV. Bulgular	% 13	% 15																	
V. Tartışma	% 7	% 20																	
Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.																			

Ek-2. Etik Kurul Onay Formu



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Bölümü : Dekanlık
Servisi : Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/109
Konu : Etik Kurul Kararı

21.02.2024

Sayın: Emre GÜLER
Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Değerlendirilmek üzere Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz "**Diyabet Hastalarının İlaç Kullanımındaki Öz Yeterliliklerinin, Tedaviye Uyumluları ve Ölüm Anksiyeteleri Üzerine Etkisi**" (The Effect of Diabetes Patients' Self-Efficacy in Medication Use on Their Compliance with Treatment and Death Anxiety)" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	400
	FAKS	
	E-POSTA	
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Diyabet Hastalarının İlaç Kullanımındaki Öz Yeterliliklerinin, Tedaviye Uyumluları ve Ölüm Anksiyeteleri Üzerine Etkisi" (The Effect of Diabetes Patients' Self-Efficacy in Medication Use on Their Compliance with Treatment and Death Anxiety)
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı:1 Karar No:123	Tarih:21.02.2024
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi.	
Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.		

Ek-3. Gönüllü Onam Formu

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Değerli Katılımcı

Bu araştırma Diyabet Hastalarının İlaç Kullanımındaki Öz yeterliliklerinin, Tedaviye Uyumları ve Ölüm Anksiyeteleri Üzerine Etkisini belirlemek amacı ile planlanmıştır. Araştırmada araştırmacı tarafından hazırlanan İlaç Kullanımındaki Öz yeterliliklerinin, Tedaviye Uyumları ve Ölüm Anksiyeteleri ölçekleri doldurulacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **cıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırmaya katıldığınız için herhangi bir ücret verilmeyecek ve sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Ek-4: Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz
1)Kadın 2) Erkek
3. Medeni durum
1) Evli 2) Bekar
4. Eğitim düzeyiniz
1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise
6) Üniversite
5. Sigara kullanma durumu?
1)Evet 2) Hayır
6. Daha önce hastaneye yattınız mı?
1)Evet 2) Hayır
7. Sağlığınızı nasıl tanımlarsınız?
1)İyi 2) Orta 3) Kötü
8. Namaz kılma/ Oruç Tutma/Sadaka Verme
1)Evet 2) Bazen 3) Hayır
9. Kişisel temizliğinizi kim yapıyor?
1) Kendim 2) Aile üyelerimden birisi 3) Diğer.....
10. Verilen ilaç tedavisini düzenli kullanıyor musunuz?
1)Düzenli kullanıyorum. 2)Düzenli kullanmıyorum. 3) Diğer.....
11. İlaçlarınızın takibini kim yapıyor?
1)Kendim 2) Aile üyelerimden birisi 3) Diğer.....

Ek-5. Diyabet İlaç Kullanım Öz Yeterliliği

Aşağıdaki durumlarda diyabet ilaçlarınızı nasıl kullanacağınızı bilip bilmediğinizi belirtiniz.	Çok Emin Değilim(1)	Eminim(2)	Çok Eminim(3)
Zorunluluk Durumunda İlaç Kullanım Öz Yeterliliği			
Çok pahalı olduğunda			
Şeker hastalığınızın herhangi bir belirtisi olmadığında			
Onlara ihtiyacınız olmadığını hissettiğinizde			
İyi hissettiğinizde			
Meşguliyet Durumunda İlaç Kullanım Öz Yeterliliği			
Evde meşgul olduğunuzda			
Size hatırlatacak biri olmadığında			
Aile üyeleriniz ile birlikte olduğunuzda			
Kullandığınız başka ilaçlar olduğunda			
Baş ağrınız varsa			
Kaygı Durumunda İlaç Kullanım Öz Yeterliliği			
Bazı yan etkilere neden olduğunda			
Tüm hayatınız boyunca bu ilaçları kullanacağınız için endişe ettiğinizde			
Eve iş veya diğer faaliyetlerden geç döndüğünüzde			
Herkese açık bir yerde olduğunuzda			
Seyahat ediyorsanız			
Onları günde bir defadan fazla aldığınızda			
Yorgun hissetmenize neden olduğunda			
Titriyorsanız veya sinirliyseniz			
Zihniniz bulanıksa			
Bulanık görüyorsanız			

Ek-6. Tedaviye Uyum Ölçeği

	Kesinlikle katılıyorum(1)	Katılıyorum(2)	Kısmen katılıyorum(3)	Katılmıyorum(4)	Kesinlikle katılmıyorum(5)
1. Kan şekerimi düzenli olarak ölçüp/ölçtürüp, takip ediyorum.					
2. Kendimi şeker hastası gibi hissetmiyorum.					
3. Şeker haplarımı/insülinimi hiç aksatmadan kullanıyorum.					
4. Hayatımdaki üzüntü ve sıkıntılar geçince hastalığımın da tamamen iyileşeceğine inanıyorum.					
5. Uzmanın önerdiği şekilde ve miktarda besleniyorum.					
6. Şeker hapları veya insülin kullanmaktansa diyet yaparak hastalığımı idare etmek istiyorum.					
7. Kan şekerim yüksek olsa da bana bir şey olmaz diye düşünüyorum.					
8. Doktor kontrollerimi önerilen sıklıkla düzenli olarak yaptırıyorum.					
9. Şeker hastası olduktan sonra hayatımda hiçbir değişiklik olmadı.					
10. Hasta olduktan sonra arkadaş ve akrabalarım daha çabuk kızıyorum.					
11. Ağızdan ilaç/insülin dozlarımı o gün yediğim yiyeceklerle göre kendim ayarlarım.					
12. Şeker hastalığının zorluklarından dolayı, eskisinden daha sinirli ve öfkeliyim.					
13. Şeker hastalığı ile ilgili bilgimi her fırsatta artırmaya çalışıyorum.					
14.Şeker hastası olduğum için daima geleceğimle ilgili karamsar düşüncelere sahibim.					

15. Şeker hastası olduğumu herkese saklamadan rahatlıkla söyleyebilirim.					
16. Şeker hastası olduktan sonra bana zararlı olduğunu düşündüğüm alışkanlıklarımı bıraktım.					
17. Şekerimin düştüğünü hissedirim.					
18. Sağlık personeline güvenmiyorum, bana yararları yok.					
19. Önerildiği şekilde yazın ve kışın düzenli egzersiz yaparım.					
20. Başka insanlardan farklı beslenme ve ihtiyaçlarımın olmasına kızıyorum.					
21. Bu hastalık neden beni buldu diye çok kızıyorum.					
22. İlaç/insülin zamanım gelince gergin oluyorum.					
23. Şeker hastalığının gerektirdiği her şeyi yaparak, bu hastalıkla rahatlıkla yaşayabilirim.					
24. Hastalığımın keşke diyeti olmasaydı.					
25. Şekerimin yükseldiğini hissedirim.					
26. Şeker hastası olduktan sonra ayak bakımına özel önem gösteriyorum.					
27. Egzersiz yapmamak için çoğunlukla bir bahanem vardır.					
28. Hastalığıma katlanmak zorunda olmak beni üzüyor.					
29. Kendimi, hastalığımla mücadele edebilecek güçte hissediyorum.					
30. Diyetime tam uyarsam şeker hastalığımdan geçeceğimi düşünüyorum.					

Ek-7. Abdel-Khalek Ölüm Kaygısı Ölçeği

	Hiç(1)	Biraz(2)	Orta(3)	Fazla(4)	Çok fazla(5)
1. Ne zaman hasta olsam ölümden korkarım.					
2. Ölüye bakmaktan korkarım.					
3. Mezarlık ziyaret etmekten korkarım.					
4. Bir ameliyat olma olasılığı beni dehşete düşürür.					
5. Kalp krizi geçirmekten korkarım.					
6. Ölümün beni sevdiğim birinden mahrum bırakmasından kaygı duyarım.					
7. Ölümünden sonraki bilinmeyen şeylerle ilgili endişeliyim.					
8. Bir cesede bakmaktan korkarım.					
9. Kabir azabından korkarım.					
10. Ciddi bir hastalığa yakalanmaktan korkarım.					
11. Defin işlemine tanık olmak beni dehşete düşürür.					
12. Mezarlıkta yürümek beni dehşete düşürür.					
13. Ölümünden sonra ne olacağı ile ilgili düşünceler kafamı sürekli meşgul eder.					
14. Uyumaktan ve sonrasında tekrar uyanmamaktan korkarım.					
15. Ölümün beraberindeki acı beni çok korkutur.					
16. Bir cenaze törenine tanık olmak beni altüst eder.					
17. Ölmekte olan bir insanın görünümü beni korkutur.					
18. Ölüm hakkında konuşmak beni altüst eder.					
19. Kanserle yakalanmaktan korkarım.					
20. Ölümünden korkarım.					