



**T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**DİYABETLİ YAŞLILARIN İLAÇ TEDAVİSİNE
UYUMU, İLAÇ KULLANIMINA İLİŞKİN SAĞLIK
İNANÇLARI VE AKILCI İLAÇ KULLANIM
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Şükran SAKARYA

Çankırı 2024

**DİYABETLİ YAŞLILARIN İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMU, İLAÇ
KULLANIMINA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARI VE AKILCI İLAÇ
KULLANIM DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Şükran SAKARYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Huri Seval GÖNDEREN ÇAKMAK

Çankırı 2024

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 218210005 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Şükran SAKARYA, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “Diyabetli Yaşlıların İlaç Tedavisine Uyumu, İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnançları Ve Akılcı İlaç Kullanım Düzeylerinin Değerlendirilmesi”başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi :26.07.2024

Tez Danışmanı:

**Doç.Dr.Huri Seval
GÖNDEREN
ÇAKMAK**

.....

**Çankırı
Karatekin Üniversitesi**

İmza

Jüri Üyesi:

**Doç.Dr.Bilge BAL
ÖZKAPTAN
Sinop Üniversitesi**

.....

İmza

Jüri Üyesi:

**Dr.Öğr.Üyesi Banu
CİHAN ERDOĞAN
Çankırı Karatekin
Üniversitesi**

.....

İmza

**Yukarıdaki sonucu
onaylarım**

İmza

**Prof.Dr.Ersoy
YILMAZ Enstitü
Müdür**

ETİK BEYANNAMESİ

Çankırı Karatekin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğine göre hazırlamış olduğum” Diyabetli Yaşlıların İlaç Tedavisine Uyumu, İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnançları ve Akılcı İlaç Kullanım Düzeylerinin Değerlendirilmesi” konulu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı, tezin içerdiği yenilik ve sonuçları başka bir yerden almadığımı, tezde kullandığım eserleri usulüne göre kaynak olarak gösterdiğimi, tezin Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nden başka bir bilim kuruluna akademik amaç ve unvan almak amacıyla vermediğimi ve bu çalışmamın Çankırı Karatekin Üniversitesi tarafından kullanılan “Bilimsel İntihal Tespit Programı”yla tarandığını, “intihal içermediğini” beyan ederim. Çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması halinde ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm. Çankırı Karatekin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim. (26.07.2024).

İmza

Tarih

Şükran SAKARYA

ÖN SÖZ

Tez konumun belirlenmesinde ve çalışmamın tamamlanmasında bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. Huri Seval GÖNDEREN ÇAKMAK’a, eğitimim boyunca özellikle tez yazımı sırasında bana her zaman destek olan ve cesaretlendiren sevgili eşim ve çocuklarıma, bugüne gelmemde büyük emeği olan her zaman gurur duyduğum çok değerli annem ve babama teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iii
ETİK BEYANNAMESİ.....	iv
ÖN SÖZ.....	v
KISALTMALAR VE SEMBOLLER.....	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ÖZET.....	x
SUMMARY	xii
1. GİRİŞ	1
1.1 Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2 Çalışmanın Amacı	2
1.3 Sınırlılıklar	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Diabetes Mellitus	4
2.2.Diabetes Mellitus Tanı Kriterleri	4
2.2.1 Açlık plazma glukozu	4
2.2.2 Oral glukoz tolerans testi (OGTT).....	4
2.2.3 Rastgele plazma glukoz ölçümü	5
2.2.4 HbA1C ölçümü	5
2.3.Diabetes Mellitusun Belirtileri	5
2.4. Diabetes Mellitusun Sınıflandırılması	5
2.4.1 Tip 1 diabetes mellitus.....	5
2.4.2 Tip 2 diabetes mellitus.....	5
2.4.3 Gestasyonel diabetes mellitus	7
2.5. Diabetes Mellitusun Komplikasyonları	7
2.5.1 Diabetes mellitusun akut komplikasyonları	7
2.5.1.1 Hipoglisemi	7
2.5.1.2 Diyabetik ketoasidoz	8
2.5.2 Diabetes mellitusun kronik komplikasyonları	8
2.5.2.1 Makrovasküler komplikasyonlar	8
2.5.2.2 Mikrovasküler komplikasyonlar	9
2.6 Diabetes Mellitusun Tedavisi.....	11
2.6.1 Tıbbi beslenme tedavisi	11
2.6.2 Düzenli egzersiz programı	12
2.6.3 Medikal tedavi	12
2.7 Bireysel Kan Şekeri Takibi	15
2.8 Diyabet Eğitimi	15
2.8.1 Diyabet eğitiminde hemşirenin işlevi	16
2.8.2 Diyabetli hastanın tedaviye uyumunda hemşirenin işlevi	16
2.9 Yaşlılıkta Diyabet Yönetimi	17
2.10 Glisemik Kontrol.....	18
2.11 Beslenme	18
2.12 Egzersiz Ve Fiziksel Aktivite	19
2.13 Tedaviye Uyum Ve Uyumsuzluk Kavramları	19
2.14 Akılcı İlaç Kullanımı Ve Önemi	20
2.15 Sağlık İnanç Modeli	21

3. MATERYAL VE YÖNTEM	23
3.1 Araştırmanın Türü	23
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	23
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4 Veri Toplama Araçları	24
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	114
5.1. İlaç Tedavisi Uyum	114
5.2. Sağlık İnançları	116
SONUÇ	121
ÖNERİLER	122
KAYNAKLAR	123
EK 1. ETİK KURUL KABUL FORMU	128
EK 2. DİYABETLİ YAŞLILARIN SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE VE HASTALIĞINA İLİŞKİN SORU FORMU	129
EK 3. İLACA UYUM VE REÇETE YAZDIRMA ÖLÇEĞİ	132
EK 4. İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEĞİ	133
EK 5. İLAÇ KULLANMAYA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ	134
EK 6. AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ	135
EK 7. YAZAR ONAYLARI	137
EK 8. ARAŞTIRMA İZNİ	139
ÖZGEÇMİŞ	140

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

ADA : Amerikan Diyabet Birliği

DM : Diabetes Mellitus

Hba1c : Hemoglobin a1c

IM : Intramüsküler

IV : Intravenöz

OGTT : Oral Glukoz Tolerans Testi

PG : Plazma Glukozu

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

Mg : Miligram

dl : Desilitre

< : Küçüktür

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 4.1: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....	27
Tablo 4.2: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre dağılımı	28
Tablo 4.3: Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları.....	31
Tablo 4.4 : Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları.....	32
Tablo 4.5: Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri.....	33
Tablo 4.6: Araştırmada kullanılan ölçeklerin arasındaki ilişki	34
Tablo 4.7: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği puanlarının karşılaştırılması	36
Tablo 4.8: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ilaç uyumunu bildirim ölçeği puanlarının karşılaştırılması	39
Tablo 4.9: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puanlarının karşılaştırılması	41
Tablo 4.9.1: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devamı).....	46
Tablo 4.9.2: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devamı).....	50
Tablo 4.10: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması	54
Tablo 4.10.1: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devamı).....	58
Tablo 4.10.2: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devamı).....	62
Tablo 4.11: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği puanlarının karşılaştırılması	65
Tablo 4.12: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre ilaç uyumunu bildirim ölçeği puanlarının karşılaştırılması	70
Tablo 4.13: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puanlarının karşılaştırılması	75
Tablo 4.13.1: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devamı).....	82
Tablo 4.13.2: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devamı).....	89
Tablo 4.14: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması	95
Tablo 4.14.1: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devamı).....	102
Tablo 4.14.2: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devamı).....	108

DIYABETLİ YAŞLILARIN İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMU, İLAÇ KULLANIMINA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARI VE AKILCI İLAÇ KULLANIM DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

SAKARYA Şükran. "Diyabetli Yaşlıların İlaç Tedavisine Uyumu, İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnançları ve Akılcı İlaç Kullanım Düzeylerinin Değerlendirilmesi." (Yüksek Lisans Tezi), Çankırı 2024.

Amaç: Diyabet hastalığı olan yaşlıların ilaç tedavisine uyumu, ilaç kullanımına ilişkin sağlık inançları ve akılcı ilaç kullanım düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırmamız Mayıs 2023-Aralık 2023 tarihinde tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir. Evrenimizi bu tarihler arasında Çankırı İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı İlgaç (1,2,3,4) nolu aile sağlığı merkezlerine kayıtlı köylerde yaşayan 65 yaş ve üzeri antidiyabetik ilaç kullanan yaşlılar oluşturmuştur. Örneklemine ise Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı İlgaç(1,2,3,4) nolu aile sağlığı merkezlerine kayıtlı, köylerde yaşayan dahil edilme kriterine uyan 300 yaşlı oluşturmuştur. Veri toplamak için, diyabetli yaşlıların sosyodemografik ve hastalığına ilişkin soru formu, ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği, ilaç uyumunu bildirim ölçeği, ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği, akılcı ilaç kullanımı ölçeği kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze toplanmıştır. Tanımlayıcı veriler yüzde ve frekans şeklinde sunulmuştur. Ölçeklerin normal dağılıp dağılmadığı görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) ile belirlenmiştir.

Bulgular: Yaş durumuna göre; ilaç uyumunu bildirim ölçeği ve akılcı ilaç kullanım ölçeği puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde, puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Yaştaki artışla beraber, ilaç uyumunda ve akılcı ilaç kullanım düzeyinde düşüş görülmüştür. Cinsiyet durumuna göre ilaç uyumu ve sağlık inançları arasında istatistiksel olarak fark

gözlenmiştir ($p<0,05$). Erkeklerdeki ilaç uyumu ve sağlık inançlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Eğitim durumuna göre ilaç uyumu, sağlık inançları ve akılcı ilaç kullanım düzeyleri arasında istatistiki olarak anlamlı fark gözlenmiştir ($p<0,05$). Eğitim durumu yükseldikçe ilaç uyumunun, sağlık inancının ve akılcı ilaç kullanım düzeyinin arttığı görülmüştür. Ekonomik gelir artışı ile sağlık inanç puanları arasında anlamlı fark gözlenmiştir ($p<0,05$). Ekonomik gelir artışı sağlık inancında artışa sebep olmuştur. Medeni durum ile ilaç uyumu, sağlık inançları ve akılcı ilaç kullanım düzeyi arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Evlilerin ilaç uyumu, sağlık inançları ve akılcı ilaç kullanım düzeyleri bekarlara göre yüksek bulunmuştur. Düzenli egzersiz yapma durumu ve düzenli hekim kontrolüne gitme durumuna göre ilaç uyumu, sağlık inançları ve akılcı ilaç kullanım düzeyleri arasında istatistiki olarak anlamlı fark gözlenmiştir ($p<0,05$). Egzersizli düzenli yapanların ve doktor kontrolüne düzenli gidenlerin ilaç uyumlarının, sağlık inançlarının ve akılcı ilaç kullanım düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Hastalık süresi ve tedavi uyumunun iyiliği ile sağlık inançları ve akılcı ilaç kullanım düzeyleri arasında istatistiki farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalık süresi arttıkça ve tedaviye uyum düzeyi iyileştikçe sağlık inancında ve akılcı ilaç kullanım düzeyinde artış görülmüştür.

Sonuç: Diyabetli yaşlıların; yaştaki artışla beraber ilaç uyumunda ve akılcı ilaç kullanım düzeyinde azalma meydana gelmiştir. Erkek katılımcıların ilaç uyumlarının ve sağlık inançlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim seviyesi yüksek olanların, evli olanların, egzersizini düzenli yapan ve hekim kontrolüne düzenli gidenlerin ilaç uyumları, sağlık inançları ve akılcı ilaç kullanım düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Hastalık süresi daha uzun ve tedavi uyumları daha iyi olanların; sağlık inançları ve akılcı ilaç kullanım düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Pozitif tutumların desteklenmesi, yaşlılarda diyabet tutumlarının iyileştirilmesi için planlı eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç, İlaç uyumu, Sağlık inançları, Tip 2 diyabet, Yaşlılık

THE EVALUATION OF COMPLIANCE WITH MEDICATION TREATMENT, HEALTH BELIEFS REGARDING DRUG USE, AND RATIONAL DRUG USE LEVELS IN ELDERLY PEOPLE WITH DIABETES

SUMMARY

SAKARYA Thanksgiving. "Compliance of Elderly People with Diabetes to Drug Treatment, Health Beliefs Regarding Drug Use and Evaluation of Rational Drug Use Levels." (Master's Thesis), Çankırı 2024.

Purpose: It was aimed to evaluate the compliance of elderly people with diabetes with drug treatment, their health beliefs regarding drug use, and their rational drug use levels.

Materials and Methods: Our research was conducted as a descriptive study between May 2023 and December 2023. Our universe consists of elderly people aged 65 and over who use antidiabetic drugs and live in villages registered to Family Health Centers numbered Ilgaz (1,2,3,4) affiliated to Çankırı Provincial Health Directorate between these dates. The sample is Ilgaz (1,2,3) affiliated to Çankırı Provincial Health Directorate. , 300 elderly people living in villages and meeting the inclusion criteria were registered in Family Health Centers no. 4). To collect data, the Sociodemographic and Disease Questionnaire of Elderly People with Diabetes, the Medication Compliance and Prescription Filling (IURY) Scale, the Medication Compliance Reporting Scale (IUBÖ), the Health Beliefs Scale on Medication Use, and the Rational Drug Use Scale were used. The data was collected face to face by the researcher. Descriptive data are presented as percentages and frequencies. Whether the scales were normally distributed or not was determined by visual (histogram and probability graphs) and analytical methods (Kolmogorov smirnow/shapiro-Wilktests).

Results: According to age; When the comparison of the scores of the medication compliance reporting scale and the rational drug use scale was examined, it was seen that there was a statistically significant difference between the scores ($p < 0.05$). With the increase in age, a decrease was observed in the level of medication compliance and rational drug use. A statistical difference was observed between

medication compliance and health beliefs according to gender ($p < 0.05$). It was concluded that medication compliance and health beliefs in men were higher than in women. A statistically significant difference was observed between medication compliance, health beliefs and rational drug use levels according to educational level ($p < 0.05$). It was observed that as the educational level increased, medication compliance, health beliefs and rational drug use levels increased. A significant difference was observed between the increase in economic income and health belief scores ($p < 0.05$). The increase in economic income caused an increase in health belief. A statistically significant difference was found between marital status and medication compliance, health beliefs and rational drug use levels ($p < 0.05$). Married people's medication compliance, health beliefs and rational drug use levels were found to be higher than those of single people. A statistically significant difference was observed between medication compliance, health beliefs and rational drug use levels according to regular exercise and regular physician check-ups ($p < 0.05$). It was concluded that usage levels were high. A statistical difference was found between the duration of the disease and the goodness of treatment compliance and the levels of health beliefs and rational drug use. ($p < 0.05$). As the duration of the disease increased and the level of compliance with the treatment improved, an increase was observed in the level of health beliefs and rational drug use.

Conclusion:

Elderly people with diabetes; With the increase in age, there was a decrease in medication compliance and rational drug use. It was observed that male participants had higher medication compliance and health beliefs. The medication compliance, health beliefs and rational medication compliance of those with a higher education level, those who were married, those who exercised regularly and went to a physician for regular check-ups were lower. usage levels were found to be higher.

Those with longer disease duration and better treatment compliance; It was concluded that the levels of health beliefs and rational drug use were higher. It is

recommended to organize planned training programs to support positive attitudes and improve diabetes attitudes in the elderly.

Key Words: Rational medicine, Medication compliance, Health beliefs, Type 2 diabetes, Old age



1. GİRİŞ

1.1 Problem Tanımı ve Önemi

Yaşlılık; yavaş seyirli ve geriye dönüşsüz olarak insan organizmasında meydana gelen değişiklikleri tanımlayan bir kavramdır. Yaşam süresinin artmasıyla kronik hastalıkların yayılımı da artmıştır (Sivrikaya ve Ergün, 2018).

Diyabetes mellitus (DM) kronik hastalıkların başında gelmekte olup, toplumda tüm yaş gruplarında görülebilmektedir (Temel Hipofiz çalışma Grubu, 2020). Komplikasyonlarla seyreder, iyi tedavi edilmediği takdirde organ hasarlarına sebep olabilen, kaliteli yaşamı ciddi anlamda düşüren, tedavi süreci ve ekonomik gideri pahalı olan kronik seyirli bir rahatsızlıktır (Sivrikaya ve Ergün, 2018). DM yaşlanma ile ilişkili bir hastalık olarak kabul edilir. DM hem dünyada hem de ülkemizde büyük bir halk sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Tekin ve Kara, 2016). Diyabetik hastalarda altmışbeş yaş üstü hastalar, tüm diyabetik hastaların %40'ını kapsamaktadır. Aynı zamanda geriatric yaş grubunun %20'sinde bozuk glikoz toleransı mevcuttur. Bunun dışında yaşlı nüfusun %10'unda hastalık tanısı konulmamış DM vardır. Hem yaşlı hem de diyabet hastası olan bireyler yaşlı olmayan diyabet hastalarının 5 katıdır (Coşansu, 2002).

Diyabet hastalığı zamanında ve iyi bir şekilde tedavi edilmezse tüm sistemlerde bozukluğa sebep olabilmektedir. Geriatric hastalarda yaşlanmaya bağlı fizyolojik ve komorbid durumlar kronik hastalıkların yönetimini oldukça güçleştirmektedir. DM, yaşlı bireylerde hastalık ve ölümün öncelikli sebepleri arasında gösterilmektedir (Gedik, 2006).

Yaşlanma ile glikoz toleransı giderek bozulmakta ve bu da yatkınlığı olan kişilerde DM gelişmesine neden olmaktadır. Yaşlılarda DM'ye yatkınlığa sebep olan birçok sebep vardır. Bunlara; genetik yatkınlık, yaşlılığa bağlı insülin salgısında azalma, insüline karşı yaşla direnç kazanılması, yağ dokusunda meydana gelen artış,

fiziksel aktivitede meydana gelen azalma gösterilebilmektedir. Fiziksel aktivitenin azalmasına yaşlılıktaki kronik hastalıklar sebep olmaktadır (Gedik, 2006).

Geriatrik diyabet hastalarının %90'ı tip2 diyabet hastasıdır. Bu hastalarda diyabetin komplikasyonlarının engellenmesi ve glisemik kontrolün sağlanabilmesi için her hasta kişisel olarak ele alınmalıdır. Eğitim, beslenme ve egzersiz tedavisi kişiye özel planlanmalı ve uygulanmalıdır. Yaşlı diyabetik hastaların bakım yönetiminin temel amacı, kaliteli ve sağlıklı yaşamlarını sürdürmelerini sağlamaktır (Gedik, 2006).

Kronik diyabet hastası kişilerin ilaçla uyumlu olması, tedavinin başarılı olması açısından önemli bir faktördür. Hasta kişilerin ilaç tedavisine olan uyumlarını değerlendirebilmek bu sebeple ciddi anlamda önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bütün ilaçların %50'den fazla bir kısmı uygun olmayan bir şekilde reçete edilmektedir. Akılcı ilaç kullanımı hastanın klinik ihtiyaçlarına uygun olan ilaçları, kişisel gereksinimlerini karşılayan dozlarda, yeterli bir süre boyunca, kendilerine ve topluma en az maliyet ile kullanmaları olarak izah edilmiştir (Akıcı ve diğerleri, 2011).

Akılcı ilaç kullanım basamakları; tanının doğru konulmasını, prognozun izlenmesini, tedavinin amaçlarını saptamayı, tedavi seçeneklerini gözden geçirmeyi, gerekiyorsa reçetenin doğru olarak yazımı ile takibini içermektedir (Hocaoğlu ve diğerleri, 2011).

Bu çalışma; diyabet hastalığı olan yaşlıların ilaç tedavisine olan uyumu, ilaç kullanımına yönelik sağlık inançları ve akılcı ilaç kullanım düzeylerinin değerlendirilmesi açısından önemlidir. Karar veren kişilere, sağlıkta yönetici rolünü üstlenenlere ve sağlık alanında çalışan kişilere diyabet nasıl yönetilir ve hastalıkla nasıl mücadele edilir konuları hakkında somut bilgiler sunmaktadır.

1.2 Çalışmanın Amacı

Bu çalışma diyabet hastalığı olan yaşlıların ilaç tedavisine uyumu, ilaç kullanımına ilişkin sağlık inançları ve akılcı ilaç kullanım düzeylerinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

1.3 Sınırlılıklar

Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Ilgaz (1,2,3,4) nolu Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı köylerde yaşayan 65 yaş ve üzeri, iletişim kurabilen, diyabet tanısı almış ve antidiyabetik ilaç kullanan yaşlılar arasından gelişi güzel seçilmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Diabetes Mellitus

Pankreasta bulunan beta hücrelerinden üretilen insülin hormonunun tamamının veya bir kısmının azlığı ve ya çevre dokularda etkisizliği neticesinde meydana gelen, hiperglisemi ile kendini gösteren metabolik bir hastalıktır. Aynı zamanda karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında oluşan bozukluklarla, kapiller membranda oluşan değişikliklerle, mikro ve makro vasküler komplikasyonlarla da kendini gösterir. Kronik seyirlidir (Sivrikaya ve Ergün, 2018).

2.2. Diabetes Mellitus Tanı Kriterleri

2.2.1 Açlık plazma glukozu

En az 8 saatlik açlık durumunun olması gerekir. Farklı günlerde yapılmış ise en azından yapılmış 2 tane kan tahlili sonucu gerekmektedir. 100 mg / dl'den az bulunan neticeler normal glikoz toleransı şeklinde kabul edilir. 100 – 125 mg/dl aralığı prediyabet, 126 mg/dl ve üstünde ise diabetes mellitus şeklinde değerlendirilir (Sivrikaya ve Ergün, 2018).

2.2.2 Oral glukoz tolerans testi (OGTT)

Prediyabet ve diyabet tanısını koyabilmek için yapılır. Açlık kan şekeri tahlili öncesi kan alınması akabinde 75 gram glikozlu su içilir. İçildikten 2 saat sonra kan alınır ve glikoz seviyesine bakılır. 140 mg/dl'den düşük ise olması gereken sınırlarda, 140 – 199 mg/dl arası ise diyabet öncesi, 200 mg/dl ve fazlası ise diyabet tanısı alır (Sivrikaya ve Ergün, 2018).

2.2.3 Rastgele plazma glikoz ölçümü

Semptomlarla beraber rastgele bir zamanda ölçüm yapılan plazma glikoz seviyesinin 200 mg/dl ya da daha üzerinde olması tanıyı koydurur (Sivrikaya ve Ergün, 2018).

2.2.4 HbA1C ölçümü

Glikozun kandaki seviyesi arttığı ölçüde hba1c'de artar. 3 aylık kan glikoz düzeyi ile ilgili bize bilgi verir. %6,5 ve daha büyük değerler diabetes mellitus tanısı koydurur (Temel Hipofiz Çalışma Grubu, 2020).

2.3.Diabetes Mellitusun Belirtileri

En Sık Görülen Belirtiler: Poliüri, polidipsi, polifaji, halsizlik, noktüri, hemen yorulma, ağızda oluşan kuruluk hissi.

Daha Az Görülen Belirtiler: Sebebi bilinmeyen kilo düşüşleri, gözlerde bulanık görme, tekrarlayan enfeksiyonlar (Temel Hipofiz Çalışma Grubu, 2020).

2.4. Diabetes Mellitusun Sınıflandırılması

2.4.1 Tip 1 diabetes mellitus

Pankreasın beta hücrelerindeki harabiyet neticesinde pankreastaki insülin yokluğu ile karakterize bir diyabet şeklidir. Çoğunlukla 35 yaş altında, en sık olarak ta 10 – 15 yaşlar arasında görülür. Yılda yeni hasta sayısının yaklaşık 70 bin civarında olduğu düşünülmektedir. Diyabet vakalarının %5 ile 10'unu oluşturmaktadır. İnsülinin yokluğu söz konusu olduğu için tedavide mutlaka insülin gereksinimi bulunmaktadır (Sivrikaya ve Ergün, 2018).

2.4.2 Tip 2 diabetes mellitus

Genetik ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan, glikoz toleransındaki bozulma ve insülin direnci ile karakterize diyabet tipidir. Dünyanın en sık görülen diyabet çeşididir, tüm diyabetli hastaların %90 kadarını oluşturur. Çoğunlukla 30'lu yaşlarda görülür ancak son 15 yıldır artan obezite vakaları sonucu diyabet görülme

dönemi çocukları ve adölsanlarında kapsamaktadır. Hastalığın ilk dönemlerinde diyabetik ketoasidoz görülme oranı düşüktür. Sonrasında uzun süren hiperglisemi ya da beta hücre rezervinin düşmesine bağlı olarak diyabetik ketoasidoz görülebilmektedir. Hastalığın başlangıcı sinsidir ve pek belirti vermez (Sivrikaya ve Ergün,2018).



2.4.3 Gestasyonel diabetes mellitus

İlk defa gebelik durumunda ortaya çıkar, gebelik döneminin 28. haftasından sonra tablo belirginleşir. Gebeliğinde gestasyonel diyabet görülen kadınların %30 – 40’lık kısmı sonrasında tip 2 diyabet açısından risk altındadır. Gestasyonel diyabet görülen kadınların çocuklarında da tip 2 diyabet ve obezite tehdidi bulunmaktadır (Temel Hipofiz Çalışma Grubu, 2020).

2.5. Diabetes Mellitusun Komplikasyonları

2.5.1 Diabetes mellitusun akut komplikasyonları

2.5.1.1 Hipoglisemi

İvedi müdahale edilmesini gerektiren, yaşamsal öneme sahip bir durumdur. Hipogliseminin teşhisi için whipple triadı ismiyle bilinen glisemi < 50 mg/dl çıkması ve hafif hipoglisemi ile karakterize belirtilerin bulunması kafidir. ADA rehberi içinde diyabet hastası kişiler için bu sınır PG < 70 mg/dl olarak yer almaktadır.

Hipoglisemide hasta;

- Soğuk soğuk terleme
- Titreme yaşanması
- Anksiyetenin varlığı
- Bulantı hissinin varlığı
- Çarpıntı hissinin varlığı
- Acıkma hissinn varlığı
- Sersemlik hissinin varlığı
- Baş ağrısının varlığı
- Konuşurken güçlük
- Halsizlik yaşanması
- Konfüzyon gibi belirtiler vardır.

Hipoglisemideki yaklaşım sadece semptomatik olmamalı, sonrasında da bu durumun tekrarlanmamasını içermelidir.

- Hasta kişi ve hastanın ailesi hipoglisemi belirtileri ve hazırlayıcı faktörler konusunda eğitilmelidir.
- Hastanın üzerinde diyabet hastası olduğunu belirten kart taşınması sağlanmalıdır.
- Hasta öğünlerinin insülin etkisi ile örtüşmesine dikkat edilmelidir.
- Hasta ara öğünler ile az ve sık şekilde beslenmelidir (Temel Hipofiz Çalışma Grubu, 2020).

2.5.1.2 Diyabetik ketoasidoz

Diyabetik ketoasidoz dolaşım içindeki insülinin azalması ya da tamamen yokluğu sonucunda meydana gelir. En ciddi diyabet komplikasyonlarından biridir. Kan glikoz düzeyi 300 – 800 mg/dl arasında seyreder. Çoğunlukla tip 1 diyabetlilerde görülsede tip 2 diyabette de karşımıza çıkabilmektedir. Ketoasidoz 24 saatlik bir zaman diliminde oluşur. Halsizlik hissi, bulantı hissi ve kusma, ağızda kuruma, poliüri, polidipsi, karında ağrı oluşması, kilo düşüşü, ağızda aseton kokusu tarzı belirtiler vardır. İnsülin eksikliği, aşırı beslenme, insülin direncinin varlığı, insülin dozunun herhangi bir sebeple unutulması veya atlanması, kusma ve ya diyare, enfeksiyonların varlığı, stres durumu, akut hipotroidizmde diyabetik ketoasidoza sebep olur. Diyabetik ketoasidoz tablosu acil olarak insülin tedavisi başlanarak ve sıvı eksikliği yerine konularak düzeltilmelidir. Amaç; serumda bulunan glikoz seviyesini ve osmolaritesini olması gereken düzeye getirmek, idrardan ve serumdan keton cisimlerini arındırmak, dolaşım hacmi ve doku kanlanması ve elektrolit dengesini düzeltmektir. İnsülin uygulaması yapılırken saat başı kandan şeker ölçümü yapılmalı ve plazma glikoz düşüş hızı saatlik 50-70 mg/dl düzeyinde olmalıdır (Sivrikaya ve Ergün, 2018).

2.5.2 Diabetes mellitusun kronik komplikasyonları

2.5.2.1 Makrovasküler komplikasyonlar

Orta ve büyük damar yapılarında oluşan değişimler sonrasında oluşur. Kalpte koroner arter hastalığı, iskemik kalp rahatsızlığı, miyokart enfaktüsü, periferik arter hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar görülür (Sivrikaya ve Ergün, 2018).

Diyabetli hastalarda kardiyovasküler komplikasyonlar birincil morbidite ve mortalite sebebidir. Diğer insanlara göre tip 2 diyabetli hastalarda kalp hastalıkları 2 ila 4 kat daha fazladır. Bunun önüne geçebilmek için kan kolesterol düzeyinin ve obezitenin kontrol altına alınması, hipertansiyonun kontrol altına alınması, egzersiz ve düzenli beslenmeye dikkat edilmesi gerekmektedir (Temel Hipofiz Çalışma Grubu, 2020).

2.5.2.2 Mikrovasküler komplikasyonlar

Diyabetik Retinopati

En sık görülen ve tedavi olabilen bir komplikasyondur. Retina kapillerinin uzun süre yüksek glikoz düzeyine maruz kalması ile beraber yapısal ve fonksiyonel olarak değişikliğe uğraması durumudur. 15 yıl diyabet öyküsü olan bireylerin % 2'sinde körlük, % 10'unda ağır görme durumları gelişmektedir. Tanı koyulmasından 20 sene sonra tip 1 diyabet hastalarının hepsinde tip 2 diyabet hastalarının ise ortalama % 60 kadarında retinopati gözlenmektedir (Sivrikaya ve Ergün, 2018).

Temel sorun; retinayı besleyen kapiller damarlardaki hasar sonucu retinanın beslenememesidir. İlaç ve cerrahi tedavi yapılabilir. Önemli olan hastalarda kan glikoz düzeyinin kontrolde tutulmasıdır (Sivrikaya ve Ergün, 2018).

Diyabetik Nefropati

Önemli bir mikrovasküler komplikasyondur. Son düzeye ulaşmış böbrek yetersizliğinin en fazla görülen sebebidir. Tip 1 diyabetlilerin % 30 – 40, tip 2 diyabetlilerin % 3 – 10 kadarında gözlenmektedir. Oluşmuş nefropatinin kontrol altına alınması için; protein kısıtlaması, kan şekeri ve kan basıncının normal değerlerde tutulması gerekmektedir. Tedavisinde;

- Kan basıncı düzenli tutulmalı
- Proteinin kısıtlı tutulmalı
- Na tüketimi azaltılmalı
- Diyet şekli ve yaşantı biçiminde değişiklik yapılmalı
- Kan şekerinin kontrolü sağlanmalıdır.

Son dönem böbek yetmezliği yaşanan hastalarda, konservatif tedavi ve renal replasman tedavisi uygulanabilir (Sivrikaya ve Ergün, 2018).

Diyabetik Nöropati

Uzun süreçte meydana gelen bir komplikasyondur. Otonomik ve spinal sinirler etkilenir. En sık görülen şekli periferik simetrik polinöropatidir. Duyu kaybı ilk olarak ayağın baş parmağında oluşup yukarıya doğru ilerlemektedir. Vücudun yukarı kısımları az etkilenir. Alt ekstremitelerde ağrı, yanma, anormal duruş, pareteziler nöropatinin semptomlarıdır. Alt ekstremitelerde tendon refleksinde azalma ve vibrasyon duyusunda azalmalar vardır. Polinöropatilerin ilerlemesi ile kaslarda güçsüzlük ve kaslarda erime görülür. Periferik nöropatisi olan kişiler tramvalardan sakındırılmalı, ayağa bakım uygulanmalı, belirli sürelerde ayak muayene edilmeli ve hastalar bu noktada bilinçlendirilmelidir. Nöropati tedavilerinde amaç semptomların giderilmesine yöneliktir. Nöropatilerin önlenmesi ve geciktirilmesi önemlidir (Sivrikaya ve Ergün, 2018).

Diyabetik Ayak

Diyabette tramvatik olmayan alt ekstremitte amputasyonlarının ve hastaneye yatış sebeplerinin en sık nedenidir. Yaklaşık olarak diyabetli bireylerin %15'inde ayak ülserleri görülürken bunların % 14 ila 24'ünde amputasyonlar olur. Diyabetik ayak yaralarının oluşmasında en önemli faktörler nöropati ve iskemilerdir. İskemi ve nöropati neticesinde ayaklarda meydana gelen yara ve tramvaların enfekte olması ayak enfeksiyonlarına yol açar. Hasta kişilerin %60 kadarında periferik nöropati, %20 kadarında iskemi, %20 kadarında ise her ikisi bir arada bulunmaktadır. Risk faktörleri;

- Yeterli ayak bakımının olmayışı
- Nöropati
- Hijyen eksikliği
- Ayak deformitesi
- Sigara
- Obezite
- Enfeksiyon
- Ödem

- Makrovasküler hastalıklar
- Düzensiz glisemik kontrol (Sivrikaya ve Ergün, 2018).

Diyabetik ayak oluşmaması için risk faktörlerinin iyi bilinmesi ve ona göre önlemler alınması gereklidir. Ayak bakımı eğitimi bu hastalar için önemlidir. Diyabetik ayak tedavisinde;

- Ayak üzerindeki basının kaldırılması
- Kan glikoz seviyesinin kontrolü
- Yara bakımı
- Antibiyotik tedavisi
- Cerrahi tedavi seçenekleri(debridman, amputasyon)
- Rehabilitif tedavi
- Özel yapım ayakkabı
- Hasta bireylerin eğitilmesi önemli bir yer tutmaktadır.

Bu hastaların eğitiminde; ayak muayenesini kendi kendine yapmak , deri bakımı ve ayak bakımı, tırnak muayenesi, çorap ve ayakkabıların seçiminde uygunluk, derinin hassasiyet kontrolü konuları öğretilmelidir (Temel Hipofiz Çalışma Grubu, 2020).

2.6 Diabetes Mellitusun Tedavisi

- Tıbbi beslenmeye yönelik tedavi
- Düzenli uygulanan egzersiz programı
- Medikal tedavi
- Kan şekerini bireysel izleme
- Diyabet eğitimi (Temel Hipofiz Çalışma Grubu, 2020).

2.6.1 Tıbbi beslenme tedavisi

Tıbbi beslenme programı oluşturulurken enerji ihtiyacının ne kadar olduğu, besin içerikleri ve öğünlerin planlanması dikkate alınmalıdır. Diyabetli bireyler için doğru enerji gereksinimini sağlayan öğün programı önem taşımaktadır (Sivrikaya ve Ergün, 2018).

- Yeterli ve dengeli besin alımına dikkat edilmeli

- Öğün planı değişik yiyecekler içermeli
- Doymuş yağdan fakir diyet uygulanmalı
- Bireyin beslenme şekli, yaşam standartları ve sosyo ekonomik durumu göz önünde tutulmalıdır.

Hemşire hastaya diyabet ile beslenme konusunda eğitim vermeli ve hastanın diyetle uyumunu gözlemlemelidir (Sivrikaya ve Ergün, 2018).

2.6.2 Düzenli egzersiz programı

Egzersiz planlamasında yaş, diyabetin süresi, komplikasyonların varlığı dikkate alınmalıdır. Egzersiz öncesinde kan şekeri kontrolü yapılmalıdır. Kandaki şeker seviyesi 250 mg/dl ve fazlaysa, keton mevcut ise egzersiz yapılmamalıdır. Kan şekeri 100 mg/dl den düşükse egzersiz yapmadan önce karbonhidratlarla takviye edilmeli ve kan şekeri seviyesi takibi yapılmalıdır.

Egzersizin ne tipte ve hangi sürede yapılacağı, ne sıklık ve yoğunlukta olması gerektiği geniş bir şekilde plana dahil edilmelidir (Temel Hipofiz Çalışma Grubu, 2020).

Diyabete Egzersizin Etkileri;

- Düzenli yapılan egzersizler kan şekeri kontrolü sağlar
- Periferik dokulardaki insülin duyarlılığını artırır.
- Kilonun korunmasına yardımcı olur.
- Tip 2 diyabetlilerde oral antidiyabetik kullanım ihtiyacını azaltır.
- İnsülin kullananlarda ,günlük insülin gereksinimini azaltır.
- Kan basıncını düzenler.
- Total kolestorel seviyesini düşürür.
- Kardiyovasküler risk faktörlerini azaltır (Ustaalioğlu, 2015).

2.6.3 Medikal tedavi

2.6.3.1 Oral antidiyabetikler

Diyet uygulayarak ve egzersizle tedavi edemediğimiz tip 2 diyabet hastalarına antidiyabetik başlanır.

Bu ilaçlar pankreastan insülin salınımını artırmak suretiyle etki gösterir ya da glikozun periferik dokular tarafından kullanımını artırır.

Sülfonilüreler, biguanidler, alfa glukozidaz inhibitörleri, tiazolidindion deriveleri oral antidiyabetik ilaçlardır (Temel Hipofiz Çalışma Grubu, 2020).

2.6.3.2 İnsülinler ve çeşitleri

Tip 1 diyabetli kişilerde pankreasın hücre gruplarının insülin üretme kabiliyeti kalmamıştır. Bu sebeple uzun sürecek olan insülin takviyesi gerekmektedir..

Tip 2 diyabetli kişilerde ise diyet uygulayarak ve oral ilaç kullanımıyla kontrol altına alınamayan, kan şekeri düzeyini düzeltmek için kullanılır. Fakat kısa ve hızlı etki eden insülinler acil durumlarda im ve iv olarak uygulanabilir (Temel Hipofiz Çalışma Grubu, 2020).

Orta ve uzun etkili insülinler intravenöz kullanımı için kontraendikedir.

Kısa vadeli insülinler;

- Görünümleri berraktır.
- Etkileri çabuk başlar, sınırlı sürede etkilidirler.
- Etkisi yarım saat – 1 saat aralığında başlamaktadır.
- 3 – 4 saat geçtikten sonra en yüksek etkiyi sağlar.
- Etki etme süresi 6 – 8 saat kadardır.

Humilin R ve actrapid kısa etkili insülin çeşitleridir. Kalem kartuşları (perfili) vardır.

Etkisi hızlı (analog) insülinler (lispro ve aspart);

- Görünümleri duru bir şekildedir
- 15 dakikada etki etmeye başlar.
- Enjekte edildikten 1 saat sonra en yüksek etkiyi gösterir.
- Etki etme süresi 3 – 5 saattir.

Humalog ve Novarapid hızlı etkiliye örnektir (Ustaalioğlu, 2015).

Orta etkili insülinler;

Kısa etkililere göre etkileri daha geç ortaya çıkar ve daha uzunca sürer.

- Görünüm duru değildir.
- Etki 2 saat içinde oluşur.
- Enjekte edilmesinden 8 – 10 saat geçince en yüksek etkiyi göstermektedir.
- Etki etme süresi 16 – 18 saati bulur.

Humilin N ve insülatardlar örnektir. Kalem kartuşları vardır (Ustaalioğlu, 2015).

Miks karışım insülinler;

Kısa ve uzun insülinlerin belli bir oranda karıştırılması sonucu oluşan insülinlerdir. HumilinM, Humalog Miks 25, Novamix 30 bunlara örnektir (Ustaalioğlu, 2015).

Uzun vadede etkili insülinler;

- Görünümleri berraktır.
- Etkisi 1 -2 saat aralığında görülür
- Kanın içinde sürekli olarak aynı düzeyde bulunmaktadır
- Etkili olma süresi 24 saattir (Temel Hipofiz Çalışma Grubu,2020).

İnsülin tedavisinin komplikasyonları;

- Hipoglisemi
- Kilo artışı
- Ödem
- Alerji
- Lipoatrofi
- Lipohipertrofi
- Kanama, sızma, ağrı.
- Hiperinsülinemi (Temel Hipofiz Çalışma Grubu, 2020).

İnsülinin saklanma koşulları;

İnsülinler 2 – 8 santigrat derece aralığında, buzdolabının içinde saklanabilirler. Açılımı yapıldıktan sonra 3 ay süreyle buzdolabında kalabilir. İnsülinlerin kalem şeklinde olanları oda sıcaklığında 3 hafta, buzdolabında 3 ay süresince korunaklı bir şekilde kalabilir. Araç ya da uçakların bagaj kısımlarına koyulmamalıdır. Isısı yükselmiş yerlerde tutulmamalıdır. Renk değişimi, kristalleşme ve partikülleşme varsa kullanılmaz (Ustaalioglu, 2015).

İnsülin yapılan bölgeler;

- Karın bölgesi
- Uyluğun ön latereli
- Üst kol

En hızlı emilim karın bölgesindedir daha sonra kol ve bacaklarda ve en son uyluktadır. Lipohipertrofiyi önlemek için hep aynı bölgeden yapmamak önemlidir. Çünkü lipohipertrofi insülin emilimini bozar (Ustaalioglu, 2015).

2.7 Bireysel Kan Şekeri Takibi

Hastanın kendiliğinden glisemi takibi, glikozüri ve keton takibi yapılabilmesi önemlidir. Bunun faydaları;

- Daha ucuz ve kolay yoldan glisemi kontrolü sağlanır.
- Hipo ve hiperglisemi çabuk tespit edilir böylece gereken önlemler alınmış olur.
- Komplikasyon oluşumunda çabuk tanı koyulması ve önlem alınması için önemlidir.
- Kişiye özgür ve güven içinde bir hayat sağlar.
- Glisemik kontrolün daha iyi seviyede olmasını sağlar, hastane yatış oranları azalır (Ustaalioglu, 2015).

2.8 Diyabet Eğitimi

Amaçları;

- Hastanın kendini daha iyi hissetmesi sağlanır.

- Tedavi giderleri azalır.
- Tedavi hatalarının önüne geçilmiş olur.
- Gelişebilecek komplikasyonların önüne geçilir.
- Hastanın yeni çıkan bilgi ve deneyimlerden haberdar olması sağlanır.
- Hastanın öz bakım uygulamalarına katkıda bulunulur (Ustaalioglu, 2015).

2.8.1 Diyabet eğitiminde hemşirenin işlevi

- Eğitim programlarının içeriklerini oluşturmak ve eğitime dair materyal geliştirmek.
- Birinci basamakta bulunan tedavi hizmetleri ile hastaları bulundukları yerde ziyaret etmek ve toplum sağlığı hizmetlerini entegre etmek.
- Kişisel ve grup eğitimleri düzenlemek, uygulamak ve değerlendirmek.
- Diyabetli kişilerle iletişim halinde olan meslek gruplarına eğitim vermek.
- Araştırmaya dayanan klinik uygulamalarda rol almak.
- Bağımsız araştırmalar yapmak.
- Eğitim programlarının geliştirilmesi için çalışmak (Ustaalioglu, 2015).

2.8.2 Diyabetli hastanın tedaviye uyumunda hemşirenin işlevi

Hemşire hastaya verdiği eğitimlerle hastaya;

- Sağlığının önemli bir unsur olduğunu
- Bir hastalığa sahip olduğunu
- Hastalığın yaşam boyu süreceğini ve önemli olduğunu
- Hastalıktan kaynaklanan şikayetlerin, risklerin ve yaşam kalitesinin tedavi sürecine güzel uyduğu takdirde olumlu yönde etkileneceği
- Tedavinin etkililiği için hastanın bilgi ve katılımının gerekli olduğunu
- Doğru bilgi, davranış ve uygulamalarla yaşam süresinin kısalmadığını
- Doğru ve etkin bilgi sayesinde hastalığı ile dost olabileceği anlatılmalı ve kabullenmesi sağlanmalıdır (Ustaalioglu, 2015).

2.9 Yaşlılıkta Diyabet Yönetimi

Yaşlılık; yavaş seyirli ve geriye dönüşsüz olarak insan organizmasında meydana gelen değişiklikleri tanımlayan bir kavramdır. Yaşam süresinin artmasıyla kronik hastalıkların yayılımı da artmıştır (Tekin ve Kara, 2016).

Diabetes mellitus kronik hastalıkların başında gelmekte olup, toplumda tüm yaş gruplarında görülebilmektedir. Komplikasyonlarla seyreder, iyi tedavi edilmediği takdirde organ hasarlarına sebep olabilen, kaliteli yaşamı önemli ölçüde düşüren, tedavisi ve maliyeti fazla olan kronik seyirli bir hastalıktır (Tekin ve Kara, 2016).

Yaşın artması ile ilgili bir rahatsızlık olduğu kabul görür. Dm hem dünyada hem de ülkemizde büyük bir halk sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Gedik, 2006).

Diyabetik hastalarda altmışbeş yaş üstü hastalar, tüm diyabetik hastaların %40'ını kapsamaktadır. Aynı zamanda geriatric yaş grubunun %20'sinde bozuk glikoz toleransı mevcuttur. Bunun dışında yaşlı nüfusun %10 kadarında henüz tanı konulmamış dm mevcuttur. Hem yaşlı hem de diyabet hastası olan bireyler yaşlı olmayan diyabet hastalarının 5 katıdır (Coşansu, 2002).

Diyabet hastalığı zamanında ve iyi bir şekilde tedavi edilmezse tüm sistemlerde bozukluğa sebep olabilmektedir. Geriatric hastalarda yaşlanmaya bağlı fizyolojik ve komorbid durumlar kronik hastalıkların yönetimini oldukça güçleştirmektedir (Coşansu, 2002).

Diabetes mellitus hastalığı yaşlanmış bireylerde hastalık ve ölümlerin en önem arz eden sebepleri arasında gösterilmektedir (Sivrikaya, 2019).

Yaşlanma ile glikoz toleransı giderek bozulur ve bu da yatkınlığı olan kişilerde dm gelişmesine neden olmaktadır. Yaşlılarda dm'ye yatkınlığa sebep olan birçok sebep vardır.

Bunlar; genetik yatkınlık, yaşlılığa bağlı insülin salgısında azalma, insüline karşı yaşla direnç kazanma, yağ dokusunda meydana gelen artış, fiziksel aktivitede

meydana gelen azalma gösterilebilmektedir. Fiziksel aktivitenin azalmasına yaşlılıktaki kronik hastalıklar sebep olmaktadır (Sivrikaya, 2019).

Geriatrik diyabet hastalarının %90'ı tip2 diyabet hastasıdır. Bu hastalarda diyabetin komplikasyonlarının engellenmesi ve glisemik kontrolün sağlanabilmesi için her hasta kişisel olarak ele alınmalı. Eğitim, beslenme ve egzersiz tedavisi kişiye özel planlanmalı ve uygulanmalıdır. Yaşlı diyabetik hastaların bakım yönetiminin temel amacı, kaliteli ve sağlıklı yaşamlarını sürdürmelerini sağlamaktır (Sivrikaya, 2019).

2.10 Glisemik Kontrol

Yaşlı bireylerde de yetişkin diyabet hastalarında olduğu gibi HbA1c değerinin <%7 civarında olması beklenmektedir. Yaşlı bireylerde hba1c yi belirlemede baza alınan temel kriter yaşlı bireyin fonksiyonel durumudur. Fonksiyonel bağımsızlığın azalması ve kaybolması, yaşam beklentisinin kısalması durumunda sıkı bir metobolik kontrol önerilmemektedir. Bu tür yaşlı diyabet hastalarında hipoglisemi riski artmaktadır (Coşansu, 2002).

Bu bağlamda bu hastalara yaşam beklentisi ve fonksiyonel durum göz önüne alınarak glisemik amaçlar belirlenmektedir.

- • Hayatta kalma beklentisi >15 sene ve hasta tam bağımsız ise <%7
- • Hayatta kalma beklentisi 5-15 sene ve bağımlı ise %7,1-8
- • Hayatta kalma beklentisi <5 yıl majör bağımlı,demans %7,1-8,5 şeklinde belirlenmiştir (Gedik, 2006).

2.11 Beslenme

Yaşlı diyabet hastalarında bireysel ve çevresel faktörler kişiye özgü değerlendirilmeli ve diyet tedavisi ona göre planlanmalıdır. Yaşlı diyabet hastaları yaşlılığın getirdiği tat alma ve koku hissinde azalma, bilişsel yetilerde ve fonksiyonel faaliyetlerde geriye gitme sebebiyle tıbbi beslenmeyi efektif uygulama noktasında eksik kalabilmektedir (Coşansu, 2002).

Yaşlılarda enerji gereksinimi gençlere oranla %20-30 düşmektedir. Yetişkin diyabet hastaları için uygulanan karbonhidrat, yağ düzeyi ve protein düzeyi yaşlı diyabetikler için uygunluk göstermeyebilir. Bu değerlendirmelerin yaşlı bireyler için daha dikkatli yapılması gerekir (Sivrikaya, 2019).

Tip1 ve tip2 diyabetli yaşlılar için ana ve ara öğün saatleri düzenli olmalı ve atlanmamalıdır. Ara öğünler kişiye özel hazırlanmalıdır. Tedavi planlanırken uygun olan gıda tercihi konusunda eğitim hem yaşlı bireye, hemde yakınına verilmelidir (Sivrikaya, 2019).

2.12 Egzersiz Ve Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, yaşlı diyabetik hastalar için tedavide önemli bir yer teşkil etmektedir. Bir çok yaşlı diyabet hastası için farmakolojik tedavi olmaksızın glisemik kontrolün sağlanmasında etkili olur (Coşansu, 2002).

Yaşlı bireylerde birçok kronik hastalık varlığı fiziksel aktiviteler için engel teşkil etmektedir. Bunları kardiyovasküler hastalıklar, duyma ve görmeye yönelik kısıtlamalar, artrit, hipoglisemi riski, parkinson olarak örneklendirmek mümkündür (Sivrikaya, 2019).

Düşme ya da yaralanma riski olan hastalarda fiziksel egzersiz önerilmez (Gedik, 2006).

Yürüyüş birçok yaşlı birey için etkin ve güvenilir bir egzersiz çeşididir. Yaşlı bireylerde egzersiz programı 3 kez 30-45 dakikaya ulaşınca kadar yavaş yavaş artırılmalıdır. Fiziksel aktivite öncesi ve sonrasında mutlaka kan şekeri ölçümü yapılmalıdır (Sivrikaya, 2019).

2.13 Tedaviye Uyum Ve Uyumsuzluk Kavramları

Tedavinin başarısı ve dolaylı yoldan sağlık harcamaları noktasında önemli etkisiyle bir çok klinik araştırmanın odağında yer almıştır. 50 seneden uzun bir süredir önemli birçok makalenin konusu olarak rabet görmüştür (Vermeire ve diğerleri, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 yılında yaptığı uyum bahisli toplantısında 'hastanın tıbbi talimatlara itaat göstermesi' olarak kabul görmüştür (Sobate, 2001).

Fakat bu tanımda olduğu gibi talimatlara itaat, hastaya tedavide pasif bir rol biçmekte, hasta merkezli yaklaşımlarla uyumamaktadır. Çünkü sağlık hizmeti sunan kişi ve hasta arasında itaat eden, emir veren bir ilişkiden öte ortaklık mevcut olmalıdır. Sağlık hizmetini sunan kişi ilk olarak hastayı aydınlatmalı, yapılacaklarla ilgili farklı seçenekler sunmalı ve seçim hakkını hastaya bırakmalıdır. Bu yaklaşımlara göre Dünya Sağlık Örgütü'nün raporunda uyum ve hastanın ilaç kullanımı; diyet ve yaşam tarzı değişikliklerine dair davranışlarının, kendisine sağlık hizmeti veren kişinin "üzerinde uzlaştıkları" önerileriyle ne kadar örtüştüğüdür şeklinde tanımlanmıştır (Wong ve diğerleri, 2014).

Uyumsuzluk ya da azalmış uyum ise kronik hastalıklarda sağlık harcamalarının katlanarak artmasıyla sonuçlanan bir halk sağlığı problemi olarak ele alınmaktadır (Vermeire ve diğerleri, 2001).

Uyumsuzluk; tedavi başarısızlığı, hastalığın alevlenmesi, komplikasyonların gelişmesi veya ölümle sonuçlanabilir (Vermeire ve diğerleri, 2001).

Her hastanın tedaviye uyumsuzluğu farklı olabilmektedir. Tedaviye uyumsuzluk kısmen ya da tamamen olabilir. Aralıklı veya sürekli uyumsuzluk gösterilebilmektedir. Uyumsuzluklar; bir veya daha fazla ilacın unutarak dozunun atlanması, unutkanlık dışı bir sebeple istemsiz olarak bir ya da daha fazla ilacın dozunu alamamak, isteyerek doz atlamak ya da tedaviyi tamamen bırakmak olarak ortaya çıkabilir (Vermeire ve diğerleri, 2001).

2.14 Akılcı İlaç Kullanımı Ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütüne göre akılcı ilaç kullanımı 'Bireylerin klinik bulgularına ve kişisel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda, en az maliyetle ve kolayca ulaşabilmeleri' şeklinde tanımlanmıştır (Wong ve diğerleri, 2014).

Akılcı ilaç kullanımının başlangıcı, ilacın doğru şekilde ve uygun koşullarda üretimidir. Diğer basamaklar ise uygun tanı konulması, tedavi amaçlarının saptanması, tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi, doğru tedavinin seçimi ve prognozun

belirlenmesi şeklindedir. Bu aşamalar tedavi sürecinde reçetenin doğru yazılması, takibi ve ilacın uygun şekilde imhası ile son bulur (Mollaoğlu, Özkan ve Kars, 2011).

Sağlıkta ilaç kullanımı, son dönemlerde tıpta meydana gelen yeni gelişmeler sonucunda ve kişilerin daha kolay sağlık hizmeti alabilmesi neticesinde ciddi anlamda artışa sebep olmuştur (Alp ve diğerleri, 2018).

Ülkemizdeki sağlık giderleri içinde ilaç harcamaları ciddi paya sahip durumdadır ve bu sayı git gide artış göstermektedir.

TÜİK verilerine göre ilaç harcamaları sağlık harcamalarının 2017 yılında %93,1 iken 2018’de bu sayı %93,8’e çıkmıştır (TÜİK, 2019).

İlaç Endüstri ve İşverenler Sendikasının verilerine göre 2018 yılında 2.30 milyar kutu olan ilaç tüketimi, 2019 yılında 2.37 milyar kutuya yükselmiştir (İlaç Endüstri İş Verenler Sendikası, 2020).

İlaç tüketimindeki bu artış ve uygun şekilde kullanılmayan ilaçlar bir çok sorunu da beraberinde getirmiştir.

Bu problemler; farklı ilaçların etkileşimi neticesinde yan etki riskinin yükselmesi, ilaç tedavi etkinliğinin düşmesi neticesinde hastalık ve ölüm oranlarının artması, kaynakların yanlış kullanılmasıyla alakalı ekonomik zararların oluşmasına bağlı temel ilaçlara ulaşımın zorlaşması ve tedavi masraflarının artması olarak sayılabilmektedir.

Bunun yanısıra ihtiyaç dışında ilaç tüketmek, hastaların ilaçlara karşı bağımlı hale gelmesi gibi psikososyal sorunlarda ortaya çıkarabilmektedir (Sürkelioğlu ve diğerleri, 2015).

Bu sebeple hem bilinçli, hem de doğru şekilde ilaç kullanımı toplum sağlığı ve ülke ekonomisi açısından ciddi önem arz etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

2.15 Sağlık İnanç Modeli

Sağlık inanaç modeli; bireyin inanç ve tutumları arasındaki ilişkiyi ve kişisel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına kişisel motivasyonun etkisini açıklar.

Sağlık inançları bireylerin sağlıklarına yönelik fiilleri gerçekleştirmeye ya da gerçekleştirmemeye nelerin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan halleri tanımlamaktadır (Çiçek, 2012).

Sağlık inanç modeli;

- Kişilerin hastalıklardan korunmak için yapacağı davranışın nelerle şekillenip, nelerden etkilendiğinin belirlenmesinde,
- Kişilerin sağlık inançları ve sağlık davranışları arasındaki bağlantının açıklanmasında,
- Sağlık davranışları hakkında kişisel kararlar alınırken, kişisel motivasyonun bu kararları etkileme seviyesinin belirlenmesinde,
- Genellikle, sağlık davranışlarının uygulanmasında etkisi olan durumların tanımlanmasında kullanılır (Çiçek, 2012).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü

Diyabetli yaşlıların ilaç tedavisine uyumu, ilaç kullanımına ilişkin sağlık inançları ve akılcı ilaç kullanım düzeylerinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmış, tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Ilgaz (1,2,3,4) nolu aile sağlığı merkezlerine kayıtlı köylerde yaşayan 65 yaş ve üzeri, iletişim kurabilen, diyabet tanısı almış ve antidiyabetik ilaç kullanan yaşlılarla yapılmıştır. Bu araştırma Mayıs 2023- Aralık 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Evreni Mayıs 2023-Aralık 2023 tarihlerinde Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Ilgaz (1,2,3,4) nolu aile sağlığı merkezlerine kayıtlı köylerde yaşayan 65 yaş ve üzeri, iletişim kurabilen, diyabet tanısı almış ve antidiyabetik ilaç kullanan yaşlılar oluşturmuştur. Örneklemi ise Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Ilgaz (1,2,3,4) nolu aile sağlığı merkezlerine kayıtlı, köylerde yaşayan 65 yaş ve üzeri, iletişim kurabilen, diyabet tanısı almış ve antidiyabetik ilaç kullanan 300 yaşlı oluşturmuştur.

Dahil edilme kriteri:

- Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Ilgaz (1,2,3,4) nolu aile sağlığı merkezlerine kayıtlı köylerde yaşayan
- 65 yaş ve üzeri
- İletişim kurabilen
- Tip 2 dM tanısı almış
- Antidiyabetik ilaç kullanan

Dışlama kriteri:

- Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Ilgaz (1,2,3,4) nolu aile sağlığı merkezlerine kayıtlı köylerde yaşamayan
- 65 yaş altı
- İletişim kuramayan
- Tip 2 dM tanısı olmayan
- Antidiyabetik ilaç kullanmayan

3.4 Veri Toplama Araçları

Dm'li yaşlıların sosyodemografik ve hastalığına yönelik soru formu, ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği, ilaç uyumunu bildirim ölçeği, ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği, akılcı ilaç kullanımı ölçeği kullanılmıştır.

Veri toplamada yüz yüze veri toplama tekniği kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (Ek 2-3)

Sosyodemografik özellikler formu 8 maddeden, hastalığına ilişkin soru formu 18 maddeden oluşmaktadır (Tan, 2004).

İlaçUyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (Ek 4)

İlaç uyum ve reçete yazdırma ölçeği uyarlama tipi bir ölçektir. 2017 yılında Duygu Kes ve Feray Gökdoğan tarafından uyarlanmıştır. Geçerliliği ve güvenilirliği olan bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin, kronik hastaların ilaç tedavisine uyumunu ve reçete doldurmadaki yeterliliğini hızlı, kolay ve doğru bir şekilde değerlendirmesini sağlamaktadır (Gökdoğan ve Kes, 2017).

Sadece ölçekteki 7. madde; Hiçbir zaman (4), Bazen (3), Çoğunlukla (2) ve Her zaman (1) şeklinde ters olarak puanlanmıştır. Toplam ölçek puanları bulunur. Düşük puanlar daha iyi uyumu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 7-28 arasında değişmektedir. İlaç uyum alt boyutundan alınabilecek puan 4-16; reçete yazdırma alt boyutundan alınabilecek puan 3-12 arasında değişmektedir (Gökdoğan ve Kes, 2017). Cronbach α katsayısı 0,75 bulunmuştur. Bizde bu değer 0,847 olarak bulunmuştur.

İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (Ek 5)

İlaç uyumunu bildirim ölçeği; medikal tedavideki ilaç uyumunu kısa ve doğru bir şekilde değerlendirmek maksadıyla geliştirilmiş olan bir öz bildirim ölçeğidir. Uyarlama tipi bir ölçek çeşididir. 2019 yılında Esin Temeloğlu Şen, Dilşad Sindel ve Özlem Sertel Berk tarafından uyarlanmıştır. Ölçekte 5’li likert (1=çok sık-5=Hiçbirzaman) derecelendirme kullanılmıştır. Ölçekten alınacak puanlar 5 ila 25 aralığında olabilmektedir. Puanlardan elde edilen yükseklik uyumluluğu, puanlardaki düşüklük ise uyumsuzluğu göstermektedir.

Cronbach α katsayısı 0,85 bulunmuştur. Bizde bu değer 0,960 olarak bulunmuştur.

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği (Ek 6)

Uyarlama tarzı bir ölçek çeşididir. 2012 yılında Zeynep Çiçek tarafından uyarlanmıştır. 6 alt boyut ve 35 maddeden oluşmaktadır. 5’li likert (1=kesin katılmıyorum - 5=kesinlikle katılıyorum) derecelendirmesi kullanılmıştır. Ölçekte 23, 24, 25, 26, 27. ve 28. maddeler negatif olarak değerlendirilir ve puanlama tersine döner. Ölçekten edinilebilecek en düşük puan 59, en yüksek puan 151’dir. Puanlardaki yükseklik, bilinçli ve reçeteli ilaç kullanmaya yönelik sağlık inancının yüksekliğini gösterir.

Cronbach α katsayısı 0.91 bulunmuş, bizde ki cronbach α katsayısı değeri 0,956 olarak bulunmuştur.

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (Ek 7)

Güvenilirlik ve geçerliliği test edilmiş olan ölçek, kronik hastalığa sahip ve devamlı ilaç kullanan yetişkin bireylerin akılcı ilaç kullanım düzeylerini ölçmekte ve toplamda 36 maddeden oluşmaktadır. Üç’ lü likert tipi biçiminde olan ölçekteki maddelerin puanlaması olumlu maddeler için hiçbir zaman 0, bazen 1 ve her zaman 2; olumsuz maddeler (13, 14, 17, 18, 19, 20, 21 ve 24. maddeler) için hiçbir zaman 2, bazen 1 ve her zaman 0 olacak şekilde hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-72 aralığında değişmektedir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe akılcı ilaç

kullanım düzeyi de yükselmektedir. 2021 yılında Sezgi Çınar Pakyüz ve Vahide Çakmak tarafından uyarlanmıştır (Çakmak ve Pakyüz, 2020).

Akılcı ilaç kullanımı ölçeği cronbach α katsayısı 0.85 bulunmuştur. Bizde bu değer 0,889 olarak bulunmuştur.



4. BULGULAR

Tablo 4.1: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler		n	%
Kayıtlı olunan Aile Sağlık Merkezi	1 nolu	52	17.3
	2 nolu	105	35.0
	3 nolu	84	28.0
	4 nolu	59	19.7
Yaş	65-69	163	54.3
	70-74	93	31.0
	80 ve üzeri	44	14.7
Cinsiyet	Kadın	198	66.0
	Erkek	102	34.0
Eğitim durumu	Okuryazar değil	26	8.7
	Okuryazar	38	12.7
	İlkokul	204	68.0
	Ortaokul	10	3.3
	Lise	22	7.3
Medeni durum	Evli	232	77.3
	Bekâr	68	22.7
Sosyal güvence varlığı	Var	295	98.3
	Yok	5	1.7
Ekonomik durumunu değerlendirmesi	Gelirim giderimden fazla	0	0.0
	Gelirim giderime eşit	293	97.7
	Gelirim giderimden düşük	7	2.3
Beraber yaşadığı kişiler	Tek yaşıyor	47	15.7
	Eşi ve çocukları	234	78
	Akrabaları	7	2.3
	Diğer	12	4.0
Toplam		300	100.0

Araştırmamıza dahil olan kişilerin sosyo-demografik özelliklerine yönelik dağılım tabloda verilmiştir. Kişilerin kayıtlı oldukları Aile Sağlık Merkezlerine göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %17.3'ünün 1 nolu, %35'inin 2 nolu, %28'inin 3 nolu ve %19.7'sinin 4 nolu olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaş ile ilgili dağılımı incelendiğinde %54.3'ünün 65-69 yaş, %31'inin 70-74 yaş, %14.7'sinin 80 ve yukarısında olduğunu görmekteyiz. Katılan

kişilerin cinsiyet ile alakalı dağılımına bakıldığında %66'sının bayan, %34'ünün erkek olduğunu görmekteyiz.

Katılan kişilerin eğitim durumu ile ilgili dağılımı incelendiğinde %8.7'sinin okur yazar değil, %12.7'sinin okur yazar, %68 kadarının ilkokul, %3.3 kadarının ortaokul, %7.3 kadarının lise cevabını verdiği görülmektedir. Katılımcıların medeni durum ile ilgili dağılımına bakıldığında %77.3 kadarının evli, %22.7 kadarının bekar olduğu sonucuna varılmıştır.

Katılan kişilerin sosyal güvence varlığı ile ilgili dağılım incelendiğinde %98.3'ünün var, %1.7'sinin yok cevabı verdiği görülmektedir. Katılımcıların ekonomik durumunu değerlendirilmesi ile ilgili dağılımı incelendiğinde %97.7'sinin gelirim giderime eşit, %2.3'ünün gelirim giderimden düşük şeklinde yanıt verdiğini görmekteyiz.

Katılan kişilerin beraber yaşadığı kişiler ile alakalı dağılımına bakıldığında %15.7'sinin tek yaşıyor, %78'inin eşi ve çocukları, %2.3'ünün akrabaları, %4'ünün ise diğer cevabı verdiği görülmektedir.

Tablo 4.2: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler		n	%
Ailede diyabet hastası varlığı	Evet	255	85.0
	Hayır	45	15.0
Diyabet hastalığı süresi	Bir yıldan az	12	4.0
	Bir-beş yıl	26	8.7
	Altı-on yıl	103	34.3
	11 yıl ve üzeri	159	53.0
	Sadece diyet	0	0.0
Diyabet tedavisi biçimi	Diyet ve oral antidiyabetik	204	68.0
	Diyet ve insülin	1	0.3
	Diyet, oral antidiyabetik ve insülin	95	31.7
İnsülini kendi uygulayıp uygulamadığı	Evet	74	24.7
	Hayır	226	75.3
Önerilen tedaviye uyumu	Çok iyi	182	60.7
	İyi	108	36.0
	Kötü	10	3.3
	Çok kötü	0	0.0
Kan şekeri ölçümü yapma durumu	Evet	220	73.3
	Hayır	80	26.7
	Her gün	5	1.7

Kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığı	Haftada bir kez	86	28.7
	Düzensiz	209	69.7
Egzersiz yapma durumu	Evet	243	81
	Hayır	57	19
Egzersiz yapılan süre sıklığı	Her gün düzenli yaparım	59	19.7
	Haftada birkaç gün yaparım	92	30.7
	Ayda birkaç kez	15	5.0
	Düzensiz	119	39.7
	Diğer	15	5.0
Hekim kontrolüne gitme durumu	Evet	249	83.0
	Hayır	51	17.0
Diyabete yönelik bir eğitim programına katılma durumu	Evet	10	3.3
	Hayır	290	96.7
Diyabetle ilgili daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacınız olduğunu düşünme durumu	Evet	148	49.3
	Hayır	152	50.7
Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgi olma durumu	Evet	221	73.7
	Hayır	79	26.3
Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşama durumu	Evet	69	23.0
	Hayır	231	77.0
Bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşama durumu	Evet	189	63.0
	Hayır	111	37.0
Bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşama durumu	Evet	69	23.0
	Hayır	231	77.0
Diyabet haricinde başka kronik hastalığının olma durumu	Evet	265	88.3
	Hayır	35	11.7
Diyabet sebebiyle hastaneye yatma durumu	Evet	40	13.3
	Hayır	260	86.7
Toplam		300	100.0

Katılımcıların hastalığa ilişkin özelliklere göre dağılımı tabloda verilmiştir. Katılımcıların ailede diyabet hastası varlığı ile ilgili dağılımı incelendiğinde %85'inin evet, %15'inin hayır cevabı verdiği görülmektedir.

Katılımcıların diyabet hastalığı süresi ile ilgili dağılımı incelendiğinde %4 kadarının bir yıldan düşük, %8.7 kadarının bir-beş yıl arası, %34.3 kadarının altı-on yıl, %53 kadarının 11 yıl ve üzeri olduğu görülmektedir. Katılımcıların diyabet tedavisi biçimi ile ilgili dağılımı incelendiğinde %68'inin diyet yaparak ve oral antidiyabetik kullanarak, %0.3'ünün diyet yaparak ve insülin uygulayarak, %31.7'sinin diyet yaparak, oral antidiyabetik alarak ve insülin uygulayarak cevabı verdiği görülmektedir.

Katılımcıların insülini kendi uygulayıp uygulamadığı ile ilgili dağılımı incelendiğinde %24.7'sinin olumlu, %75.3'ünün olumsuz yanıt verdiği görülmüştür. Katılan kişilerin önerilen tedaviye uyumu ile ilgili dağılım incelendiğinde %60.7'sinin çok iyi, %36'sının iyi, %3.3'ünün kötü olduğu görülmektedir.

Katılımcıların kan şekeri ölçümü yapma durumu ile ilgili dağılıma bakıldığında %73.3'ünün olumlu, %26.7'sinin olumsuz yanıt verdiği sonucu çıkmıştır. Katılımcıların kan şekeri ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığı ile ilgili dağılımı incelendiğinde %1.7'sinin her gün, %28.7'sinin haftada bir kez, %69.7'sinin düzensiz cevabı verdiği görülmektedir.

Katılımcıların egzersiz yapma durumu ile ilgili dağılım incelendiğinde %81'inin evet, %19'unun hayır cevabı verdiği görülmektedir. Katılımcıların egzersiz yapma süre sıklığı ile ilgili dağılım incelendiğinde %19.7'sinin her gün düzenli yaparım, %30.7'sinin haftada birkaç gün yaparım, %5'inin ayda birkaç kez, %39.7'sinin düzensiz, %5'inin diğer cevabı verdiği görülmüştür.

Katılımcıların hekim kontrolüne gitme durumu ile ilgili dağılım incelendiğinde %83'ünün olumlu, %17'sinin olumsuz yanıt verdiği görülmüştür.

Katılımcıların diyabete yönelik bir eğitim programına katılma durumu ile ilgili dağılım incelendiğinde %3.3'ünün evet, %96.7'sinin hayır cevabı verdiği görülmüştür.

Katılımcıların diyabetle ilgili daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacınız olduğunu düşünme durumu ile ilgili dağılım incelendiğinde %83'ünün olumlu, %17'sinin olumsuz yanıt verdiği görülmüştür. Katılımcıların diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgi olma durumu ile ilgili dağılım incelendiğinde %73.7'sinin olumlu, %26.3'ünün olumsuz yanıt verdiği görülmüştür.

Katılan kişilerin bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşama durumu ile ilgili dağılım incelendiğinde %23'ünün evet, %77'sinin hayır cevabı verdiği görülmüştür. Katılımcıların bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşama durumu ile ilgili dağılım incelendiğinde %63'ünün evet, %37'sinin hayır cevabı verdiği Katılımcıların görülmüştür.

Katılımcıların bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşama durumu ile ilgili dağılım incelendiğinde %23'ünün evet, %77'sinin hayır Katılımcıların cevabı verdiği görülmüştür.

Katılımcıların diyabet haricinde başka kronik hastalığının olma durumu ile ilgili dağılım incelendiğinde %88.3'ünün evet, katılımcıların %11.7'sinin hayır cevabı verdiği görülmüştür. Katılımcıların diyabet sebebiyle hastaneye yatma durumu ile ilgili dağılım incelendiğinde %13.3'ünün olumlu, %86.7'sinin olumsuz yanıt verdiği görülmüştür.

Tablo 4.3: Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Cronbach's Alpha
İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği	0.847
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	0.960
Duyarlılık Algısı Boyutu	0.967
Önemseme/Ciddiyet Algısı Boyutu	0.980
Sağlık Motivasyonu Boyutu	0.700
Yarar Algısı Boyutu	0.984
Engel Algısı Boyutu	0.983
Öz-Etkililik Boyutu	0.990
İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği	0.956
Davranışsal İnançlar Boyutu	0.924
Kontrol İnançları Boyutu	0.665
Tutum Boyutu	0.840
Subjektif Norm Boyutu	0.988
Niyet Boyutu	0.467
Bilgi Boyutu	0.863
Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	0.889

Araştırmamızda kullandığımız ölçeğin güvenirlik analizi neticeleri Tabloda sunulmuştur. Cronbach Alfa değerlerinin 0.50'den yüksek bulunması, ölçeğin güvenilir olduğunu bize göstermektedir. Öyle ki buda çalışmamızda kullanılan ölçeğin içsel tutarlılıklarının iyi olduğu sonucunu bize vermektedir. (Özdamar K., (2015)).

Tablo 4.4 : Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Kolmogorov-Smirnov		Durum
	İstatistik	p	
İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği	0.338	0.000	Normal değil
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	0.303	0.000	Normal değil
Duyarlılık Algısı Boyutu	0.455	0.000	Normal değil
Önemseme/Ciddiyet Algısı Boyutu	0.418	0.000	Normal değil
Sağlık Motivasyonu Boyutu	0.138	0.000	Normal değil
Yarar Algısı Boyutu	0.514	0.000	Normal değil
Engel Algısı Boyutu	0.488	0.000	Normal değil
Öz-Etkililik Boyutu	0.503	0.000	Normal değil
İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği	0.313	0.000	Normal değil
Davranışsal İnançlar Boyutu	0.401	0.000	Normal değil
Kontrol İnançları Boyutu	0.238	0.000	Normal değil
Tutum Boyutu	0.240	0.000	Normal değil
Subjektif Norm Boyutu	0.536	0.000	Normal değil
Niyet Boyutu	0.356	0.000	Normal değil
Bilgi Boyutu	0.313	0.000	Normal değil
Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	0.188	0.000	Normal değil

Araştırmamızda yer alan değişkenlerin normallik analizi neticeleri Tabloda gösterilmiştir. Değişkenlerin Kolmogrov-Smirnov testinde p değerinin 0.05'ten küçük olması normal dağılmadığını, büyük olması ise normal dağıldığını göstermektedir.

Tablo 4.5: Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri

Ölçek ve Boyutları	Min	Maks	Ort	SS
İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği	7.00	16.00	8.61	2.79
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	8.00	25.00	22.04	4.12
Duyarlılık Algısı Boyutu	6.00	30.00	28.71	3.39
Önemseme/Ciddiyet Algısı Boyutu	6.00	30.00	28.45	3.88
Sağlık Motivasyonu Boyutu	10.00	30.00	23.75	3.83
Yarar Algısı Boyutu	9.00	20.00	19.65	1.30
Engel Algısı Boyutu	9.00	30.00	28.89	2.67
Öz-Etkililik Boyutu	17.00	35.00	33.78	3.02
İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği	69.00	175.00	163.24	14.11
Davranışsal İnançlar Boyutu	0.00	18.00	17.00	2.25
Kontrol İnançları Boyutu	6.00	14.00	12.46	1.83
Tutum Boyutu	0.00	10.00	6.38	2.27
Subjektif Norm Boyutu	2.00	4.00	3.85	0.52
Niyet Boyutu	5.00	10.00	9.28	1.08
Bilgi Boyutu	8.00	16.00	14.93	1.97
Akılci İlaç Kullanımı Ölçeği	36.00	72.00	63.90	6.71

Araştırmamızda kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistiki neticeleri Tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.6: Araştırmada kullanılan ölçeklerin arasındaki ilişki

Ölçek ve Boyutları		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1- İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği	r	1.000	-	-	-	-0.073	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.015	-0.006	-
	p		.364**	.302**	.325**	0.204	.413**	.481**	.494**	.217**	.208**	.527**	.276**	.157**	0.793	0.913	.376**
2- İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	r		1.000	.332**	.383**	.209**	.247**	.473**	.503**	.324**	.560**	.440**	.243**	.177**	.158**	.415**	.463**
	p			0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.002	0.006	0.000	0.000
3- Duyarlılık Algısı Boyutu	r			1.000	.659**	.258**	.568**	.647**	.676**	.598**	.480**	.293**	.235**	0.112	0.039	0.062	.410**
	p				0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.053	0.502	0.284	0.000
4- Önemseme/Ciddiyet Algısı Boyutu	r				1.000	.161**	.521**	.597**	.613**	.526**	.633**	.384**	0.041	.159**	.187**	0.093	.409**
	p					0.005	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.483	0.006	0.001	0.109	0.000
5- Sağlık Motivasyonu Boyutu	r					1.000	.226**	.302**	.305**	.831**	.215**	.306**	.371**	0.078	.212**	.287**	.462**
	p						0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.181	0.000	0.000	0.000
6- Yarar Algısı Boyutu	r						1.000	.684**	.703**	.470**	.356**	.252**	0.101	0.079	0.078	-	.269**
	p							0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.081	0.174	0.177	0.001	0.000
7- Engel Algısı Boyutu	r							1.000	.938**	.633**	.586**	.491**	.244**	.221**	.207**	.138*	.495**
	p								0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.017	0.000
8- Öz-Etkililik Boyutu	r								1.000	.622**	.605**	.490**	.227**	.218**	.205**	.151**	.487**
	p									0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.009	0.000
9- İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği	r									1.000	.474**	.432**	.391**	.224**	.268**	.259**	.594**
	p										0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
10- Davranışsal İnançlar Boyutu	r										1.000	.362**	.198**	.377**	.378**	.197**	.575**
	p											0.000	0.001	0.000	0.000	0.001	0.000
11- Kontrol İnançları Boyutu	r											1.000	.386**	.278**	0.054	.409**	.689**
	p												0.000	0.000	0.355	0.000	0.000
12- Tutum Boyutu	r												1.000	.173**	.193**	.290**	.780**
	p													0.003	0.001	0.000	0.000
13- Subjektif Norm Boyutu	r													1.000	.365**	.275**	.406**
	p														0.000	0.000	0.000
14- Niyet Boyutu	r														1.000	-0.006	.412**
	p															0.920	0.000
15- Bilgi Boyutu	r															1.000	.454**
	p																0.000
16- Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	r																1.000
	p																

*p<0.05, **p<0.0

Araştırmamızda kullanılmış ölçeklerin aralarındaki ilişkiyi incelemek maksadıyla Spearman korelasyon uygulanmıştır. Böylece, ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği ile ilaç uyumunu bildirim ölçeği arasında ($r=-0.364$, $p<0.01$), ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği arasında ($r=-0.217$, $p<0.01$) ve akılcı ilaç kullanımı ölçeği arasında ($r=-0.376$, $p<0.01$) arasında istatistiki olarak anlamlı ve eksi yönlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir.

İlaç uyumunu bildirim ölçeği ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği arasında ($r=0.324$, $p<0.01$) ve akılcı ilaç kullanımı ölçeği arasında ($r=0.463$, $p<0.01$) istatistiki olarak anlam ifade eden ve (+) yönlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. İlaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği ile akılcı ilaç kullanımı ölçeği arasında ($r=0.594$, $p<0.01$) arasında istatistiki olarak anlam ifade eden ve (+) yönlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 4.7: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği		
		Med	$\bar{X}$	SS
Kayıtlı olunan Aile Sağlık Merkezi	1 nolu	7.00	8.65	2.74
	2 nolu	7.00	8.17	2.38
	3 nolu	7.00	9.23	3.36
	4 nolu	7.00	8.47	2.49
	Test değeri		5.462***	
	p		0.414	
Yaş	65-69 (1)	8.00	9.43	2.83
	70-74 (2)	7.00	7.75	1.53
	80 ve üzeri (3)	7.00	8.37	2.92
	Test değeri		27.137***	
	p		0.000*	
	Bonferroni		1>2, 3>2	
Cinsiyet	Kadın	7.00	8.82	2.77
	Erkek	7.00	8.20	2.79
	Test değeri		-2.781**	
	p		0.005*	
Eğitim durumu	Okuryazar değil (1)	7.00	7.23	0.43
	Okuryazar (2)	8.00	10.61	3.37
	İlkokul (3)	7.00	8.47	2.63
	Ortaokul (4)	7.00	10.60	4.65
	Lise (5)	7.00	7.18	0.39
	Test değeri		41.910***	
	p		0.000*	
	Bonferroni		2>5, 2>1, 2>3	
Medeni durum	Evli	7.00	8.72	2.94
	Bekâr	7.00	8.22	2.14
	Test değeri		-0.372**	
	p		0.710	
Sosyal güvence varlığı	Var	7.00	8.62	2.81
	Yok	8.00	8.00	0.00

Ekonomik durumunu değerlendirmesi	Test değeri	-1.657**		
	p	0.098		
	Gelirim giderime eşit	7.00	8.52	2.74
	Gelirim giderimden düşük	13.00	12.29	2.36
	Test değeri	-3.068**		
	p	0.002*		
Beraber yaşadığı kişiler	Tek yaşıyor (1)	7.00	8.34	2.19
	Eşi ve çocukları (2)	7.00	8.57	2.82
	Akrabaları (3)	7.00	9.00	3.42
	Diğer (4)	8.00	10.25	3.52
	Test değeri	11.003***		
	p	0.012*		
	Bonferroni	4>1, 4>2		

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, ***Krukal Wallis testi

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik durumlarına yönelik ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puanlarına bakıldığında, katılımcıların yaşlarına göre ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puanlarında istatistiki farklılık olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Yaşları 65-69 ile 80 ve üzerindeki kişilerin ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği puanlarının, 70-74 aralığında bulunan kişilere nazaran daha yüksek olduğu gözlenmektedir..

Araştırmaya katılanların cinsiyet durumları baza alındığında ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puanlarında istatistiki olarak anlam ifade eden bir farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Kadın katılanların ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği puan sonuçlarının, erkek katılanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların eğitim seviyelerince ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçları arasında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Eğitim seviyesi okuryazar olan kişilerin ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puanlarının, eğitim seviyesi okuryazar değil, ilkokul ve lise olan kişilere göre daha yüksek olduğu gözlenmektedir..

Araştırmaya katılanların ekonomik şekillerince ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Ekonomik durumu geliri giderinden düşük olan kişilerin ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puanlarının, geliri giderine eşit olan kişilere göre daha yüksek olduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların beraber yaşadıkları kişiye göre ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Beraber yaşadığı kişi diğer olan kişilerin ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarının, tek yaşayan , eşi ve çocukları ile yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir..

Tablo 4.8: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ilaç uyumunu bildirim ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği		
		Med	$\bar{X}$	SS
Kayıtlı olunan Aile Sağlık Merkezi	1 nolu	25.00	22.40	3.82
	2 nolu	25.00	22.21	4.21
	3 nolu	24.00	21.13	4.46
	4 nolu	25.00	22.69	3.53
	Test değeri	4.778***		
	p	0.189		
Yaş	65-69 (1)	25.00	23.05	3.57
	70-74 (2)	24.00	21.35	4.06
	80 ve üzeri (3)	21.00	19.73	4.90
	Test değeri	20.903***		
	p	0.000*		
	Bonferroni	1>2, 1>3		
Cinsiyet	Kadın	25.00	21.48	4.35
	Erkek	25.00	23.12	3.38
	Test değeri	-2.448**		
	p	0.014*		
Eğitim durumu	Okuryazar değil (1)	25.00	24.50	0.99
	Okuryazar (2)	17.00	17.79	3.40
	İlkokul (3)	25.00	22.48	3.92
	Ortaokul (4)	23.50	19.10	7.03
	Lise (5)	24.00	23.73	1.03
	Test değeri	53.317***		
	p	0.000*		
	Bonferroni	1>2, 3>2, 5>2		
Medeni durum	Evli	25.00	22.55	3.81
	Bekâr	21.00	20.29	4.63
	Test değeri	-4.906**		
	p	0.000*		
Sosyal güvence varlığı	Var	25.00	22.00	4.14
	Yok	24.00	24.00	0.00
	Test değeri	-0.620**		
	p	0.536		
Ekonomik durumunu değerlendirmesi	Gelirim giderime eşit	25.00	22.09	4.13
	Gelirim giderimden düşük	20.00	20.00	2.89
	Test değeri	-1.853**		
	p	0.064		
Beraber yaşadığı kişiler	Tek yaşıyor (1)	21.00	20.13	4.56
	Eşi ve çocukları (2)	25.00	22.67	3.79
	Akrabaları (3)	25.00	22.43	4.39
	Diğer (4)	15.00	16.92	2.50
	Test değeri	49.764***		
	p	0.000*		
	Bonferroni	2>4, 3>4, 2>1		

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, ***Krukal Wallis testi

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik durumlarına göre ilaç uyumunu bildirim ölçek puanları incelendiğinde, katılımcıların yaşlarıncı ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçları arasında istatistiki olarak anlam ifade eden bir fark bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Yaşı 65-69 arası olan katılımcıların ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarının, 70-74 arası ile 80 ve üzeri olan katılımcılara göre daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerince ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçları arasında istatistiki olarak anlam ifade eden bir fark bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Erkek katılımcıların ilaç uyumunu bildirim ölçek puanlarının, kadın katılımcılara göre daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir .

Araştırmaya katılanların eğitim durumlarıncı ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçları arasında istatistiki olarak anlam ifade eden bir fark bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Eğitim seviyesi okuryazar olmayan, ilkokul ve lise olan kişilerin ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarının, eğitim seviyesi okuryazar olan kişilere göre daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir..

Araştırmaya katılanların medeni durumlarıncı ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçları arasında istatistiki olarak anlam ifade eden bir fark bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Evli kişilerin ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarının, bekar kişilere göre daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların beraber yaşadıkları kişice ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçları arasında istatistiki olarak anlam ifade eden bir fark bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu bulmak maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Beraber yaşadığı kişi eşi , çocukları ve akrabaları olan katılımcıların ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarının, beraber yaşadığı kişi diğer olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmiştir. Beraber yaşadığı kişi eşi ve çocukları olan kişilerin ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarının, tek yaşayan kişilere göre daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Tablo 4.9: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Duyarlılık Algısı Boyutu			Önemseme/Ciddiyet Algısı Boyutu			Sağlık Motivasyonu Boyutu		
		Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS
Kayıtlı olunan Aile Sağlık Merkezi	1 nolu (1)	30.00	28.96	3.08	30.00	28.90	3.07	24.00	24.46	3.99
	2 nolu (2)	30.00	28.66	3.12	30.00	28.47	3.64	23.00	23.72	3.80
	3 nolu (3)	30.00	28.80	3.75	30.00	28.61	4.09	24.00	24.44	3.70
	4 nolu (4)	30.00	28.46	3.65	30.00	27.81	4.61	22.00	22.20	3.54
	Test değeri		8.523***			8.331***			14.415***	
	P		0.036*			0.040*			0.002*	
	Bonferroni		1>2, 3>2			1>4, 3>4			1>4, 2>4, 3>4	
Yaş	65-69 (1)	30.00	29.52	2.62	30.00	29.34	2.89	24.00	24.20	3.94
	70-74 (2)	30.00	27.90	4.31	30.00	27.95	4.33	22.00	23.10	4.11
	80 ve üzeri (3)	30.00	27.41	3.01	30.00	26.23	4.98	23.00	23.50	2.36
	Test değeri		46.031***			25.211***			5.284***	
	P		0.00*			0.000*			0.071	
	Bonferroni		1>3, 2>3			1>2, 1>3, 2>3				
Cinsiyet	Kadın	30.00	28.19	3.71	30.00	27.88	4.36	24.00	23.80	3.80
	Erkek	30.00	29.72	2.38	30.00	29.57	2.40	22.00	23.66	3.91
	Test değeri		-4.359**			-2.179**			-0.941**	
	P		0.000*			0.029*			0.347	
Eğitim durumu	Okuryazar değil (1)	30.00	29.62	0.50	30.00	29.65	0.75	22.00	21.15	2.09
	Okuryazar (2)	24.00	23.84	4.64	24.00	23.92	4.57	22.00	21.16	3.24
	İlkokul (3)	30.00	29.30	2.80	30.00	28.96	3.72	24.00	24.05	3.71
	Ortaokul (4)	30.00	30.00	0.00	30.00	30.00	0.00	30.00	28.60	4.43
	Lise (5)	30.00	30.00	0.00	29.50	29.50	0.51	25.00	26.32	2.08
	Test değeri		97.966***			82.687***			61.437***	
	P		0.000*			0.000*			0.000*	
	Bonferroni		1>2, 3>2, 4>2, 5>2, 5>1			1>2, 3>2, 4>2, 5>2, 5>3			3>1, 4>1, 5>1, 3>2, 4>2, 5>2	
Medeni durum	Evli	30.00	29.00	3.44	30.00	28.81	3.92	24.00	23.78	4.12
	Bekâr	30.00	27.71	3.04	29.00	27.22	3.51	23.50	23.68	2.61
	Test değeri		-4.160**			-6.400**			-0.731**	
	P		0.000*			0.000*			0.465	
Sosyal varlığı güvence	Var	30.00	28.69	3.42	30.00	28.45	3.92	24.00	23.81	3.81
	Yok	30.00	30.00	0.00	29.00	28.40	0.89	18.00	20.40	3.91
	Test değeri		-1.094**			-3.345**			-2.089**	

Ekonomik durumunu değerlendirmesi	P		0.274			0.001*			0.037*	
	Gelirim giderime eşit	30.00	28.86	3.20	30.00	28.58	3.76	23.00	23.76	3.85
	Gelirim giderimden düşük	23.00	22.43	5.29	24.00	23.14	5.40	24.00	23.29	2.87
	Test değeri		-5.018**			-4.107**			-0.193**	
Beraber yaşadığı kişiler	P		0.000*			0.000*			0.847	
	Tek yaşıyor (1)	30.00	27.47	3.12	29.00	27.34	2.81	23.00	23.45	1.52
	Eşi ve çocukları (2)	30.00	28.85	3.52	30.00	28.56	4.17	24.00	23.88	4.14
	Akrabaları (3)	30.00	30.00	0.00	30.00	30.00	0.00	28.00	26.57	2.44
	Diğer (4)	30.00	30.00	0.00	30.00	29.83	0.58	20.00	20.75	2.53
	Test değeri		19.205***			42.785***			11.745***	
	P		0.000*			0.000*			0.008*	
Bonferroni			2>1, 4>1			2>1, 3>1, 4>1			1>4, 2>4, 3>4	

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, ***Krukal Wallis testi

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik durumlarınca ilaç kullanmaya yönelik sağlık inanç ölçek puan sonuçları incelendiğinde, katılımcıların kayıtlı olunan Aile Sağlık Merkezi'ne göre duyarlılık algısı boyutu, önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu boyutu ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık barındıran grubu tespit maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Kayıtlı olduğu ASM 1 nolu ve 3 nolu olan kişilerin duyarlılık algısı boyutu puanlarının, kayıtlı olduğu ASM 2 nolu olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Kayıtlı olduğu ASM 1 nolu ve 3 nolu olan kişilerin önemseme/ciddiyet algısı boyutu puanlarının, kayıtlı olduğu ASM 4 nolu olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Kayıtlı olduğu ASM 1 nolu, 2 nolu ve 3 nolu olan kişilerin sağlık motivasyonu boyutu puanlarının, kayıtlı olduğu ASM 4 nolu olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların yaşlarına göre duyarlılık algısı boyutu ve önemseme/ciddiyet algısı boyutu puan sonuçları arasında istatistiki olarak anlam ifade eden bir fark bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık barındıran grubu tespit maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Yaşı 65-69 ile 70-74 arası olan kişilerin duyarlılık algısı boyutu ve önemseme/ciddiyet algısı boyutu puan sonuçları, yaşı 80 ve üzeri olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Yaşı 65-69 olan kişilerin önemseme/ciddiyet algısı boyutu puanlarının, yaşı 70-74 arası olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre duyarlılık algısı boyutu ile önemseme/ciddiyet algısı boyutu puanlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Erkeklerin duyarlılık algısı boyutu ve önemseme/ciddiyet algısı boyutu puan sonuçlarının, kadınlara göre daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların eğitim durumlarınca duyarlılık algısı boyutu, önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu boyutu puan sonuçları arasında istatistiki olarak anlam ifade eden bir fark bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Eğitim seviyesi okuryazar olmayan, ilkokul, ortaokul ve lise olan kişilerin duyarlılık algısı

puan sonuçlarının, eğitim seviyesi okuryazar olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Eğitim seviyesi lise olan kişilerin duyarlılık algısı boyutu puan sonuçlarının, eğitim seviyesi okuryazar değil olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Eğitim seviyesi okuryazar değil, ilkokul, ortaokul ve lise olan kişilerin önemseme/ciddiyet algısı boyutu puan sonuçlarının, eğitim seviyesi okuryazar olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Eğitim seviyesi lise olan kişilerin önemseme/ciddiyet algısı boyutu puan sonuçlarının, eğitim seviyesi ilkokul olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Eğitim seviyesi ilkokul, ortaokul ve lise olan kişilerin sağlık motivasyonu boyutu puan sonuçlarının, eğitim seviyesi okuryazar değil ve okuryazar olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına yönelik duyarlılık algısı boyutu ve önemseme/ciddiyet algısı boyutu puan sonuçları arasında istatistiki olarak anlam ifade eden bir fark bulunduğu gözlenmektedir($p<0.05$). Evli kişilerin duyarlılık algısı boyutu ve önemseme/ciddiyet algısı boyutu puan sonuçlarının, bekar kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların sağlık güvence varlığına yönelik önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu boyutu puan sonuçları arasında istatistiki olarak anlam ifade eden bir fark bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Sağlık güvencesi olan kişilerin önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu boyutu puan sonuçlarının, olmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların ekonomik durumlarına yönelik duyarlılık algısı boyutu ve önemseme/ciddiyet algısı boyutu puan sonuçları arasında istatistiki anlamda bir fark bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Ekonomik durumu gelirim giderime eşit olan kişilerin duyarlılık algısı boyutu ve önemseme/ciddiyet algısı boyutu puan sonuçlarının, ekonomik durumu gelirim giderimden düşük olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların beraber yaşadığı kişiye yönelik duyarlılık algısı boyutu, önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu boyutu puan

sonuçları arasında istatistiki anlamda bir fark bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu bulmak maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Beraber yaşadığı kişi eşi ve çocukları ve diğer olan kişilerin duyarlılık algısı boyutu puan sonuçlarının, tek yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Beraber yaşadığı kişi eşi ve çocukları, akrabaları ve diğer olan kişilerin önemseme/ciddiyet algısı boyutu puanlarının, tek yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Tek yaşayan, beraber yaşadığı kişi eşi , çocukları ve akrabaları olan kişilerin sağlık motivasyonu boyutu puan sonuçlarının, beraber yaşadığı kişi diğer olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.



Tablo 4.9.1: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler		Yarar Algısı Boyutu			Engel Algısı Boyutu			Öz-Etkililik Boyutu		
		Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS
Kayıtlı olunan Aile Sağlık Merkezi	1 nolu	20.00	19.37	1.84	30.00	28.48	3.11	35.00	33.38	3.57
	2 nolu	20.00	19.85	0.77	30.00	29.10	2.22	35.00	34.18	2.30
	3 nolu	20.00	19.75	0.88	30.00	29.14	2.20	35.00	33.85	3.08
	4 nolu	20.00	19.39	1.84	30.00	28.51	3.49	35.00	33.34	3.50
	Test değeri		6.325***			2.981***			3.915	
	P		0.097			0.395			0.271	
Yaş	65-69	20.00	19.75	1.31	30.00	29.36	2.55	35.00	34.34	2.83
	70-74	20.00	19.29	1.52	30.00	28.47	2.64	35.00	33.24	3.03
	80 ve üzeri	20.00	20.00	0.00	30.00	28.02	2.90	35.00	32.89	3.31
	Test değeri		17.668***			22.630***			23.490***	
	P		0.000*			0.000*			0.000*	
	Bonferroni		1>2, 3>2			2>1, 3>1			2>1, 3>1	
Cinsiyet	Kadın	20.00	19.55	1.38	30.00	28.50	2.94	35.00	33.30	3.35
	Erkek	20.00	19.84	1.11	30.00	29.65	1.85	35.00	34.73	1.95
	Test değeri		-3.075**			-4.294**			-4.501**	
	P		0.002*			0.000*			0.000*	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	20.00	20.00	0.00	30.00	29.96	0.20	35.00	35.00	0.00
	Okuryazar	20.00	18.68	1.77	24.00	24.58	2.11	28.00	28.32	2.79
	İlkokul	20.00	19.73	1.31	30.00	29.38	2.38	35.00	34.46	2.36
	Ortaokul	20.00	20.00	0.00	30.00	30.00	0.00	35.00	35.00	0.00
	Lise	20.00	20.00	0.00	30.00	30.00	0.00	35.00	35.00	0.00
	Test değeri		63.129***			157.696***			179.954***	
	P		0.000*			0.000*			0.000*	
	Bonferroni		1>2, 3>2, 4>2, 5>2			1>2, 3>2, 4>2, 5>2			1>2, 3>2, 4>2, 5>2	
Medeni durum	Evli	20.00	19.57	1.46	30.00	29.28	2.42	35.00	34.29	2.49
	Bekâr	20.00	19.91	0.29	30.00	27.57	3.07	35.00	32.06	3.94
	Test değeri		-0.362**			-5.865**			-5.945**	
	P		0.717			0.000*			0.000*	
Sosyal varlığı güvence	Var	20.00	19.64	1.31	30.00	28.87	2.69	35.00	33.76	3.04
	Yok	20.00	20.00	0.00	30.00	30.00	0.00	35.00	35.00	0.00
	Test değeri		-0.721**			-1.027**			-0.956**	
	P		0.471			0.304			0.339	

Ekonomik durumunu değerlendirmesi	Gelirim giderime eşit	20.00	19.67	1.30	30.00	29.01	2.56	35.00	33.97	2.75
	Gelirim giderimden düşük	19.00	18.71	1.25	23.00	23.86	2.73	24.00	26.14	4.18
	Test değeri	-6.568**			-5.579**			-5.797**		
	P	0.000*			0.000*			0.000*		
Beraber yaşadığı kişiler	Tek yaşıyor (1)	20.00	19.89	0.31	30.00	27.43	3.18	35.00	31.85	4.19
	Eşi ve çocukları (2)	20.00	19.57	1.46	30.00	29.28	2.41	35.00	34.28	2.48
	Akrabaları (3)	20.00	20.00	0.00	30.00	30.00	0.00	35.00	35.00	0.00
	Diğer (4)	20.00	20.00	0.00	24.00	26.42	3.00	28.00	30.92	3.60
	Test değeri	2.077***			45.541***			44.627***		
	P	0.557			0.000*			0.000*		
	Bonferroni					2>4, 3>4, 2>1, 3>1			2>4, 3>4, 2>1, 3>1	

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, ***Krukal Wallis testi

Katılımcıların yaşlarına göre yarar algısı boyutu, engel algısı boyutu ve öz-etkililik boyutu puan sonuçları arasında istatistiki anlamda fark bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık barındıran grubu tespit maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Yaşı 65-69 ile 80 ve daha fazla olan kişilerin yarar algısı boyutu puanlarının, yaşı 70-74 arası olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Yaşı 70-74 ile 80 ve daha fazla olan kişilerin engel algısı boyutu ve öz-etkililik boyutu puan sonuçlarının, yaşı 65-69 arasında bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine yönelik yarar algısı , engel algısı ve öz-etkililik boyutu puan sonuçları arasında istatistiki anlamda fark bulunduğu gözlenmektedir. ($p<0.05$). Erkeklerin yarar algısı , engel algısı ve öz-etkililik boyutu puan sonuçlarının, kadınlara oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların eğitim seviyelerine yönelik yarar algısı , engel algısı ve öz-etkililik boyutu puan sonuçları arasında istatistiki anlamda fark bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık barındıran grubu tespit maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Eğitim seviyesi okuryazar olmayan, ilkökul, ortaokul ve lise şeklindeki kişilerin yarar algısı , engel algısı ve öz-etkililik boyutu puan sonuçlarının, eğitim seviyesi okuryazar şeklindeki kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına yönelik engel algısı ve öz-etkililik puan sonuçları arasında istatistiki anlamda fark bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Evli kişilerin engel algısı ve öz-etkililik puan sonuçlarının, bekâr kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların ekonomik gelirlerine yönelik yarar algısı , engel algısı ve öz-etkililik boyutu puan sonuçları arasında istatistiki anlamda fark bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Ekonomik geliri giderine denk bulunan kişilerin yarar algısı , engel algısı ve öz-etkililik boyutu puanlarının, ekonomik durumu geliri giderinden düşük olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların beraber yaşadığı kişiye yönelik engel algısı ve öz-etkililik puan sonuçları arasında istatistiki anlamda fark bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu bulmak maksadıyla Bonferroni yapılmıştır.

Beraber yaşadığı kişi eşi , çocukları ve akrabaları olan kişilerin engel algısı ,öz-etkililik boyutu puan sonuçlarının, tek yaşayan ve beraber yaşadığı kişi diğer şeklinde olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.



Tablo 4.9.2: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler		İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği		
		Med	$\bar{X}$	SS
Kayıtlı olunan Aile Sağlık Merkezi	1 nolu (1)	169.00	163.56	14.67
	2 nolu (2)	166.00	163.98	12.21
	3 nolu (3)	169.00	164.58	13.13
	4 nolu (4)	166.00	159.71	17.51
	Test değeri		11.399***	
	p		0.010*	
	Bonferroni		3>4	
Yaş	65-69 (1)	169.00	166.52	11.37
	70-74 (2)	166.00	159.95	17.54
	80 ve üzeri (3)	166.00	158.05	12.12
	Test değeri		18.231***	
	p		0.000*	
	Bonferroni		1>3	
Cinsiyet	Kadın	167.00	161.22	16.24
	Erkek	166.00	167.16	7.16
	Test değeri		-1.057**	
	p		0.290	
Eğitim durumu	Okuryazar değil (1)	166.00	165.38	2.28
	Okuryazar (2)	142.00	140.50	15.46
	İlkokul (3)	168.00	165.87	11.47
	Ortaokul (4)	175.00	173.60	4.43
	Lise (5)	169.50	170.82	2.44
	Test değeri		92.124***	
	p		0.000*	
	Bonferroni		1>2, 3>2, 4>2, 5>2, 4>1, 5>1, 4>3	
Medeni durum	Evli	167.00	164.73	14.18

Sosyal güvence varlığı	Bekâr	166.50	158.15	12.69
	Test değeri		-3.576**	
	p		0.000*	
	Var	167.00	163.23	14.22
	Yok	162.00	163.80	4.09
	Test değeri		-1.420**	
Ekonomik değerlendirme	p		0.156	
	Gelirim giderime eşit	167.00	163.85	13.44
	Gelirim giderimden düşük	137.00	137.57	18.50
	Test değeri		-3.225**	
	p		0.001*	
	Tek yaşıyor (1)	167.00	157.43	13.67
Beraber yaşadığı kişiler	Eşi ve çocukları (2)	167.00	164.43	14.24
	Akrabaları (3)	173.00	171.57	2.44
	Diğer (4)	152.00	157.92	9.13
	Test değeri		17.483***	
	p		0.001*	
	Bonferroni		2>1, 3>1, 4>3	

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, ***Krukal Wallis testi

Araştırmaya katılanların bağlı oldukları ASM'ne yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçları arasında istatistiki anlamda fark bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Kayıtlı olduğu ASM 3 nolu olan kişilerin ilaç kullanmaya yönelik sağlık inanç ölçek puan sonuçlarının, 4 nolu kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların yaşlarına yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Yaş aralığı 65-69 olan kişilerin ilaç kullanmaya yönelik sağlık inanç ölçek puan sonuçlarının, yaşı 80 ve üstündeki kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların eğitim seviyelerine yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Eğitim seviyesi okuryazar değil, ilkökul, ortaokul ve lise olan kişilerin ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçlarının, eğitim seviyesi okuryazar olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Eğitim seviyesi ortaokul ve lise olan kişilerin ilaç kullanmaya yönelik sağlık inanç ölçek puan sonuçlarının, eğitim seviyesi okuryazar değil olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Eğitim seviyesi lise olan kişilerin ilaç kullanmaya yönelik sağlık inanç ölçek puan sonuçlarının, eğitim seviyesi ortaokul olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Evli kişilerin ilaç kullanmaya yönelik sağlık inanç ölçek puan sonuçlarının, bekâr kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların ekonomik gelirlerine yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Ekonomik geliri giderine denk kişilerin ilaç kullanmaya yönelik sağlık inanç ölçek puan sonuçlarının, ekonomik geliri giderinden az kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların beraber yaşadığı kişiye yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Beraber yaşadığı kişi eşi, çocukları ve akrabaları olan katılımcıların ilaç kullanmaya yönelik sağlık inanç ölçek sonuçlarının, tek yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Beraber yaşadığı kişi diğer olan kişilerin ilaç kullanmaya yönelik sağlık inanç ölçek puan sonuçlarının, beraber yaşadığı kişi akrabaları olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.



Tablo 4.10: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Davranışsal İnançlar Boyutu			Kontrol İnançları Boyutu			Tutum Boyutu		
		Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS
Kayıtlı olunan Aile Sağlık Merkezi	1 nolu (1)	18.00	16.92	2.19	13.00	12.52	1.82	6.00	6.90	2.39
	2 nolu (2)	18.00	16.95	2.56	13.00	12.43	1.89	6.00	6.84	2.18
	3 nolu (3)	18.00	17.08	2.00	13.00	12.54	1.83	5.00	5.39	2.38
	4 nolu (4)	18.00	17.03	2.13	13.00	12.37	1.80	6.00	6.51	1.70
	Test değeri		3.496***			0.786***			27.301***	
	P		0.321			0.853			0.000*	
	Bonferroni								1>3, 2>3, 4>3	
Yaş	65-69	18.00	17.64	1.28	13.00	12.60	1.71	6.00	6.82	2.79
	70-74	18.00	16.23	3.23	13.00	12.53	1.70	6.00	5.76	1.36
	80 ve üzeri	17.00	16.27	1.88	13.00	11.84	2.37	6.00	6.05	1.01
	Test değeri		36.942***			4.143***			7.706***	
	P		0.000*			0.126			0.021*	
	Bonferroni		1>2, 1>3						1>2	
Cinsiyet	Kadın	18.00	16.64	2.66	13.00	12.42	1.91	6.00	6.29	2.14
	Erkek	18.00	17.70	0.69	12.50	12.55	1.67	6.00	6.55	2.52
	Test değeri		-3.036**			-0.101**			-0.305**	
	P		0.002*			0.920			0.760	
Eğitim durumu	Okuryazar değil (1)	18.00	18.00	0.00	13.00	13.19	0.75	6.00	6.00	1.10
	Okuryazar (2)	14.50	13.66	2.73	11.00	10.39	2.41	5.00	5.68	1.63
	İlkokul (3)	18.00	17.47	1.88	13.00	12.80	1.61	6.00	6.42	2.40
	Ortaokul (4)	18.00	18.00	0.00	12.00	12.00	1.25	4.00	4.50	1.84
	Lise (5)	16.00	16.82	1.01	12.00	12.23	1.23	9.00	8.50	1.74
	Test değeri		123.759***			48.414***			32.603***	
	P		0.000*			0.000*			0.000*	
	Bonferroni		1>2, 3>2, 4>2, 5>2, 1>5, 3>5, 4>5			1>2, 3>2			3>4, 5>4, 5>2, 5>1, 5>3	
Medeni durum	Evli	18.00	17.38	2.12	13.00	12.75	1.60	6.00	6.32	2.40
	Bekâr	16.00	15.72	2.26	12.00	11.49	2.22	6.00	6.57	1.77
	Test değeri		-8.322**			-5.068**			-0.721**	
	P		0.000*			0.000*			0.471	

Sosyal varlığı	güvence	Var	18.00	16.98	2.27	13.00	12.45	1.85	6.00	6.39	2.29
		Yok	18.00	18.00	0.00	13.00	13.00	0.00	6.00	6.00	0.00
		Test değeri		-1.348**			0.000**			-0.307**	
		P		0.178			1.000			0.759	
Ekonomik durumunu değerlendirmesi		Gelirim giderime eşit	18.00	16.99	2.28	13.00	12.46	1.85	6.00	6.43	2.28
		Gelirim giderimden düşük	17.00	17.29	0.49	13.00	12.71	0.76	4.00	4.43	0.79
		Test değeri		-1.843**			-0.430**			-3.131**	
		P		0.065			0.667			0.002*	
Beraber kişiler	yaşadığı	Tek yaşıyor (1)	16.00	16.36	1.36	12.00	11.45	2.04	6.00	6.62	1.85
		Eşi ve çocukları (2)	18.00	17.26	2.21	13.00	12.86	1.40	6.00	6.34	2.38
		Akrabaları (3)	18.00	18.00	0.00	14.00	13.57	0.79	8.00	8.57	0.98
		Diğer (4)	11.00	13.92	3.60	8.00	8.00	1.35	5.00	5.00	0.00
		Test değeri		56.250***			63.183***			16.370***	
		P		0.000*			0.000*			0.000*	
		Bonferroni		2>4, 3>4, 2>1, 3>1		1>4, 2>4, 3>4, 2>1, 3>1			1>4, 2>4, 3>4, 3>2		

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, ***Krukal Wallis testi

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerine göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde, katılımcıların bağlı oldukları ASM'ne göre tutum boyutu puanlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Fark barındıran grubu tespit için Bonferroni uygulanmıştır. Kayıtlı olduğu ASM 1, 2 ve 4 nolu olan kişilerin tutum boyutu puan sonuçlarının, 3 nolu kişilere oranla daha fazla bulunduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılanların yaşlarına yönelik davranışsal inançlar ve tutum puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Yaş aralığı 65-69 olan kişilerin davranışsal inançlar puan sonuçlarının, yaşları 70-74 arası ve 80 ve üstünde bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Yaş aralığı 65-69 olan kişilerin tutum puan sonuçlarının, yaş aralığı 70-74 aralığında bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine yönelik davranışsal inançlar puan sonuçları arasında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Erkeklerin davranışsal inançlar puan sonuçlarının, kadınlara oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların eğitim seviyelerine yönelik davranışsal inançlar, kontrol inançları ve tutum boyutu puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amaçlı Bonferroni yapılmıştır. Eğitim seviyesi okuryazar değil, ilkokul, ortaokul ve lise olan kişilerin davranışsal inançlar puan sonuçlarının, eğitim seviyesi okuryazar olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Eğitim seviyesi okuryazar değil, ilkokul ile ortaokul olan kişilerin davranışsal inançlar puan sonuçlarının, eğitim seviyesi lise olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Eğitim seviyesi okuryazar değil ve ilkokul olan kişilerin kontrol inançları puan sonuçlarının, eğitim seviyesi okuryazar olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Eğitim seviyesi ilkokul ve lise olan kişilerin tutum boyutu puan sonuçlarının, eğitim seviyesi ortaokul olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Eğitim seviyesi lise olan kişilerin tutum puan sonuçlarının, eğitim

durumu okur yazar değil, okur yazar ve ilkokul olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların medeni hallerine yönelik davranışsal inançlar ve kontrol inançları puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Evli kişilerin davranışsal inançlar ve kontrol inançları puan sonuçlarının, bekâr kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların ekonomik seviyelerine yönelik tutum boyutu puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Ekonomik geliri giderine denk bulunan kişilerin tutum puan sonuçlarının, ekonomik geliri giderinden az bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların beraber yaşadığı kişiye yönelik davranışsal inançlar, kontrol inançları ve tutum boyutu puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit etmek amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Beraber yaşadığı kişi eşi ve çocukları olan kişilerin davranışsal inançlar boyutu puanlarının, tek yaşayan, beraber yaşadığı kişi akrabaları ve diğer olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Beraber yaşadığı kişi akrabaları olan kişilerin davranışsal inançlar boyutu puanlarının, beraber yaşadığı kişi diğer olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Tek yaşayan, beraber yaşadığı kişi eşi ve çocukları ve akrabaları olan katılımcıların kontrol inançları boyutu puanlarının, beraber yaşadığı kişi diğer bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Beraber yaşadığı kişi eşi, çocukları ve akrabaları olan katılımcıların kontrol inançları puan sonuçlarının, tek yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Tek yaşayan, beraber yaşadığı kişi eşi, çocukları ve akrabaları olan katılımcıların tutum boyutu puanlarının, beraber yaşadığı kişi diğer bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Beraber yaşadığı kişi akrabaları olan katılımcıların tutum boyutu puanlarının, beraber yaşadığı kişi eşi ve çocukları olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Tablo 4.10.1: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler		Subjektif Norm Boyutu			Niyet Boyutu			Bilgi Boyutu		
		Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS
Kayıtlı Aile Merkezi	1 nolu	4.00	3.88	0.47	10.00	9.40	0.91	16.00	15.00	2.04
	2 nolu	4.00	3.76	0.64	10.00	9.29	1.05	16.00	14.78	2.17
	3 nolu	4.00	3.93	0.37	10.00	9.13	1.25	16.00	15.13	1.67
	4 nolu	4.00	3.86	0.51	10.00	9.36	0.98	16.00	14.86	1.95
	Test değeri		5.532***			0.803***			2.103***	
	p		0.137			0.849			0.551	
Yaş	65-69	4.00	3.91	0.41	10.00	9.29	1.14	16.00	15.13	1.60
	70-74	4.00	3.78	0.62	10.00	9.25	1.08	16.00	14.88	2.25
	80 ve üzeri	4.00	3.77	0.64	10.00	9.30	0.82	16.00	14.32	2.45
	Test değeri		3.925***			0.840***			1.299***	
	p		0.141			0.657			0.522	
Cinsiyet	Kadın	4.00	3.82	0.56	10.00	9.24	1.16	16.00	14.91	2.07
	Erkek	4.00	3.90	0.43	10.00	9.35	0.90	15.50	14.98	1.76
	Test değeri		-1.282**			-0.040**			-1.279**	
	p		0.200			0.968			0.201	
Eğitim durumu	Okuryazar değil (1)	4.00	3.96	0.20	10.00	9.77	0.43	15.00	14.69	0.55
	Okuryazar (2)	4.00	3.58	0.83	9.00	8.89	1.01	16.00	12.95	3.50
	İlkokul (3)	4.00	3.86	0.51	10.00	9.18	1.16	16.00	15.30	1.58
	Ortaokul (4)	4.00	4.00	0.00	10.00	10.00	0.00	14.50	14.50	0.53
	Lise (5)	4.00	4.00	0.00	10.00	9.91	0.43	15.00	15.41	0.50
	Test değeri		13.123***			32.810***			45.885***	
	p		0.011*			0.000*			0.000*	
	Bonferroni		3>2, 5>2			1>2, 4>1, 5>1, 5>3			3>4, 3>1, 5>1, 3>2	
Medeni durum	Evli	4.00	3.92	0.39	10.00	9.25	1.09	16.00	15.24	1.51
	Bekâr	4.00	3.62	0.79	10.00	9.37	1.02	15.00	13.88	2.83
	Test değeri		-4.051**			-0.908**			-3.823**	

Sosyal güvence varlığı	p		0.000*			0.364		0.000*		
	Var	4.00	3.85	0.53	10.00	9.28	1.08	16.00	14.95	1.98
	Yok	4.00	4.00	0.00	9.00	9.00	0.00	14.00	14.00	0.00
	Test değeri		-0.649**			-1.705**			-3.083**	
Ekonomik durumunu değerlendirmesi	p		0.517			0.088		0.002*		
	Gelirim giderime eşit	4.00	3.85	0.53	10.00	9.26	1.08	16.00	14.92	1.97
	Gelirim giderimden düşük	4.00	4.00	0.00	10.00	10.00	0.00	16.00	15.29	1.89
	Test değeri		-0.770**			-2.077**			-1.313**	
Beraber yaşadığı kişiler	p		0.441			0.038*		0.189		
	Tek yaşıyor (1)	4.00	4.00	0.00	10.00	9.72	0.50	15.00	14.26	2.28
	Eşi ve çocukları (2)	4.00	3.90	0.43	10.00	9.24	1.10	16.00	15.38	1.16
	Akrabaları (3)	4.00	4.00	0.00	10.00	10.00	0.00	16.00	15.71	0.49
	Diğer (4)	2.00	2.17	0.58	7.00	7.75	1.06	8.00	8.42	1.44
	Test değeri		126.667***			32.245***			55.194***	
	p		0.000*			0.000*		0.000*		
	Bonferroni		1>4, 2>4, 3>4			1>4, 2>4, 3>4		1>4, 2>4, 3>4, 2>1		

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, ***Krukal Wallis testi

Araştırmaya katılanların eğitim seviyelerine yönelik subjektif norm, niyet, bilgi boyutu puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit etmek maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Eğitim seviyesi ilkokul ve lise bulunan kişilerin subjektif norm puan sonuçlarının, eğitim seviyesi okuryazar bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların eğitim seviyesi okuryazar değil bulunan kişilerin niyet puan sonuçlarının, eğitim seviyesi okuryazar bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Eğitim seviyesi ortaokul ve lise bulunan kişilerin niyet puan sonuçlarının, eğitim seviyesi okuryazar değil olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Eğitim seviyesi lise bulunan kişilerin niyet puan sonuçlarının, eğitim seviyesi ilkokul bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanlardan eğitim seviyesi ilkokul bulunan kişilerin bilgi boyutu puan sonuçlarının, eğitim seviyesi okuryazar değil, okuryazar ve ortaokul bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Eğitim seviyesi lise bulunan kişilerin bilgi puan sonuçları, eğitim seviyesi okuryazar değil bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların medeni hallerine yönelik subjektif norm ve bilgi boyutu puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir. ($p<0.05$). Evli kişilerin subjektif norm ve bilgi boyutu puan sonuçlarının, bekâr kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların ekonomik seviyelerine yönelik bilgi puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Ekonomik geliri giderinden az bulunan kişilerin bilgi puan sonuçlarının, ekonomik seviyesi geliri giderine denk bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların beraber yaşadığı kişiye yönelik subjektif norm, niyet ve bilgi boyutu puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Tek yaşayan, beraber yaşadığı kişi eşi, çocukları ve akrabaları bulunan

kişilerin subjektif norm boyutu, niyet boyutu ve bilgi boyutu puanlarının, beraber yaşadığı kişi diğer bulunan kişilere oranla daha fazla olduğu gözlenmektedir. Beraber yaşadığı kişi eşi ve çocukları olan kişilerin bilgi boyutu puanlarının, tek yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir



Tablo 4.10.2: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler		Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği		
		Med	$\bar{X}$	SS
Kayıtlı olunan Aile Sağlık Merkezi	1 nolu (1)	67.00	64.63	7.20
	2 nolu (2)	66.00	64.05	6.83
	3 nolu (3)	64.00	63.20	6.21
	4 nolu (4)	66.00	64.00	6.82
	Test değeri		8.409***	
	p		0.038*	
Yaş	Bonferroni		1>3, 2>3	
	65-69 (1)	66.00	65.38	5.88
	70-74 (2)	65.00	62.43	7.44
	80 ve üzeri (3)	64.00	61.55	6.75
	Test değeri		15.392***	
	p		0.000*	
Cinsiyet	Bonferroni		1>2, 1>3	
	Kadın	66.00	63.32	7.37
	Erkek	65.00	65.03	5.03
	Test değeri		-0.787**	
	p		0.431	
Eğitim durumu	Okuryazar değil (1)	66.00	65.62	1.33
	Okuryazar (2)	57.00	55.16	9.25
	İlkokul (3)	66.00	65.04	5.67
	Ortaokul (4)	62.00	63.00	3.13
	Lise (5)	66.00	66.86	3.04
	Test değeri		49.326***	
	p		0.000*	
	Bonferroni		1>2, 3>2, 5>2	
Medeni durum	Evli	66.00	64.86	5.57
	Bekâr	65.00	60.65	8.94

Sosyal güvence varlığı		Test değeri	-2.959**	
		p	0.003*	
		Var	66.00	63.90 6.77
		Yok	64.00	64.00 0.00
Ekonomik değerlendirme	durumunu	Test değeri	-0.691**	
		p	0.489	
		Gelirim giderime eşit	66.00	63.91 6.78
		Gelirim giderimden düşük	64.00	63.71 2.36
Beraber yaşadığı kişiler		Test değeri	-0.805**	
		p	0.421	
		Tek yaşıyor (1)	66.00	62.40 6.35
		Eşi ve çocukları (2)	66.00	64.98 5.22
		Akrabaları (3)	70.00	69.86 0.38
		Diğer (4)	41.00	45.25 6.40
		Test değeri	45.201***	
		p	0.000*	
		Bonferroni	1>4, 2>4, 3>4, 3>1, 3>2	

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, ***Krukal Wallis testi

Araştırmaya katılanların kayıtlı olunan ASM'ne yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Kayıtlı olunan ASM 1 ve 2 nolu bulunan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının, ASM 3 nolu bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların yaşlarına yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Yaşı 65-69 arası olan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının, yaşı 70-74 ve 80 ve üzeri olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların eğitim seviyelerine yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Eğitim seviyesi okuryazar değil, ilkokul ve lise olan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarının, eğitim seviyesi okuryazar olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların medeni hallerine yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Evli kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarının, bekâr kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların beraber yaşadığı kişiye yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Tek hayatını devam ettiren, beraber yaşadığı kişi eşi , çocukları ve akrabaları bulunan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarının, beraber yaşadığı kişi diğer bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Beraber yaşadığı kişi akrabaları bulunan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının, tek yaşayan ve beraber yaşadığı kişi eşi ve çocukları bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Tablo 4.11: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği		
		Med	$\bar{X}$	SS
Ailede diyabet hastası varlığı	Evet	7.00	8.73	2.85
	Hayır	7.00	7.93	2.30
	Test değeri	-1.902**		
	p	0.057		
Diyabet hastalığı süresi	Bir yıldan az (1)	7.00	7.00	0.00
	Bir-beş yıl (2)	13.00	11.77	3.97
	Altı-on yıl (3)	7.00	8.93	2.97
	11 yıl ve üzeri (4)	7.00	8.01	2.05
	Test değeri	23.829***		
	p	0.000*		
	Bonferroni	2>1, 3>1, 2>3, 2>4		
Diyabet tedavisi biçimi	Diyet ve oral antidiyabetik	7.00	8.82	3.13
	Diyet ve insülin	7.00	7.00	.
	Diyet, oral antidiyabetik ve insülin	7.00	8.18	1.79
	Test değeri	0.491***		
	p	0.484		
İnsülini kendi uygulayıp uygulamadığı	Evet	8.00	8.72	2.19
	Hayır	7.00	8.58	2.96
	Test değeri	-3.565**		
	p	0.000*		
Önerilen tedaviye uyumu	Çok iyi	7.00	7.67	1.39
	İyi	8.00	9.98	3.62
	Kötü	10.50	10.90	4.12
	Test değeri	37.022***		
	p	0.000*		
	Bonferroni	2>1		
Kan şekeri ölçümü yapma durumu	Evet	7.00	8.29	2.36
	Hayır	7.00	9.50	3.59

Kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığı	Test değeri	-2.406**		
	p	0.016*		
	Her gün	7.00	8.60	3.58
	Haftada bir kez	7.00	8.10	1.34
	Düzensiz	7.00	8.82	3.17
	Test değeri	1.576***		
	p	0.455		
	Evet	7.00	8.51	2.68
	Hayır	7.00	9.05	3.20
	Test değeri	-0.643**		
Egzersiz yapma durumu	p	0.520		
	Her gün düzenli yaparım (1)	7.00	8.12	2.72
	Haftada birkaç gün yaparım (2)	7.00	8.04	1.61
	Ayda birkaç kez (3)	7.00	7.00	0.00
	Düzensiz (4)	7.00	9.44	3.45
	Diğer (5)	8.00	9.07	2.49
	Test değeri	22.343***		
	p	0.000*		
	Bonferroni	4>3, 5>3, 4>1		
	Evet	7.00	8.63	2.73
Hekim kontrolüne gitme durumu	Hayır	7.00	8.53	3.07
	Test değeri	-0.471**		
	p	0.637		
	Evet	7.00	7.20	0.42
Diyabete yönelik bir eğitim programına katılma durumu	Hayır	7.00	8.66	2.82
	Test değeri	-1.469**		
	p	0.142		
	Evet	7.00	8.90	2.91
Diyabetle ilgili daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacınız olduğunu düşünme durumu	Hayır	7.00	8.33	2.64
	Test değeri	-1.367**		
	p	0.172		

Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgi olma durumu	Evet	7.00	8.85	2.93
	Hayır	7.00	7.94	2.20
	Test değeri		-2.735**	
	p		0.006*	
Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşama durumu	Evet	8.00	9.14	3.16
	Hayır	7.00	8.45	2.65
	Test değeri		-2.213**	
	p		0.027*	
Bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşama durumu	Evet	7.00	8.40	2.36
	Hayır	7.00	8.96	3.37
	Test değeri		-0.030**	
	p		0.976	
Bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşama durumu	Evet	10.00	10.22	3.12
	Hayır	7.00	8.13	2.49
	Test değeri		-6.324**	
	p		0.000*	
Diyabet haricinde başka kronik hastalığının olma durumu	Evet	7.00	8.43	2.56
	Hayır	8.00	9.94	3.93
	Test değeri		-3.071**	
	p		0.002*	
Diyabet sebebiyle hastaneye yatma durumu	Evet	8.00	10.25	3.53
	Hayır	7.00	8.36	2.57
	Test değeri		-3.726**	
	p		0.000*	

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi

Araştırmaya katılanların hastalığa dönük özelliklerine yönelik ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puanlarının sonuçları incelendiğinde, katılımcıların diyabet hastalığı süresine yönelik ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Diyabet hastalık süresi 1-5 yıl bulunan kişilerin ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarının, 1 yıldan az, 6-10 yıl ve 11 yıl ve üstünde bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Diyabet hastalık süresi 6-10 yıl bulunan kişilerin ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarının, 1 yıldan düşük bulunan kişilere göre daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların insülini kendi uygulamalarına yönelik ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). İnsülini kendi uygulayan kişilerin ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puanlarının, uygulayamayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların önerilen tedaviye uyumlarına yönelik ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puanlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Önerilen tedaviye uyumu iyi bulunan kişilerin ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarının, çok iyi bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların kan şekeri ölçümü yapmalarına yönelik ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Kan şekeri ölçümü yapamayan kişilerin ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarının ,yapan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların egzersiz yapma sıklığına yönelik ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubun tespiti amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Egzersiz yapma sıklığı düzensiz ve diğer bulunan kişilerin ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarının, ayda birkaç kez bulunan kişilere oranla daha

yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Egzersiz yapma sıklığı düzensiz bulunan kişilerin ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarının, her gün düzenli bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgisi olmalarına yönelik ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgisi olan katılımcıların ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarının, olmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşamalarına yönelik ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşayan katılımcıların ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarının, yaşamayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşama durumuna yönelik ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşayan kişilerin ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarının, yaşamayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabet haricinde başka kronik hastalığının bulunmasına yönelik ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabet haricinde başka kronik hastalığı olmayan katılımcıların ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarının, olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabet sebebiyle hastaneye yatma durumuna yönelik ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabet sebebiyle hastaneye yatan kişilerin ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçek puan sonuçlarının, yatmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Tablo 4.12: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre ilaç uyumunu bildirim ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği		
		Med	$\bar{X}$	SS
Ailede diyabet hastası varlığı	Evet	25.00	22.04	4.11
	Hayır	25.00	22.02	4.17
	Test değeri	-0.650**		
	p	0.516		
Diyabet hastalığı süresi	Bir yıldan az (1)	25.00	25.00	0.00
	Bir-beş yıl (2)	22.50	21.15	4.19
	Altı-on yıl (3)	20.00	20.04	4.35
	11 yıl ve üzeri (4)	25.00	23.25	3.49
	Test değeri	50.125***		
	p	0.000*		
Diyabet tedavisi biçimi	Bonferroni	1>2, 4>2, 1>3, 4>3		
	Diyet ve oral antidiyabetik	24.00	21.54	4.43
	Diyet ve insülin	22.00	22.00	.
	Diyet. oral antidiyabetik ve insülin	25.00	23.11	3.13
	Test değeri	0.115***		
	p	0.735		
İnsülini kendi uygulayıp uygulamadığı	Evet	25.00	22.16	3.65
	Hayır	25.00	22.00	4.27
	Test değeri	-0.110**		
	p	0.913		
Önerilen tedaviye uyumu	Çok iyi	25.00	24.17	2.16
	İyi	18.00	18.85	4.41
	Kötü	17.00	17.60	1.35
	Test değeri	163.027***		
	p	0.000*		
	Bonferroni	1>2, 1>3		
Kan şekeri ölçümü yapma durumu	Evet	25.00	23.13	3.24
	Hayır	17.00	19.03	4.74

Kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığı	Test değeri	-7.743**		
	p	0.000*		
	Her gün (1)	21.00	21.80	3.35
	Haftada bir kez (2)	25.00	24.45	1.39
	Düzensiz (3)	24.00	21.05	4.47
Egzersiz yapma durumu	Test değeri	52.739***		
	p	0.000*		
	Bonferroni	2>3		
	Evet	25.00	22.69	3.90
	Hayır	19.00	19.26	3.89
Egzersiz yapılan süre sıklığı	Test değeri	-6.682**		
	p	0.000*		
	Her gün düzenli yaparım (1)	25.00	22.86	4.30
	Haftada birkaç gün yaparım (2)	25.00	24.37	2.38
	Ayda birkaç kez (3)	24.00	24.13	0.35
Hekim kontrolüne gitme durumu	Düzensiz (4)	20.00	19.99	4.10
	Diğer (5)	20.00	18.60	3.81
	Test değeri	103.428***		
	p	0.000*		
	Bonferroni	1>5, 2>5, 1>4, 2>4		
Diyabete yönelik bir eğitim programına katılma durumu	Evet	25.00	22.39	3.85
	Hayır	17.00	20.29	4.91
	Test değeri	-2.198**		
	p	0.028*		
	Evet	23.50	23.50	1.58
Diyabetle ilgili daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacınız olduğunu düşünme durumu	Hayır	25.00	21.99	4.17
	Test değeri	-0.623**		
	p	0.534		
	Evet	25.00	21.89	4.17
	Hayır	25.00	22.18	4.07
	Test değeri	-0.768**		

	p		0.442	
Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgi olma durumu	Evet	25.00	22.12	4.34
	Hayır	25.00	21.80	3.42
	Test değeri		-0.724**	
	p		0.469	
Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşama durumu	Evet	20.00	19.17	3.43
	Hayır	25.00	22.89	3.92
	Test değeri		-7.694**	
	p		0.000*	
Bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşama durumu	Evet	25.00	22.80	3.39
	Hayır	24.00	20.73	4.87
	Test değeri		-3.970**	
	p		0.000*	
Bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşama durumu	Evet	20.00	20.28	3.72
	Hayır	25.00	22.56	4.09
	Test değeri		-4.920**	
	p		0.000*	
Diyabet haricinde başka kronik hastalığının olma durumu	Evet	25.00	22.03	4.02
	Hayır	24.00	22.06	4.87
	Test değeri		-0.276**	
	p		0.782	
Diyabet sebebiyle hastaneye yatma durumu	Evet	18.00	19.48	3.78
	Hayır	25.00	22.43	4.03
	Test değeri		-4.454**	
	p		0.000*	

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi

Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre ilaç uyumunu bildirim ölçeği puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde, katılımcıların diyabet hastalığı süresine göre ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Diyabet hastalık süresi 1 yıldan az, 11 sene ve üstündeki kişilerin ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarının, 1-5 yıl ve 6-10 yıl olan kişilere oranla fazla bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların önerilen tedaviye uyumlarına yönelik ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Önerilen tedaviye uyumu çok iyi olan kişilerin ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarının, iyi ya da kötü olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların kan şekeri ölçümü yapma durumuna yönelik ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Kan şekeri ölçümü yapan katılımcıların ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarının, yapamayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığına yönelik ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit için Bonferroni yapılmıştır. Kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığı haftada bir kez bulunan kişilerin ilaç uyumunu bildirim ölçeği puanlarının, düzensiz bulunan katılımcılara oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların egzersiz yapmalarına yönelik ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Egzersiz yapan kişilerin ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarının, yapmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların egzersiz yapma sıklığına yönelik ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu

gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Egzersiz uygulama aralığı düzenli olarak hergün ve haftada sadece birkaç gün olan kişilerin ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarının, düzensiz ve diğer bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların hekim kontrolüne gitme durumuna yönelik ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Hekim kontrolüne giden kişilerin ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarının, gitmeyen kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşama durumuna yönelik ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşamayan katılımcıların ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarının, yaşayanlara oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşama durumuna yönelik ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşayan kişilerin ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarının, yaşamayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşama durumuna göre ilaç uyumunu bildirim ölçeği puanlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşamayan kişilerin ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarının, yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabet sebebiyle hastaneye yatmalarına yönelik ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabet sebebiyle hastaneye yatmayan kişilerin ilaç uyumunu bildirim ölçeği puan sonuçlarının, yatan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Tablo 4.13: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Duyarlılık Algısı Boyutu			Önemseme/Ciddiyet Algısı Boyutu			Sağlık Motivasyonu Boyutu		
		Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS
Ailede diyabet hastası varlığı	Evet	30.00	28.48	3.64	30.00	28.28	3.92	23.00	23.81	3.90
	Hayır	30.00	30.00	0.00	30.00	29.42	3.58	24.00	23.42	3.44
	Test değeri	-3.531**			-3.191**			-0.328**		
	P	0.000*			0.001*			0.743		
Diyabet hastalığı süresi	Bir yıldan az (1)	30.00	30.00	0.00	30.00	30.00	0.00	20.00	20.42	2.15
	Bir-beş yıl (2)	30.00	28.65	2.81	30.00	28.12	4.06	24.00	23.77	0.86
	Altı-on yıl (3)	30.00	27.90	4.50	30.00	27.40	5.41	22.00	22.56	4.15
	11 yıl ve üzeri (4)	30.00	29.14	2.59	30.00	29.08	2.40	24.00	24.77	3.66
	Test değeri	3.376***			4.841***			38.808***		
	P	0.337			0.184			0.000*		
	Bonferroni							2>1, 4>1, 4>3		
Diyabet tedavisi biçimi	Diyet ve oral antidiyabetik	30.00	28.86	3.38	30.00	28.44	4.20	22.50	23.61	4.14
	Diyet ve insülin	30.00	30.00	.	30.00	30.00	.	23.00	23.00	.
	Diyet, oral antidiyabetik ve insülin	30.00	28.37	3.44	30.00	28.46	3.13	24.00	24.06	3.08
	Test değeri	0.177***			0.315***			0.010***		
	P	0.674			0.575			0.918		
İnsülini kendi uygulayıp uygulamadığı	Evet	30.00	28.39	3.19	30.00	28.54	3.11	24.00	23.47	3.58
	Hayır	30.00	28.81	3.46	30.00	28.42	4.11	23.00	23.85	3.91
	Test değeri	-2.436**			-0.342**			-0.399**		
	P	0.015*			0.732			0.690		
Önerilen tedaviye uyumu	Çok iyi (1)	30.00	29.62	2.03	30.00	29.53	2.52	24.00	24.35	3.86
	İyi (2)	30.00	27.22	4.34	29.00	26.89	4.43	23.00	22.94	3.71
	Kötü (3)	30.00	28.20	5.69	30.00	25.80	8.97	21.50	21.70	2.11
	Test değeri	26.309**			73.308**			7.625***		
	P	0.000*			0.000*			0.022*		
	Bonferroni	1>2			1>2			1>2		
	Evet	30.00	28.46	3.64	30.00	28.35	3.83	24.00	24.00	3.80

Kan şekeri ölçümü yapma durumu	Hayır	30.00	29.39	2.48	30.00	28.73	4.05	23.00	23.09	3.87
	Test değeri	-3.039**			-0.979**			-1.959		
	P	0.002*			0.327			0.049*		
Kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığı	Her gün (1)	30.00	29.80	0.45	30.00	29.80	0.45	20.00	23.60	5.90
	Haftada bir kez (2)	30.00	29.66	2.59	30.00	30.00	0.00	27.00	25.86	3.96
	Düzensiz (3)	30.00	28.29	3.64	30.00	27.78	4.50	22.00	22.89	3.38
	Test değeri	12.956***			37.169***			28.244***		
	P	0.002*			0.000*			0.000*		
	Bonferroni	2>3			2>3			2>3		
Egzersiz yapma durumu	Evet	30.00	28.71	3.39	30.00	28.39	4.01	23.00	23.63	3.75
	Hayır	30.00	28.72	3.46	30.00	28.72	3.32	24.00	24.26	4.13
	Test değeri	-0.505**			-0.770**			-0.941**		
	P	0.614			0.441			0.347		
Egzersiz yapılan süre sıklığı	Her gün düzenli yaparım (1)	30.00	28.90	3.54	30.00	28.80	3.14	24.00	24.71	4.39
	Haftada birkaç gün yaparım (2)	30.00	29.71	1.89	30.00	29.48	3.11	24.00	24.57	3.94
	Ayda birkaç kez (3)	30.00	30.00	0.00	29.00	29.27	0.46	25.00	24.73	2.74
	Düzensiz (4)	30.00	27.82	4.12	30.00	27.48	4.78	22.00	22.76	3.30
	Diğer (5)	30.00	27.67	3.42	30.00	27.73	2.94	22.00	21.87	3.44
	Test değeri	16.191***			29.793***			23.575***		
	P	0.003*			0.000*			0.000*		
	Bonferroni	2>4			3>1, 2>1, 2>5, 2>4			1>4, 2>4, 3>4		
Hekim kontrolüne gitme durumu	Evet	30.00	28.51	3.67	30.00	28.27	3.94	24.00	23.88	3.84
	Hayır	30.00	29.69	1.03	30.00	29.37	3.48	21.00	23.14	3.78
	Test değeri	-0.431**			-3.180**			-2.128**		
	P	0.680			0.001*			0.033*		
Diyabete yönelik bir eğitim programına katılma durumu	Evet	30.00	29.30	2.21	30.00	29.30	2.21	30.00	28.80	2.53
	Hayır	30.00	28.69	3.43	30.00	28.42	3.93	23.00	23.58	3.75
	Test değeri	-0.689**			-0.951**			-3.793**		
	P	0.491			0.341			0.000*		
Diyabetle ilgili daha fazla	Evet	30.00	27.76	3.95	30.00	27.53	4.13	24.00	23.81	4.12
	Hayır	30.00	29.63	2.43	30.00	29.35	3.41	23.50	23.70	3.54

bilgiye/eğitime ihtiyacınız olduğunu düşünme durumu	Test değeri	-4.355**			-5.587**			-0.243**		
	P	0.000*			0.000*			0.808		
Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgi olma durumu	Evet	30.00	28.52	3.46	30.00	28.25	3.83	24.00	24.50	3.99
	Hayır	30.00	29.25	3.16	30.00	29.01	4.01	21.00	21.66	2.30
	Test değeri	-2.857**			-3.401**			-6.602**		
	P	0.004*			0.001*			0.000*		
Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşama durumu	Evet	30.00	26.26	4.86	30.00	26.03	5.41	22.00	21.80	3.66
	Hayır	30.00	29.44	2.38	30.00	29.18	2.95	24.00	24.34	3.69
	Test değeri	-7.507**			-5.418**			-4.758**		
	P	0.000*			0.000*			0.000*		
Bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşama durumu	Evet	30.00	28.17	3.89	30.00	28.20	3.75	23.00	23.66	3.80
	Hayır	30.00	29.62	2.03	30.00	28.88	4.08	24.00	23.91	3.89
	Test değeri	-4.907**			-1.731**			-0.701**		
	P	0.000*			0.083			0.484		
Bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşama durumu	Evet	29.00	25.75	5.06	30.00	25.91	5.09	22.00	22.65	3.80
	Hayır	30.00	29.59	2.00	30.00	29.21	3.07	24.00	24.08	3.79
	Test değeri	-8.896**			-5.794**			-2.135**		
	P	0.000*			0.000*			0.033*		
Diyabet haricinde başka kronik hastalığının olma durumu	Evet	30.00	28.54	3.58	30.00	28.35	3.97	23.00	23.75	3.88
	Hayır	30.00	30.00	0.00	30.00	29.23	3.07	24.00	23.80	3.49
	Test değeri	-3.055**			-0.774**			-0.374**		
	P	0.002*			0.439			0.708		
Diyabet sebebiyle hastaneye yatma durumu	Evet	24.00	24.08	4.51	24.00	24.45	4.78	22.00	21.40	2.76
	Hayır	30.00	29.42	2.53	30.00	29.07	3.34	24.00	24.12	3.85
	Test değeri	-12.181**			-7.324**			-4.061**		
	P	0.000*			0.000*			0.000*		

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi

Araştırmaya katılanların hastalığa dönük özelliklerine yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçları incelendiğinde, katılımcıların ailede diyabet hastası varlığına göre duyarlılık algısı boyutu ve önemseme/ciddiyet algısı boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Ailede diyabet hastası bulunmayan kişilerin duyarlılık algısı boyutu ve önemseme/ciddiyet algısı boyutu puanlarının, ailede diyabet hastası bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabet hastalığı süresine yönelik sağlık motivasyonu boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Diyabet hastalık süresi 1-5 sene bulunan kişilerin sağlık motivasyonu boyutu puan sonuçlarının, 1 yıldan az bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Diyabet hastalık süresi 11 sene ve üstünde bulunan kişilerin sağlık motivasyonu boyutu puan sonuçlarının, 1 seneden az ve 6-10 sene bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların insülini kendi uygulamalarına yönelik duyarlılık algısı boyutu puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). İnsülini kendi uygulayamayan kişilerin duyarlılık algısı boyutu puanlarının, uygulayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların önerilen tedaviye uyumlarına yönelik duyarlılık algısı, önemseme/ciddiyet algısı ve sağlık motivasyonu puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Önerilen tedaviye uyumu çok iyi olan katılımcıların duyarlılık algısı boyutu, önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu puanlarının, iyi bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların kan şekeri ölçümü yapma durumuna göre duyarlılık algısı boyutu ve sağlık motivasyonu puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Kan şekeri ölçümü yapmayan katılımcıların duyarlılık algısı boyutu ve sağlık motivasyonu puanlarının, yapan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığına göre duyarlılık algısı boyutu, önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığı haftada bir kez olan katılımcıların duyarlılık algısı boyutu, önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu puanlarının, düzensiz bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların egzersiz yapma sıklığına yönelik duyarlılık algısı boyutu, önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Egzersiz yapma aralığı haftada birkaç gün olan katılımcıların duyarlılık algısı puan sonuçlarının, düzensiz bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların egzersiz yapma sıklığı ayda birkaç kez olan katılımcıların önemseme/ciddiyet algısı boyutu puanlarının, her gün düzenli olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Egzersiz yapma sıklığı haftada birkaç gün olan kişilerin önemseme/ciddiyet algısı boyutu puanlarının, her gün düzenli, düzensiz ve diğer olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Egzersiz uygulama sıklığı düzenli olarak her gün, haftada sadece birkaç gün ve ayda birkaç kez olan kişilerin sağlık motivasyonu puanlarının, düzensiz bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların hekim kontrolüne gitmelerine yönelik önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Hekim kontrolüne giden kişilerin önemseme/ciddiyet algısı ve sağlık motivasyonu puan sonuçlarının, gitmeyen kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabetle ilgili daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacıolduğunu düşünme durumuna göre duyarlılık algısı boyutu ve önemseme/ciddiyet algısı boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir($p<0.05$). Diyabetle hakkında bilgiye/eğitime ihtiyacı olduğunu

düşünmeyen kişilerin önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu puanlarının, düşünen kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgi olma durumuna göre duyarlılık algısı boyutu, önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu puanlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabetten kaynaklanan olumsuzluklar hakkında bilgisi olmayan kişilerin duyarlılık algısı boyutu ve önemseme/ciddiyet algısı puan sonuçlarının, olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgisi olan katılımcıların sağlık motivasyonu puan sonuçlarının, olmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşama durumuna göre duyarlılık algısı boyutu, önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir($p<0.05$). Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşamayan katılımcıların duyarlılık algısı boyutu, önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu puanlarının, yaşayan katılımcılara oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşama durumuna göre duyarlılık algısı boyutu puan sonuçları arasında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşamayan katılımcıların duyarlılık algısı boyutu puanlarının, yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşama durumuna göre duyarlılık algısı boyutu, önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu puanlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşamayan kişilerin duyarlılık algısı boyutu, önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu puanlarının, yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabet sebebiyle hastaneye yatma durumuna göre duyarlılık algısı boyutu, önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabet sebebiyle hastaneye yatmayan katılımcıların duyarlılık algısı boyutu, önemseme/ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu puanlarının, yatan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.



Tablo 4.13.1: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler		Yarar Algısı Boyutu			Engel Algısı Boyutu			Öz-Etkililik Boyutu		
		Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS
Ailede diyabet hastası varlığı	Evet	20.00	19.60	1.38	30.00	28.88	2.74	35.00	33.76	3.10
	Hayır	20.00	19.91	0.60	30.00	28.93	2.32	35.00	33.91	2.57
	Test değeri	-1.766**			-0.006**			-0.039**		
	p	0.077			0.995			0.969		
Diyabet hastalığı süresi	Bir yıldan az (1)	20.00	20.00	0.00	30.00	30.00	0.00	35.00	35.00	0.00
	Bir-beş yıl (2)	20.00	19.65	0.85	30.00	28.42	2.94	35.00	32.62	4.50
	Altı-on yıl (3)	20.00	19.26	1.78	30.00	28.19	3.29	35.00	33.04	3.48
	11 yıl ve üzeri (4)	20.00	19.87	0.95	30.00	29.33	2.13	35.00	34.36	2.29
	Test değeri	22.959***			16.289***			19.101***		
	p	0.000*			0.001*			0.000*		
	Bonferroni	4>2, 4>3			4>3			4>3		
Diyabet tedavisi biçimi	Diyet ve oral antidiyabetik	20.00	19.60	1.34	30.00	29.05	2.53	35.00	33.96	2.69
	Diyet ve insülin	20.00	20.00	.	29.00	29.00	.	35.00	35.00	.
	Diyet, oral antidiyabetik ve insülin	20.00	19.74	1.23	30.00	28.54	2.96	35.00	33.39	3.63
	Test değeri	0.108***			3.731***			0.164***		
	p	0.742			0.053			0.685		
İnsülini kendi uygulayıp uygulamadığı	Evet	20.00	19.57	1.81	30.00	27.91	3.90	35.00	32.69	4.40
	Hayır	20.00	19.57	1.81	30.00	29.21	2.04	35.00	34.14	2.31
	Test değeri	-0.456**			-3.170**			-2.740**		
	p	0.648			0.002*			0.006*		
Önerilen tedaviye uyumu	Çok iyi	20.00	19.89	0.89	30.00	29.77	1.46	35.00	34.85	1.46
	İyi	20.00	19.24	1.73	30.00	27.38	3.50	35.00	31.94	4.02
	Kötü	20.00	19.60	1.26	30.00	29.20	2.53	35.00	34.30	2.21
	Test değeri	32.848***			72.705***			76.322***		
	p	0.000*			0.000*			0.000*		
	Bonferroni	1>2			1>2, 3>2			1>2, 3>2		
Kan şekeri ölçümü yapma durumu	Evet	20.00	19.56	1.46	30.00	28.88	2.78	35.00	33.78	3.10

Kan şekerini ölçtüğü/ölçtüğü zaman aralığı	Hayır	20.00	19.89	0.64	30.00	28.91	2.39	35.00	33.79	2.81
	Test değeri	-2.018**			-0.042**			-0.236**		
	p	0.044*			0.966			0.814		
	Her gün (1)	20.00	20.00	0.00	30.00	30.00	0.00	35.00	35.00	0.00
	Haftada bir kez (2)	20.00	19.81	1.21	30.00	29.58	2.01	35.00	34.67	2.12
	Düzensiz (3)	20.00	19.57	1.35	30.00	28.58	2.88	35.00	33.39	3.28
	Test değeri	7.740***			14.490***			16.448***		
	p	0.024*			0.001*			0.000*		
Egzersiz yapma durumu	Bonferroni	2>3			2>3			2>3		
	Evet	20.00	19.63	1.39	30.00	29.02	2.63	35.00	34.00	2.78
	Hayır	20.00	19.74	0.79	30.00	28.35	2.82	35.00	32.88	3.78
	Test değeri	-1.623**			-2.787**			-2.625**		
Egzersiz yapılan süre sıklığı	p	0.105			0.005*			0.009*		
	Her gün düzenli yaparım (1)	20.00	19.93	0.52	30.00	29.80	1.10	35.00	34.76	1.28
	Haftada birkaç gün yaparım (2)	20.00	19.66	1.67	30.00	29.45	2.85	35.00	34.50	2.76
	Ayda birkaç kez (3)	20.00	20.00	0.00	30.00	30.00	0.00	35.00	35.00	0.00
	Düzensiz (4)	20.00	19.45	1.37	30.00	28.34	2.75	35.00	33.24	3.13
	Diğer (5)	20.00	19.60	0.51	24.00	25.13	2.61	28.00	28.60	3.98
	Test değeri	25.230***			86.368***			74.650***		
	p	0.000*			0.000*			0.000*		
Hekim kontrolüne gitme durumu	Bonferroni	1>5, 2>5, 3>5			1>5, 2>5, 3>5, 4>5, 1>4			1>5, 2>5, 3>5, 4>5, 1>4, 2>4		
	Evet	20.00	19.58	1.42	30.00	28.69	2.87	35.00	33.55	3.26
	Hayır	20.00	19.96	0.20	30.00	29.84	0.86	35.00	34.94	0.42
	Test değeri	-1.528**			-2.500**			-2.961**		
Diyabete yönelik bir eğitim programına katılma durumu	p	0.127			0.012*			0.003*		
	Evet	20.00	19.90	0.32	30.00	29.90	0.32	35.00	34.70	0.95
	Hayır	20.00	19.64	1.32	30.00	28.86	2.71	35.00	33.75	3.06
	Test değeri	-0.004**			-0.758**			-0.608**		
	p	0.997			0.448			0.544		
	Evet	20.00	19.52	1.25	30.00	28.22	2.82	35.00	32.89	3.45

Diyabetle ilgili daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacınız olduğunu düşünme durumu	Hayır	20.00	19.77	1.34	30.00	29.55	2.36	35.00	34.65	2.22
	Test değeri		-3.527**			-5.751**			-6.034**	
	p		0.000*			0.000*			0.000*	
	Evet	20.00	19.54	1.50	30.00	28.71	2.88	35.00	33.60	3.12
Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgi olma durumu	Hayır	20.00	19.94	0.25	30.00	29.41	1.93	35.00	34.30	2.70
	Test değeri		-1.224**			-2.110**			-2.366**	
	p		0.221			0.035*			0.018*	
	Evet	20.00	19.10	1.91	29.00	26.68	3.77	32.00	31.06	4.27
Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşama durumu	Hayır	20.00	19.81	1.00	30.00	29.55	1.79	35.00	34.60	1.90
	Test değeri		-5.788**			-8.961**			-9.199**	
	p		0.000*			0.000*			0.000*	
	Evet	20.00	19.52	1.39	30.00	28.51	2.79	35.00	33.32	3.34
Bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşama durumu	Hayır	20.00	19.86	1.11	30.00	29.54	2.33	35.00	34.57	2.20
	Test değeri		-3.385**			-4.144**			-3.918**	
	p		0.001*			0.000*			0.000*	
	Evet	20.00	18.72	2.22	30.00	26.68	3.95	35.00	31.10	4.46
Bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşama durumu	Hayır	20.00	19.92	0.65	30.00	29.55	1.67	35.00	34.58	1.79
	Test değeri		-7.804**			-8.133**			-8.570**	
	p		0.000*			0.000*			0.000*	
	Evet	20.00	19.62	1.36	30.00	28.77	2.80	35.00	33.65	3.16
Diyabet haricinde başka kronik hastalığının olma durumu	Hayır	20.00	19.89	0.68	30.00	29.83	1.01	35.00	34.80	1.18
	Test değeri		-1.389**			-2.406**			-2.184**	
	p		0.165			0.016*			0.029*	
	Evet	20.00	18.78	1.76	24.00	25.93	3.06	28.00	29.95	3.97
Diyabet sebebiyle hastaneye yatma durumu	Hayır	20.00	19.78	1.16	30.00	29.35	2.30	35.00	34.37	2.36
	Test değeri		-7.023**			-8.643**			-9.338**	
	p		0.000*			0.000*			0.000*	
	Evet	20.00	18.78	1.76	24.00	25.93	3.06	28.00	29.95	3.97

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi

Araştırmaya katılanların diyabet hastalığı süresine göre yarar algısı boyutu, engel algısı boyutu ve öz-etkililik boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu bulmak maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Diyabet hastalık zamanı 11 sene ve üstündeki kişilerin yarar algısı boyutu, engel algısı boyutu ve öz-etkililik boyutu puanlarının, 6-10 yıl bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Diyabet hastalık süresi 11 sene ve üstündeki kişilerin yarar algısı boyutu puan sonuçlarının, 1-5 sene bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların insülini kendi uygulamalarına yönelik engel algısı ve öz-etkililik puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). İnsülini kendi uygulayamayan kişilerin engel algısı boyutu ve öz-etkililik boyutu puanlarının, uygulayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılanların önerilen tedaviye uyumlarına yönelik yarar algısı , engel algısı ve öz-etkililik boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu bulmak maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Önerilen tedaviye uyumu çok iyi olan katılımcıların yarar algısı boyutu, engel algısı boyutu ve öz-etkililik boyutu puan sonuçlarının, iyi bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Önerilen tedaviye uyumu kötü bulunan katılımcıların engel algısı boyutu ve öz-etkililik boyutu puan sonuçlarının, iyi bulunan katılımcılara oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların kan şekeri ölçümü yapma durumuna göre yarar algısı boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kan şekeri ölçümü yapmayan katılımcıların yarar algısı puan sonuçlarının, yapan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığına göre yarar algısı engel algısı boyutu ve öz-etkililik puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığı haftada bir kez olan kişilerin yarar algısı boyutu, engel algısı boyutu ve öz-etkililik puan sonuçlarının, düzensiz bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların egzersiz yapma durumuna yönelik engel algısı ve öz-etkililik puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Egzersiz yapan katılımcıların engel algısı boyutu ve öz-etkililik boyutu puanlarının, yapmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların egzersiz yapma sıklığına yönelik yarar algısı, engel algısı ve öz-etkililik boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Her gün düzenli egzersiz yapan, haftalık birkaç gün ve ayda birkaç kez yapan kişilerin yarar algısı boyutu puan sonuçlarının, diğer bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Her gün düzenli egzersiz yapan, haftada birkaç gün, ayda birkaç kez ve düzensiz yapan kişilerin engel algısı boyutu puan sonuçlarının, diğer bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Egzersiz yapma sıklığı her gün düzenli olan kişilerin engel algısı puan sonuçlarının, düzensiz bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların her gün düzenli egzersiz yapma, haftada birkaç gün, ayda birkaç kez ve düzensiz olan katılımcıların öz-etkililik puan sonuçlarının, diğer olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Egzersiz uygulama sıklığı düzenli olarak hergün ve haftada sadece birkaç gün bulunan kişilerin öz-etkililik puan sonuçlarının, düzensiz bulunan kişilere oranla daha yüksek olduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların hekim kontrolüne gitme durumuna göre engel algısı boyutu ve öz-etkililik puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Hekim kontrolüne giden kişilerin engel algısı ve öz-etkililik puan sonuçlarının, gitmeyen kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabet konusunda daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacı olduğunu düşünmesine yönelik yarar algısı boyutu, engel algısı boyutu ve öz-etkililik boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabet konusunda daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacı olduğunu düşünmeyen katılımcıların yarar algısı boyutu, engel algısı boyutu ve öz-etkililik boyutu puan sonuçlarının, düşünen kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgi olma durumuna göre engel algısı ve öz-etkililik puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgisi olmayan kişilerin engel algısı ve öz-etkililik puan sonuçlarının, olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşamalarına yönelik yarar algısı, engel algısı ve öz-etkililik puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşamayan katılımcıların yarar algısı, engel algısı ve öz-etkililik puan sonuçlarının, yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşamalarına yönelik yarar algısı, engel algısı ve öz-etkililik puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşamayan katılımcıların yarar algısı, engel algısı ve öz-etkililik puan sonuçlarının, yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşamalarına yönelik yarar algısı, engel algısı ve öz-etkililik puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşamayan katılımcıların yarar algısı, engel algısı ve öz-etkililik puan sonuçlarının, yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabet haricinde kronik hastalığının olmasına yönelik engel algısı boyutu ve öz-etkililik puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabet haricinde başka kronik hastalığı olmayan kişilerin engel algısı ve öz-etkililik puan sonuçlarının, olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabet sebebiyle hastaneye yatmalarına yönelik yarar algısı, engel algısı ve öz-etkililik puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabet sebebiyle hastaneye yatmayan katılımcıların yarar

algısı boyutu, engel algısı boyutu ve öz-etkililik boyutu puan sonuçlarının, yatan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.



Tablo 4.13.2: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler		İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği		
		Med	$\bar{X}$	SS
Ailede diyabet hastası varlığı	Evet	166.00	160.57	16.76
	Hayır	167.00	164.11	13.05
	Test değeri		-0.633**	
	P		0.488	
Diyabet hastalığı süresi	Bir yıldan az (1)	165.00	165.42	2.15
	Bir-beş yıl (2)	169.00	161.23	12.95
	Altı-on yıl (3)	166.00	158.36	19.18
	11 yıl ve üzeri (4)	169.00	166.56	9.20
	Test değeri		18.990***	
	P		0.000*	
	Bonferroni		4>1, 4>3	
Diyabet tedavisi biçimi	Diyet ve oral antidiyabetik	167.00	163.53	15.02
	Diyet ve insülin	167.00	167.00	.
	Diyet, oral antidiyabetik ve insülin	167.00	162.56	12.06
	Test değeri		0.000***	
	P		0.986	
İnsülini kendi uygulayıp uygulamadığı	Evet	166.00	160.57	16.76
	Hayır	167.00	164.11	13.05
	Test değeri		-1.764**	
	P		0.078	
Önerilen tedaviye uyumu	Çok iyi (1)	168.00	168.01	6.42
	İyi (2)	166.00	155.61	18.82
	Kötü (3)	166.50	158.80	19.91
	Test değeri		23.916***	
	P		0.000*	
	Bonferroni		1>2	
Kan şekeri ölçümü yapma durumu	Evet	167.00	163.04	15.06

	Hayır	166.50	163.79	11.15
	Test değeri		-0.826**	
	P		0.409	
Kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığı	Her gün (1)	165.00	168.20	6.30
	Haftada bir kez (2)	172.00	169.59	7.57
	Düzensiz (3)	166.00	160.50	15.40
	Test değeri		40.508***	
	P		0.000*	
	Bonferroni		2>3	
Egzersiz yapma durumu	Evet	167.00	163.37	13.94
	Hayır	169.00	162.67	14.90
	Test değeri		-0.703**	
	P		0.482	
Egzersiz yapılan süre sıklığı	Her gün düzenli yaparım (1)	166.00	166.90	7.91
	Haftada birkaç gün yaparım (2)	169.00	167.36	12.42
	Ayda birkaç kez (3)	169.00	169.00	2.70
	Düzensiz (4)	166.00	159.10	16.61
	Diğer (5)	150.00	150.60	11.61
	Test değeri		36.067***	
	P		0.000*	
	Bonferroni		1>5, 2>5, 3>5, 2>4	
Hekim kontrolüne gitme durumu	Evet	168.00	162.48	15.14
	Hayır	166.00	166.94	6.04
	Test değeri		-0.348**	
	P		0.728	
Diyabete yönelik bir eğitim programına katılma durumu	Evet	175.00	171.90	8.44
	Hayır	167.00	162.94	14.18
	Test değeri		-3.577**	
	P		0.000*	
Diyabetle ilgili daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacınız olduğunu düşünme durumu	Evet	166.00	159.74	16.43
	Hayır	168.00	166.64	10.37

	Test değeri	-2.699**		
	P	0.007*		
	Evet	169.00	163.12	15.60
	Hayır	166.00	163.57	8.74
Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgi olma durumu	Test değeri	-4.221**		
	P	0.000*		
	Evet	152.00	150.93	20.38
	Hayır	169.00	166.91	8.77
Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşama durumu	Test değeri	-6.406**		
	P	0.000*		
	Evet	166.00	161.39	15.07
	Hayır	168.00	166.39	11.71
Bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşama durumu	Test değeri	-2.499**		
	P	0.012*		
	Evet	164.00	150.83	22.14
	Hayır	168.00	166.94	7.34
Bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşama durumu	Test değeri	-4.744**		
	P	0.000*		
	Evet	167.00	162.67	14.79
	Hayır	169.00	167.54	5.54
Diyabet haricinde başka kronik hastalığının olma durumu	Test değeri	-1.383**		
	P	0.167		
	Evet	142.00	144.58	18.36
	Hayır	168.00	166.11	10.82
Diyabet sebebiyle hastaneye yatma durumu	Test değeri	-7.027**		
	P	0.000*		

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi

Araştırmaya katılanların diyabet hastalığı süresine yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan gruba tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Diyabet hastalık süresi 11 sene ve üstündeki kişilerin ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçlarının, 1 yıldan az ve 6-10 yıl bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların önerilen tedaviye uyumlarına yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık bulunan gruba tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Önerilen tedaviye uyumu çok iyi olan kişilerin ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçlarının, iyi olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığına yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan gruba tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığı haftada bir kez olan katılımcıların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puan sonuçlarının, düzensiz olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların egzersiz yapma sıklığına yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Fark barındıran gruba tespit maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Egzersiz uygulama sıklığı düzenli olarak her gün, haftada sadece birkaç gün ve ayda birkaç kez olan kişilerin ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puanlarının, diğer olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Egzersiz yapma sıklığı haftada birkaç gün olan kişilerin ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puanlarının, düzensiz olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Kişilerin diyabetle ilgili eğitici bir programa katılmalarına yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puanlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabete yönelik bir eğitim programına katılan

katılımcıların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puan sonuçlarının, katılmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabetle alakalı daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacı olduğunu düşünmelerine yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabetle ilgili daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacı olduğunu düşünmeyen katılımcıların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçlarının, düşünen kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgisi olmalarına yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgisi olmayan katılımcıların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçlarının, olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşamalarına yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşamayan katılımcıların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçlarının, yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşamalarına yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşamayan katılımcıların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçlarının, yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşamalarına yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşamayan kişilerin ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçları, yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabet sebebiyle hastaneye yatmalarına yönelik ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabet sebebiyle hastaneye yatmayan katılımcıların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçek puan sonuçlarının, yatan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.



Tablo 4.14: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Davranışsal İnançlar Boyutu			Kontrol İnançları Boyutu			Tutum Boyutu		
		Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS
Ailede diyabet hastası varlığı	Evet	18.00	17.04	2.20	13.00	12.51	1.63	6.00	6.37	2.09
	Hayır	18.00	16.80	2.54	14.00	12.18	2.71	5.00	6.44	3.16
	Test değeri	-0.072**			-1.420**			-0.238**		
	P	0.943			0.156			0.812		
Diyabet hastalığı süresi	Bir yıldan az (1)	18.00	18.00	0.00	14.00	14.00	0.00	6.00	6.33	1.15
	Bir-beş yıl (2)	18.00	17.12	2.42	13.00	11.35	2.73	5.00	4.96	3.29
	Altı-on yıl (3)	18.00	16.32	2.72	13.00	12.21	1.80	6.00	5.92	1.61
	11 yıl ve üzeri (4)	18.00	17.35	1.85	13.00	12.69	1.62	6.00	6.91	2.36
	Test değeri	20.151***			22.893***			17.598***		
	P	0.000*			0.000*			0.001*		
Diyabet tedavisi biçimi	Bonferroni	1>3, 4>3			1>2, 1>3, 1>4			4>2		
	Diyet ve oral antidiyabetik	18.00	16.92	2.26	13.00	12.39	1.84	6.00	6.46	1.96
	Diyet ve insülin	18.00	18.00	.	12.00	12.00	.	5.00	5.00	.
	Diyet, oral antidiyabetik ve insülin	18.00	17.17	2.26	13.00	12.63	1.83	6.00	6.23	2.84
	Test değeri	0.390***			0.324***			1.063***		
	P	0.532			0.569			0.303		
İnsülini kendi uygulayıp uygulamadığı	Evet	18.00	17.16	2.43	13.00	12.11	2.12	5.00	6.03	2.29
	Hayır	18.00	16.95	2.20	13.00	12.58	1.72	6.00	6.50	2.26
	Test değeri	-0.718**			-2.008**			-2.657**		
	P	0.473			0.045*			0.008*		
Önerilen tedaviye uyumu	Çok iyi (1)	18.00	17.75	1.56	13.00	13.07	1.12	6.00	6.88	2.38
	İyi (2)	17.00	15.69	2.71	12.00	11.59	2.16	5.50	5.66	1.93
	Kötü (3)	17.50	17.50	0.53	12.50	10.90	3.48	5.00	5.00	0.00
	Test değeri	115.811***			37.591***			23.834***		
	P	0.000*			0.000*			0.000*		
	Bonferroni	1>2, 3>2			1>2			1>2, 2>3		
	Evet	18.00	17.10	2.19	13.00	12.65	1.57	6.00	6.83	2.24

Kan şekeri ölçümü yapma durumu	Hayır	18.00	16.71	2.40	13.00	11.96	2.35	5.00	5.14	1.88
	Test değeri		-2.816**			-1.441**			-5.326**	
	P		0.005*			0.150			0.000*	
Kan ölçtüğü/ölçtürdüğü aralığı	Her gün (1)	18.00	18.00	0.00	14.00	13.00	1.73	9.00	9.20	0.84
	Haftada bir kez (2)	18.00	17.77	1.94	13.00	12.98	1.08	6.00	6.58	2.53
	Düzensiz (3)	18.00	16.66	2.32	13.00	12.24	2.03	6.00	6.23	2.14
	Test değeri		36.352***			4.895***			7.553***	
	P		0.000*			0.087			0.023*	
	Bonferroni		2>3						1>2, 1>3	
Egzersiz yapma durumu	Evet	18.00	17.10	2.21	13.00	12.48	1.66	6.00	6.39	2.31
	Hayır	18.00	16.56	2.41	14.00	12.40	2.46	5.00	6.35	2.13
	Test değeri		-3.537**			-1.815**			-1.295**	
	P		0.000*			0.070			0.195	
Egzersiz yapılan süre sıklığı	Her gün düzenli yaparım (1)	18.00	17.32	1.84	13.00	12.78	1.43	6.00	6.03	3.00
	Haftada birkaç gün yaparım (2)	18.00	17.66	2.05	14.00	13.40	1.00	6.00	6.90	2.29
	Ayda birkaç kez (3)	16.00	16.27	0.70	12.00	12.00	0.00	9.00	8.33	1.76
	Düzensiz (4)	18.00	16.81	2.26	12.00	11.87	2.10	6.00	6.08	1.73
	Diğer (5)	14.00	13.93	3.06	12.00	10.67	2.61	5.00	5.00	1.20
	Test değeri		75.267***			58.019***			30.921***	
	P		0.000*			0.000*			0.000*	
	Bonferroni		1>5, 2>5, 4>5, 2>4, 1>3, 2>3,			1>5, 2>5, 1>3, 2>3, 2>4, 2>1			1>5, 2>5, 3>5, 2>4, 3>4	
Hekim kontrolüne gitme durumu	Evet	18.00	16.90	2.43	13.00	12.31	1.92	6.00	6.69	2.35
	Hayır	18.00	17.49	0.86	14.00	13.24	1.03	5.00	4.84	0.73
	Test değeri		-1.024**			-3.363**			-6.897**	
	P		0.306			0.001*			0.000*	
Diyabete yönelik bir eğitim programına katılma durumu	Evet	18.00	17.60	1.26	14.00	13.70	0.48	10.00	8.70	2.16
	Hayır	18.00	16.98	2.28	13.00	12.42	1.85	6.00	6.30	2.24
	Test değeri		-1.161**			-2.520**			-2.953**	
	P		0.246			0.012*			0.003*	
	Evet	18.00	16.39	2.43	13.00	12.11	2.14	6.00	6.66	2.32

Diyabetle ilgili daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacınız olduğunu düşünme durumu	Hayır	18.00	17.59	1.90	13.00	12.81	1.39	5.00	6.11	2.20
	Test değeri		-5.464***			-2.328**			-3.436**	
	p		0.000*			0.020*			0.001*	
Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgi olma durumu	Evet	18.00	16.75	2.57	13.00	12.42	1.88	6.00	6.81	2.44
	Hayır	18.00	17.71	0.46	13.00	12.59	1.71	5.00	5.19	1.05
	Test değeri		-0.761**			-0.548**			-6.787**	
Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşama durumu	p		0.446			0.584			0.000*	
	Evet	17.00	15.43	3.02	11.00	11.32	2.24	5.00	5.88	1.76
	Hayır	18.00	17.47	1.72	13.00	12.81	1.54	6.00	6.53	2.39
Bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşama durumu	Test değeri		-6.163**			-5.408**			-3.008**	
	p		0.000*			0.000*			0.003*	
	Evet	18.00	16.73	2.53	13.00	12.56	1.79	6.00	6.71	2.17
Bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşama durumu	Hayır	18.00	17.46	1.58	13.00	12.31	1.90	5.00	5.81	2.33
	Test değeri		-1.930**			-1.122**			-3.361**	
	p		0.054			0.262			0.001*	
Diyabet haricinde başka kronik hastalığının olma durumu	Evet	18.00	15.99	3.31	13.00	11.67	1.99	6.00	5.94	1.81
	Hayır	18.00	17.30	1.73	13.00	12.70	1.72	6.00	6.51	2.38
	Test değeri		-3.629**			-4.741**			-1.606**	
Diyabet sebebiyle hastaneye yatma durumu	p		0.000*			0.000*			0.108	
	Evet	18.00	17.00	2.01	13.00	12.55	1.81	6.00	6.60	2.19
	Hayır	18.00	16.97	3.63	12.00	11.77	1.85	5.00	4.69	2.22
Diyabet haricinde başka kronik hastalığının olma durumu	Test değeri		-2.258**			-2.962**			-3.730**	
	p		0.024*			0.003*			0.000*	
	Evet	15.00	15.20	2.87	11.00	11.50	2.40	5.00	5.48	1.30
Diyabet sebebiyle hastaneye yatma durumu	Hayır	18.00	17.28	2.01	13.00	12.61	1.69	6.00	6.52	2.36
	Test değeri		-6.185**			-2.859**			-3.391**	
	p		0.000*			0.004*			0.001*	

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi

Araştırmaya katılanların hastalığa yönelik özelliklerine yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçları incelendiğinde, kişilerin diyabet hastalığı süresine yönelik davranışsal inançlar boyutu, kontrol inançları boyutu ve tutum boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Diyabet hastalık süresi 1 seneden az, 11 sene ve üstünde bulunan kişilerin davranışsal inançlar boyutu puan sonuçlarının, 6-10 sene olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Diyabet hastalık süresi 1 seneden az olan kişilerin kontrol inançları boyutu puanlarının, 1-5 sene, 6-10 sene ve 11 sene ve üstünde bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Diyabet hastalık süresi 11 sene ve üstünde bulunan kişilerin tutum boyutu puanlarının, 1-5 sene bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların insülini kendi uygulama durumlarına yönelik kontrol inançları boyutu ve tutum boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). İnsülini kendi uygulayamayan kişilerin kontrol inançları boyutu ve tutum boyutu puan sonuçlarının, uygulayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların önerilen tedaviye uyumlarına yönelik davranışsal inançlar boyutu, kontrol inançları boyutu ve tutum boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Önerilen tedaviye uyumu çok iyi olan kişilerin davranışsal inançlar boyutu, kontrol inançları boyutu ve tutum boyutu puan sonuçlarının, iyi olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Önerilen tedaviye uyumu kötü olan kişilerin davranışsal inançlar boyutu puan sonuçlarının, iyi olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Önerilen tedaviye uyumu iyi olan kişilerin tutum boyutu puanlarının, kötü olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların kan şekeri ölçümü yapma durumuna yönelik davranışsal inançlar boyutu ve tutum boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Kan şekeri ölçümü yapan kişilerin kontrol

inançları boyutu ve tutum boyutu puan sonuçlarının, yapmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığına yönelik davranışsal inançlar boyutu ve tutum boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığı haftada bir kez olan kişilerin davranışsal inançlar boyutu puan sonuçlarının, düzensiz olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığı her gün olan kişilerin tutum boyutu puan sonuçlarının, haftada bir kez ve düzensiz olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların egzersiz durumuna yönelik davranışsal inançlar boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Egzersiz yapan kişilerin kontrol inançları boyutu puan sonuçlarının, yapmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların egzersiz yapma sıklığına yönelik davranışsal inançlar boyutu, kontrol inançları boyutu ve tutum boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit maksadıyla Bonferroni yapılmıştır. Egzersiz yapma sıklığı her gün düzenli, haftada birkaç gün ve ayda birkaç kez olan kişilerin davranışsal inançlar boyutu puan sonuçlarının, diğer olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Egzersiz yapma sıklığı haftada birkaç gün olan kişilerin davranışsal inançlar boyutu puan sonuçlarının, düzensiz olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Egzersiz yapma sıklığı her gün düzenli ve haftada birkaç gün olan kişilerin davranışsal inançlar boyutu puan sonuçlarının, ayda birkaç kez olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Her gün düzenli egzersiz yapan ve haftada sadece birkaç gün yapan kişilerin kontrol inançları puan sonuçlarının ayda birkaç kez ve diğer bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Egzersiz yapma sıklığı haftada birkaç gün bulunan kişilerin kontrol inançları puan sonuçlarının, düzensiz ve her gün düzenli olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Her gün düzenli egzersiz yapanların, haftada sadece birkaç gün ve ayda birkaç kez yapan kişilerin tutum boyutu puan sonuçlarının, diğer bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Egzersiz yapma sıklığı haftada birkaç gün ve ayda birkaç kez olan katılımcıların tutum boyutu puan sonuçlarının, düzensiz olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların hekim kontrolüne gitme durumuna göre kontrol inançları boyutu ve tutum boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Hekim kontrolüne gitmeyen kişilerin kontrol inançları ve tutum boyutu puan sonuçlarının, giden kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabete yönelik bir eğitici programa katılma durumuna yönelik kontrol inançları ve tutum boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabete yönelik bir eğitici programa katılan kişilerin kontrol inançları ve tutum boyutu puan sonuçlarının, katılmayan kişilere yönelik daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabetle ilgili daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacı olduğunu düşünme durumuna yönelik davranışsal inançlar boyutu, kontrol inançları boyutu ve tutum boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabet konusunda fazla bilgiye/eğitime ihtiyacı olduğunu düşünmeyen kişilerin davranışsal inançlar ve kontrol inançlar puan sonuçlarının, düşünen kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Diyabet hakkında daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacı olduğunu düşünen kişilerin tutum boyutu puan sonuçlarının, düşünmeyen kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgisinin olmasına yönelik tutum boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgisi bulunan kişilerin tutum boyutu puan sonuçlarının, olmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşama durumuna yönelik davranışsal inançlar boyutu, kontrol inançları boyutu ve tutum boyutu puan

sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşamayan kişilerin davranışsal inançlar boyutu, kontrol inançları boyutu ve tutum puan sonuçlarının, yaşayan kişilere oranla yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşamalarına yönelik tutum boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşamayan kişilerin tutum boyutu puan sonuçlarının, yaşayan kişilere oranla yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşama durumuna yönelik davranışsal inançlar boyutu ve kontrol inançları boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşamayan katılımcıların davranışsal inançlar boyutu ve kontrol inançları boyutu puanlarının, yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabet haricinde kronik hastalığının olma durumuna yönelik davranışsal inançlar boyutu, kontrol inançları boyutu ve tutum boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabet haricinde başka kronik hastalığı bulunan kişilerin davranışsal inançlar boyutu, kontrol inançları boyutu ve tutum boyutu puan sonuçlarının, bulunmayan kişilere oranla yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabet sebebiyle hastaneye yatma durumuna göre davranışsal inançlar boyutu, kontrol inançları boyutu ve tutum boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabet sebebiyle hastaneye yatmayan katılımcıların davranışsal inançlar boyutu, kontrol inançları boyutu ve tutum boyutu puanlarının, yatan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Tablo 4.14.1: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler		Subjektif Norm Boyutu			Niyet Boyutu			Bilgi Boyutu		
		Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS
Ailede diyabet hastası varlığı	Evet	4.00	3.91	0.41	10.00	9.49	0.87	16.00	15.12	1.52
	Hayır	4.00	3.51	0.87	8.00	8.04	1.30	16.00	13.87	3.41
	Test değeri	-4.602**			-7.339**			-0.363**		
	p	0.000*			0.000*			0.724		
Diyabet hastalığı süresi	Bir yıldan az (1)	4.00	4.00	0.00	10.00	9.92	0.29	14.00	14.08	0.29
	Bir-beş yıl (2)	4.00	3.54	0.86	10.00	9.00	1.47	15.00	13.81	3.27
	Altı-on yıl (3)	4.00	3.83	0.57	10.00	9.28	1.02	16.00	14.97	2.06
	11 yıl ve üzeri (4)	4.00	3.91	0.42	10.00	9.27	1.06	16.00	15.16	1.61
	Test değeri	11.538***			5.613***			25.424***		
	p	0.009*			0.132			0.000*		
Diyabet tedavisi biçimi	Bonferroni	4>2						1>2, 3>1, 4>1		
	Diyet ve oral antidiyabetik	4.00	3.84	0.54	10.00	9.41	1.00	15.00	14.85	1.96
	Diyet ve insülin	4.00	4.00	.	10.00	10.00	.	13.00	13.00	.
	Diyet, oral antidiyabetik ve insülin	4.00	3.86	0.50	9.00	8.98	1.18	16.00	15.14	2.00
	Test değeri	0.085***			0.437***			2.555***		
	p	0.771			0.509			0.110		
İnsülini kendi uygulayıp uygulamadığı	Evet	4.00	3.88	0.47	10.00	9.47	0.81	16.00	14.61	2.47
	Hayır	4.00	3.84	0.54	10.00	9.21	1.14	16.00	15.04	1.77
	Test değeri	-0.368**			-0.866**			-0.780**		
	p	0.713			0.387			0.436		
Önerilen tedaviye uyumu	Çok iyi (1)	4.00	3.93	0.36	10.00	9.44	1.03	16.00	15.47	0.93
	İyi (2)	4.00	3.78	0.63	9.00	9.08	1.12	15.00	14.28	2.54
	Kötü (3)	4.00	3.20	1.03	8.00	8.40	0.70	13.50	12.30	4.00
	Test değeri	20.476***			22.855***			19.674***		
	p	0.000*			0.000*			0.000*		
	Bonferroni	1>3, 2>3			1>2, 1>3, 2>3			1>2		
Kan şekeri ölçümü yapma durumu	Evet	4.00	3.91	0.40	10.00	9.44	0.97	16.00	15.25	1.43
	Hayır	4.00	3.68	0.74	9.00	8.84	1.24	15.00	14.05	2.81

Kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığı	Test değeri	-3.385**			-4.130**			-4.108**		
	p	0.001*			0.000*			0.000*		
	Her gün (1)	4.00	3.80	0.45	10.00	10.00	0.00	16.00	15.40	0.89
	Haftada bir kez (2)	4.00	3.98	0.22	10.00	9.69	0.69	16.00	15.73	1.00
	Düzensiz (3)	4.00	3.80	0.60	10.00	9.09	1.16	15.00	14.59	2.18
	Test değeri	7.661***			20.227***			43.514***		
	p	0.022*			0.000*			0.000*		
	Bonferroni	2>3			2>3			2>3		
	Evet	4.00	3.93	0.38	10.00	9.34	1.05	16.00	15.15	1.53
	Hayır	4.00	3.53	0.85	10.00	9.02	1.14	15.00	14.00	3.08
Egzersiz yapma durumu	Test değeri	-5.301**			-2.007**			-1.951**		
	p	0.000*			0.045*			0.051		
	Her gün düzenli yaparım (1)	4.00	3.76	0.65	10.00	9.12	1.16	16.00	15.17	1.59
	Haftada birkaç gün yaparım (2)	4.00	3.98	0.21	10.00	9.24	1.23	16.00	15.58	0.71
Egzersiz yapılan süre sıklığı	Ayda birkaç kez (3)	4.00	4.00	0.00	10.00	9.87	0.52	15.00	14.87	0.35
	Düzensiz (4)	4.00	3.91	0.41	10.00	9.40	0.82	16.00	14.70	2.20
	Diğer (5)	2.00	2.80	1.01	10.00	8.60	1.55	13.00	12.00	3.95
	Test değeri	67.796***			10.488***			25.682***		
	p	0.000*			0.033*			0.000*		
	Bonferroni	1>5, 2>5, 3>5, 4>5			3>5			1>3, 2>3, 2>5		
	Evet	4.00	3.84	0.55	10.00	9.34	1.10	16.00	14.80	2.13
Hekim kontrolüne gitme durumu	Hayır	4.00	3.92	0.39	9.00	8.96	0.89	16.00	15.59	0.50
	Test değeri	-1.098**			-3.448**			-1.619**		
	p	0.272			0.001*			0.105		
	Evet	4.00	3.60	0.84	10.00	9.50	1.58	16.00	15.20	2.53
Diyabete yönelik bir eğitim programına katılma durumu	Hayır	4.00	3.86	0.51	10.00	9.27	1.06	16.00	14.92	1.95
	Test değeri	-1.496**			-1.620**			-1.843**		
	p	0.135			0.105			0.065		
	Evet	4.00	3.74	0.67	10.00	9.41	0.96	16.00	14.53	2.51
Diyabetle ilgili daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacınız olduğunu düşünme durumu	Hayır	4.00	3.96	0.28	10.00	9.15	1.17	16.00	15.33	1.11
	Test değeri	-3.745**			-1.910**			-0.959**		

	p		0.000*		0.056		0.338			
Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgi olma durumu	Evet	4.00	3.84	0.54	10.00	9.30	1.11	16.00	15.00	1.98
	Hayır	4.00	3.87	0.49	10.00	9.20	0.97	15.00	14.73	1.94
	Test değeri		-0.511**			-1.574**			-2.874**	
	p		0.609			0.116			0.004*	
Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşama durumu	Evet	4.00	3.70	0.71	10.00	9.33	0.97	15.00	13.84	2.83
	Hayır	4.00	3.90	0.44	10.00	9.26	1.11	16.00	15.26	1.49
	Test değeri		-2.918**			-0.094**			-3.548**	
	p		0.004*			0.925			0.000*	
Bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşama durumu	Evet	4.00	3.85	0.53	10.00	9.38	1.01	16.00	15.04	2.00
	Hayır	4.00	3.86	0.52	10.00	9.10	1.16	15.00	14.76	1.91
	Test değeri		-0.217**			-2.072**			-3.993**	
	p		0.828			0.038*			0.000*	
Bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşama durumu	Evet	4.00	3.93	0.36	10.00	9.52	0.82	16.00	14.62	2.30
	Hayır	4.00	3.83	0.56	10.00	9.20	1.13	16.00	15.03	1.86
	Test değeri		-1.213**			-1.490**			-0.225**	
	p		0.225			0.136			0.822	
Diyabet haricinde başka kronik hastalığının olma durumu	Evet	4.00	3.85	0.53	10.00	9.32	1.04	16.00	14.95	1.98
	Hayır	4.00	3.89	0.47	9.00	8.94	1.30	15.00	14.83	1.89
	Test değeri		-0.457**			-1.891**			-1.340**	
	p		0.648			0.059			0.180	
Diyabet sebebiyle hastaneye yatma durumu	Evet	4.00	3.98	0.16	9.00	9.45	0.50	15.00	14.18	2.49
	Hayır	4.00	3.83	0.56	10.00	9.25	1.14	16.00	15.05	1.86
	Test değeri		-1.364**			-0.453**			-1.825**	
	p		0.173			0.650			0.068	

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi

Araştırmaya katılanların ailede diyabet hastası varlığına yönelik subjektif norm boyutu ve niyet boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Ailede diyabet bulunan kişilerin subjektif norm boyutu ve niyet boyutu puan sonuçlarının, bulunmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabet hastalığı süresine yönelik subjektif norm ve bilgi boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Diyabet hastalığı 11 sene ve üstündeki kişilerin subjektif norm boyutu puan sonuçlarının 1-5 sene olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Diyabet hastalık süresi 1 seneden az olan kişilerin bilgi norm boyutu puan sonuçları, 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11 yıl ve üstünde bulunanlara göre daha fazla bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların önerilen tedaviye uyumlarına yönelik subjektif norm, niyet ve bilgi boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Önerilen tedaviye uyumu çok iyi ve iyi bulunan kişilerin subjektif norm boyutu puan sonuçlarının, kötü bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Önerilen tedaviye uyumu çok iyi bulunan kişilerin niyet boyutu puanlarının, iyi ve kötü bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Önerilen tedaviye uyumu iyi bulunan kişilerin niyet boyutu puan sonuçlarının, kötü bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Önerilen tedaviye uyumu çok iyi bulunan kişilerin bilgi boyutu puan sonuçlarının, iyi bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların kan şekeri ölçümü yapma durumuna göre subjektif norm boyutu, niyet boyutu ve bilgi puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Kan şekeri ölçümü yapan katılımcıların subjektif norm boyutu, niyet boyutu ve bilgi boyutu puan sonuçlarının, yapmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığına göre subjektif norm boyutu, niyet boyutu ve bilgi boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla

Bonferroni yapılmıştır. Kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığı haftada bir kez bulunan kişilerin subjektif norm boyutu, niyet boyutu ve bilgi boyutu puan sonuçlarının, düzensiz bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların egzersiz durumuna yönelik subjektif norm boyutu ve niyet boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Egzersiz yapan kişilerin subjektif norm ve niyet boyutu puan sonuçlarının, yapmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların egzersiz yapma sıklığına yönelik subjektif norm, niyet ve bilgi boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Egzersizi her gün düzenli yapan, haftada sadece birkaç gün, ayda birkaç kez ve düzensiz olan kişilerin subjektif norm puan sonuçlarının, diğer olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Egzersiz yapma sıklığı ayda birkaç kez bulunan kişilerin niyet puan sonuçlarının, diğer bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Egzersiz yapma sıklığı her gün düzenli ve haftada birkaç gün bulunan kişilerin bilgi boyutu puan sonuçlarının ayda birkaç kez bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Egzersiz yapma sıklığı haftada birkaç gün olan katılımcıların bilgi boyutu puanlarının, diğer olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların hekim kontrolüne gitmelerine yönelik, niyet puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Hekim kontrolüne giden kişilerin, niyet puan sonuçlarının, gitmeyen kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabet hakkında daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacı olduğunu düşünmelerine yönelik subjektif norm puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabet hakkında daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacı olduğunu düşünmeyen kişilerin subjektif norm puan sonuçlarının, düşünen kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgili olma durumuna yönelik bilgi boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgisi bulunan kişilerin bilgi boyutu puan sonuçlarının, olmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşama durumuna göre subjektif norm boyutu ve bilgi boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşamayan katılımcıların subjektif norm boyutu ve bilgi boyutu puan sonuçlarının, yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşama durumuna yönelik niyet boyutu ve bilgi boyutu puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşayan katılımcıların niyet boyutu ve bilgi boyutu puan sonuçlarının, yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Tablo 4.14.2: Katılımcıların hastalığa yönelik özelliklerine göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devamı)

	Değişkenler	Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği		
		Med	$\bar{X}$	SS
Ailede diyabet hastası varlığı	Evet	66.00	64.44	5.66
	Hayır	64.00	60.84	10.48
	Test değeri	-0.827**		
	p	0.408		
Diyabet hastalığı süresi	Bir yıldan az (1)	66.00	66.33	1.15
	Bir-beş yıl (2)	62.00	59.77	9.75
	Altı-on yıl (3)	64.00	62.53	7.30
	11 yıl ve üzeri (4)	66.00	65.28	5.41
	Test değeri	19.515***		
	p	0.000*		
	Bonferroni	4>2, 4>3		
Diyabet tedavisi biçimi	Diyet ve oral antidiyabetik	66.00	63.86	6.92
	Diyet ve insülin	62.00	62.00	.
	Diyet, oral antidiyabetik ve insülin	65.00	64.01	6.30
	Test değeri	0.924***		
	p	0.336		
İnsülini kendi uygulayıp uygulamadığı	Evet	65.00	63.26	7.36
	Hayır	66.00	64.12	6.49
	Test değeri	-0.260**		
	p	0.795		
Önerilen tedaviye uyumu	Çok iyi (1)	67.00	66.54	4.08
	İyi (2)	63.00	60.07	7.87
	Kötü (3)	61.50	57.30	7.73
	Test değeri	73.580***		
	p	0.000*		
	Bonferroni	1>2, 1>3		
Kan şekeri ölçümü yapma durumu	Evet	66.00	65.19	5.36
	Hayır	63.00	60.38	8.58
	Test değeri	-5.259**		

	p		0.000*	
Kan şekerini ölçtüğü/ölçtürdüğü zaman aralığı	Her gün (1)	70.00	69.40	2.97
	Haftada bir kez (2)	67.00	66.72	4.67
	Düzensiz (3)	64.00	62.61	7.07
	Test değeri		33.125***	
	p		0.000*	
	Bonferroni		1>3, 2>3	
Egzersiz yapma durumu	Evet	66.00	64.38	5.68
	Hayır	64.00	61.86	9.78
	Test değeri		-0.736**	
	p		0.461	
Egzersiz yapılan süre sıklığı	Her gün düzenli yaparım (1)	64.00	64.19	6.34
	Haftada birkaç gün yaparım (2)	67.00	66.76	3.81
	Ayda birkaç kez (3)	66.00	65.33	1.45
	Düzensiz (4)	63.00	62.75	6.57
	Diğer (5)	60.00	53.00	11.83
	Test değeri		47.118***	
	p		0.000*	
	Bonferroni		1>5, 2>5, 2>1, 2>4	
Hekim kontrolüne gitme durumu	Evet	66.00	63.88	7.32
	Hayır	64.00	64.04	1.83
	Test değeri		-2.458**	
	p		0.014*	
Diyabete yönelik bir eğitim programına katılma durumu	Evet	72.00	68.30	7.18
	Hayır	65.50	63.75	6.65
	Test değeri		-3.042**	
	p		0.002*	
Diyabetle ilgili daha fazla bilgiye/eğitime ihtiyacınız olduğunu düşünme durumu	Evet	66.00	62.83	8.01
	Hayır	65.00	64.95	4.95
	Test değeri		-1.094*	
	p		0.274	

Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgi olma durumu	Evet	66.00	64.12	7.41
	Hayır	64.00	63.30	4.17
	Test değeri		-3.651**	
	p		0.000*	
Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşama durumu	Evet	62.00	59.51	9.03
	Hayır	66.00	65.22	5.19
	Test değeri		-5.286**	
	p		0.000*	
Bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşama durumu	Evet	66.00	64.26	6.98
	Hayır	64.00	63.29	6.20
	Test değeri		-2.896**	
	p		0.004*	
Bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşama durumu	Evet	64.00	61.67	6.95
	Hayır	66.00	64.57	6.50
	Test değeri		-3.199**	
	p		0.001*	
Diyabet haricinde başka kronik hastalığının olma durumu	Evet	66.00	64.28	6.59
	Hayır	63.00	61.09	7.05
	Test değeri		-4.123**	
	P		0.000*	
Diyabet sebebiyle hastaneye yatma durumu	Evet	57.00	59.78	6.48
	Hayır	66.00	64.54	6.53
	Test değeri		-4.669**	
	P		0.000*	

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi

Araştırmaya katılanların diyabet hastalığı süresine göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Diyabet hastalık yılı 11 ve üstünde bulunan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçeği puan sonuçlarının, 1-5 sene ve 6-10 sene olan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların önerilen tedaviye uyumlarına yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Önerilen tedaviye uyumu çok iyi olan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarının, iyi ve kötü bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların kan şekeri ölçümü yapma durumuna yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir($p<0.05$). Kan şekeri ölçümü yapan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarının, yapmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların kan şekerini ölçtüğü/ölçtirdiği zaman aralığına yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Kan şekerini ölçtüğü/ölçtirdiği zaman aralığı her gün ve haftada bir kez bulunan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarının, düzensiz bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların egzersiz yapma sıklığına yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Farklılık oluşturan grubu tespit amacıyla Bonferroni yapılmıştır. Her gün düzenli egzersiz yapanların ve haftada sadece birkaç gün yapan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarının, diğer bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir. Egzersiz yapma sıklığı haftada birkaç gün olan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarının, her gün düzenli ve düzensiz bulunan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların hekim kontrolüne gitme durumuna yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir

($p<0.05$). Hekim kontrolüne gitmeyen kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarının, giden kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabete yönelik bir eğitici programa katılmalarına yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabete yönelik bir eğitici programa katılan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarının, katılmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgisi olma durumuna yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgisi olan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarının, olmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşama durumuna yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü yaşamayan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarının, yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşama durumuna yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar kan şekeri yüksekliği yaşayan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarının, yaşamayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşama durumuna yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Bugüne kadar diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşamayan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarının, yaşayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabet haricinde başka kronik hastalığının olma durumuna yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puanlarında istatistiki farklılık

bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabet haricinde başka kronik hastalığı olan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarının, olmayan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılanların diyabet sebebiyle hastaneye yatma durumuna yönelik akılcı ilaç kullanımı ölçek puanlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir ($p<0.05$). Diyabet sebebiyle hastaneye yatmayan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puan sonuçlarının, yatan kişilere oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmektedir.



5. TARTIŞMA

5.1. İlaç Tedavisi Uyum

Araştırmamızda yaş ile ilaç uyum ölçeği arasında istatiki farklılık bulunmuştur. Lee ve arkadaşları yaptıkları çalışmada diyabette medikal tedaviye uyumun, genç hastalarda daha kötü olduğunu görmüşlerdir (Lee ve diğerleri, 2013). Aloudah ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve genç olan hastalardaki ilaca gösterilen uyumun daha kötü bulunduğu gözlenmiştir (Aloudah ve diğerleri, 2018). Bizim araştırmamızda ise, yaşı 65-69 arası olan katılımcıların ilaç uyumunu bildirim ölçeği puanları ,70-74 arası ve 80 üzeri olan katılımcılara göre daha fazladır. Öyle ki, yaştaki artışla beraber uyumda azalma gözlenmiştir. Literatürle uyuşmamasında örneklem seçiminin etkisi olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanısıra, yaşlanmayla birlikte unutkanlık ve yalnızlığın artması, kişinin boşvermişliğe girerek kendisinden vazgeçmesi gibi sebeplerde hastaları ilaç uyumsuzluğuna sevk etmiş olabilir.

Araştırmamızda, cinsiyete göre ilaç uyumunu bildirim ölçeği puanları arasında istatikselsel bir fark vardır. Erkek katılımcıların ilaç uyumu, kadınlara göre daha fazla bulunmuştur. Bu durum erkeklerin hastalık sürecinden, hastalığın komplikasyonlarından daha korktuğunu, kendi bakım ihtiyacını gidermekle ilgili kaygılarının daha yüksek olduğunu bu sebeplerlede yetersiz ve olumsuz durumlarla mücadelede daha istekli olduğunu bize düşündürmektedir. Buna rağmen Wong ve arkadaşlarının diyabet tanısı almış hastalarda glisemik kontrolü ve ilaç uyumunu araştırdıkları çalışmada (Wong ve diğerleri, 20148), Lee ve arkadaşlarının Tip 2 dm tanısı almış hastalarda yaptıkları çalışmada (Lee ve diğerleri, 2013), Chew ve arkadaşlarının Malezya 2’da Tip 2 dm tanısı almış kişilerle gerçekleştirdiği çalışmada (Chew, Hassan ve Sherina, 2015), cinsiyet ile ilaca uyum puan sonuçlarında istatiki farklılık görülmemiştir..

Kişilerin eğitim durumlarına yönelik ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık bulunduğu gözlenmiştir.Eğitim seviyesi

arttıkça ilaç uyumlarında artış gözlenmiştir. Literatürde; Daley ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda, eğitim seviyesi yüksek hastaların daha iyi bir sosyal desteğe sahip bulundukları sonucuna varılmıştır. İlaçlarını, hastalık hallerini ve ilgili komplikasyonları daha iyi bir şekilde kavrayabilmeleri sebebiyle ilaç tedavisine daha fazla uyumlu olmalarının beklenen bir sonuç olacağını belirtmişlerdir (Daley ve diğerleri, 2015). Bu anlamda araştırma sonucumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda, medeni durumlarına yönelik ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarında istatistiki anlamda farklılık gözlenmiştir. Evli olan kişilerin ilaç uyumu, bekarlara göre daha fazla bulunmuştur. Chew ve arkadaşlarının, Tip 2 diyabet tanılı hastalarla yapmış olduğu çalışmada (Chew, Hassan ve Sherina, 2015), Aloudah ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada (Aloudah ve diğerleri, 2018) medeni durum ve ilaca uyum puan sonuç ilişkisine bakıldığında istatistiki anlamda farklılık bulunamamıştır.

Araştırmamızda egzersiz yapma durumuna yönelik ilaç uyumunu bildirim ölçek puan sonuçlarında istatistiki farklılık bulunduğu gözlenmektedir. Egzersiz yapan kişilerin, ilaç uyumları yapmayanlara göre daha iyidir. Wong ve arkadaşlarının araştırmasında düzensiz egzersiz yapanların ilaç uyumlarının, düzenli egzersiz yapanlara nazaran daha düşük bulunduğu gözlenmiştir (Wong ve diğerleri, 2014). Chew ve arkadaşlarının çalışmasında, hafta boyu 3 defa ve daha az egzersiz yapan kişilerin, ilaç uyumları haftada 3'ten fazla egzersiz yapanlara oranla daha düşük bulunmuştur (Chew, Hassan ve Sherina, 2015). Buda bize egzersizin ilaç uyumunu artırdığını ve araştırmamızın literatürü desteklediğini göstermektedir.

Çalışmamızda hekim kontrolüne gitme durumuna göre ilaç uyum puanları arasında anlamlı bir fark vardır. Hekim kontrolüne giden katılımcıların, gitmeyenlere göre ilaç uyumlarının daha iyi olduğunu görmekteyiz. Literatürü incelediğimizde, Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hastaların %60'ı düzenli olarak doktora gittiklerini ve bunların ilaç uyumlarının gitmeyenlere göre daha iyi olduğunu söylemiştir (Arslan, 2011). Acemoğlu ve arkadaşları, yaptığı çalışmada da benzer sonuca ulaşmışlardır. Buda bizim araştırmamızı destekler niteliktedir.

5.2. Sağlık İnançları

Diyabetli kişilerde koruyucu /önleyici sağlık davranışlarının yürütülmesi ve sürdürülmesinde sağlık inançları çok etkili olmaktadır. Literatürde, dm'li kişilerde, koruyucu/önleyici davranışların düşük algılanan duyarlılık, düşük algılanan ciddiyet ve yüksek algılanan engeller ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. (Tan, 2004) Çıkan bu sonuçlarda, sağlık inançlarının geliştirilmesinde koruyucu sağlık davranışlarının ne denli önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Dm'li hastaların sağlık inancının iyileştirilmesinde, hemşirelerin büyük sorumluluğu bulunmaktadır (Tarkang ve Zotor, 2015).

Literatürde; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir gibi bazı sosyo demografik özellikler, sağlık davranışlarının yerine getirilmesinde rol oynayan sağlık inançlarını (algılanan duyarlılık, ciddiyet, faydalar ve engeller) etkileyen önemli etmenler olarak kabul görmektedir (Champion ve Skinner, 2008).

Bu araştırmada, yaşlı diyabetlilerin bazı sosyo demografik özelliklerine göre sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımları incelenmiştir.

Yaşlı diyabetlilerin cinsiyet durumları ile sağlık inançları puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, cinsiyet ile ölçeğin alt boyutlarından; algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur. Erkek katılımcıların duyarlılık algısı boyutu ve önemseme /ciddiyet algısı boyutu puanlarının, kadın katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde cinsiyet durumu ile sağlık inançları arasında farklı sonuçlar elde edilmektedir. Örneğin; Global Fund2008, Stanhope ve Lancaster 2012'nin araştırmasında bizim araştırma bulgumuzun tersine erkeklerin kadınlara göre hastalıklarını daha az önemseddiği, riskli davranışları daha fazla gerçekleştirdiği, hastalığa yönelik daha fazla komplikasyon geliştiği sonucu ortaya çıkmıştır (National Diabetes Statistics Report, 2020). Bu farklılıklar araştırmaya dahil edilen katılımcıların eğitim, gelir düzeyi gibi değişik sosyo demografik özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Yaşlı diyabetlilerin medeni durumları ile sağlık inançları arasındaki ilişki incelendiğinde, medeni durumun diyabetli yaşlılarda sağlık inancını etkilediği

belirlenmiştir. Araştırmada, evli katılımcıların duyarlılık algısı boyutu ve önemseme/ciddiyet algısı boyutu puanlarının, bekar katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların beraber yaşadığı kişiye göre duyarlılık algısı boyutu, önemseme /ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu boyutu puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Beraber yaşadığı kişi eşi çocukları ve diğer olan katılımcıların duyarlılık algısı boyutu puanlarının, tek yaşayan katılımcılara göre daha fazla bulunmuştur. Bu iki sonuç bize, evli olmanın ve yalnız yaşamıyor olmanın bireyler açısından sosyal destek olarak düşünüldüğünü göstermektedir. Literatürde, aile bireyleriyle birlikte yaşamının, diyabet hastalarının bakımına aile bireylerinin de yardımcı olabileceği ve bu sayede hastalarda daha az komplikasyon gelişebileceği bildirilmektedir (Novak ve diğerleri, 2012). Sosyal desteğe sahip olan diyabet hastalarının sağlık inançları daha yüksektir (Pouwer, 2017).

Araştırmamızda, eğitim durumu, sağlık güvence varlığı ve ekonomik duruma göre duyarlılık algısı boyutu, önemseme ciddiyet algısı boyutu ve sağlık motivasyonu boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu sonucuna varılmıştır. Eğitim durumu ve ekonomik gelir arttıkça, yaşlı diyabetlilerin sağlık inançlarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Yaşlı diyabetlilerin sağlık inancını etkileyen bir diğer etmende hastalığın süresidir. Araştırmamızın, sağlık inanç modeli tüm alt boyutları ve genel puan ortalaması sonuçları, hastalık süresi arttıkça sağlık inancının arttığını göstermektedir. Birçok araştırmacı, hastalık süresi arttığında sağlık inanç puanının arttığını belirtmişlerdir (Sevinç, Fadılloğlu ve Katğı, 2012). Bu anlamda araştırma sonucumuz literatürde ile benzerlik göstermektedir. Bunun yanısıra hastalık süresi ile sağlık inanç modeli arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalarda mevcuttur (Sabate, 2001).

Önerilen tedaviye uyumu çok iyi olan katılımcıların, iyi olan katılımcılara göre sağlık inançlarının daha iyi olduğunu görmekteyiz. Buda tedavi uyumu ve sağlık inancının doğru orantılı olduğunu bize göstermektedir. Birçok çalışma ,verilen tedaviye inanmanın tedaviye uyum algılarını olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (Tekin ve Kara, 2016). Diyabetli hastaların diyet ve tedavilerine uyumunun hastalığın metabolik kontrolünün sürdürülmesinde önemli rolü vardır (Sevinç, Fadılloğlu ve

Katgı, 2012). Sağlık inancı yükseltileen hastaların tedaviye olan uyumlarında da artış yaşanacaktır. Bu durumu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır.

Literatürde; araştırmacılar yaşlı diyabet hastaları ile yaptıkları çalışmada, hastalara hastalıkları ile ilgili bilgi vermiş ve böylece sağlık inançlarını geliştirmek suretiyle tedavi uyum algılarını artırmıştır (Kaya ve Kitiş, 2018).

Araştırmamızda, kan şekeri ölçümünü düzenli yapan katılımcıların, sağlık inançları düzensiz yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kaya ve Kitiş'in araştırmasında da tedavisini düzenli olarak uygulayan, kan şekerini düzenli ölçen yaşlıların sağlık inanç puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Kaya ve Kitiş, 2018). Araştırmamız, literatür bilgisini destekler niteliktedir.

Araştırmamızda yaşlı diyabetli hastaların sağlık inanç düzeyleri ve egzersiz yapma durumu incelendiğinde; düzenli egzersiz yapan hastaların yapmayanlara göre puanları daha yüksek bulunmuştur. Araştırmacılar tarafından yapılan çalışmalarda, egzersiz yapan hastaların sağlık inançlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır (Yandım, 2011). Bulgumuz literatürü desteklemektedir.

Araştırmamız, bugüne kadar kan şekeri düşüklüğü ve yüksekliği yaşamayan, diyabetin sebep olduğu olumsuzlukları yaşamayan, diyabet sebebiyle hastaneye yatmayan katılımcıların diyabetin sebep olduğu olumsuzlukları yaşayan ve hastaneye yatan hastalara göre sağlık inançlarının daha yüksek olduğu sonucunu bize vermektedir. Buda diyabetin sebep olduğu komplikasyonların hastalar üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu bilgisini bize vermektedir. Gelişen komplikasyonlar hastaların kendilerini kötü hissetmelerine neden olabilmektedir (Tavşanlı ve Özmen, 2016). Araştırma bulgumuz literatürle uyuşmaktadır.

Araştırmamız diyabete yönelik bir eğitim programına katılan katılımcıların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puanlarının, katılmayan katılımcılara göre daha fazla olduğunu bize göstermektedir. Aynı zamanda diyabetle ilgili daha fazla bilgiye ya da eğitime ihtiyacı olduğunu düşünmeyen katılımcıların puanları, düşünen katılımcılara göre daha fazla bulunmuştur. Buda bize göstermektedir ki, hastalığı tanımak ve etkileri hakkında bilgi sahibi olmak, hastalığı daha çok ciddiye almaya sebep olmaktadır (Şen, Berk ve Sindel, 2019).

5.3 Akılcı İlaç Kullanım Düzeyleri

Yaşlı nüfus çeşitli hastalıklara sahip olduğu için en yüksek ilaç tüketicisidir. Bu sebeple, daha fazla akılcı olmayan ilaç kullanımı söz konusu olmaktadır. Bu araştırmada yaşlıların akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve uygulamaları değerlendirilmiştir.

Araştırmamız göstermektedir ki, yaş arttıkça doktor talimatına uyma, ilaç ile ilgili söylenenleri anlama, ilaçların kullanım amaçlarını bilme, ilaçların son kullanma talimatlarını kontrol etme, ilacı zamanında alma, sağlık personellerinden bilgi alma seviyelerinde anlamlı bir düşüklük olmaktadır.

Yapılan bir çalışmada yaş ile ilaçların son kullanma tarihlerini kontrol etme arasında anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir (Alp ve diğerleri, 2018). Bireyler yaşlandıkça bilişsel ve fonksiyonel kapasitelerinde azalmaların meydana geldiği düşünüldüğünde, elde edilen veriler beklenen sonuçlardır.

Araştırmamızda, eğitim durumundaki artışa göre katılımcıların akılcı ilaç kullanım ölçeği puanlarında artış gözlenmiştir. Bu çalışmaya benzer yapılan bir çalışmada da eğitim durumu ile ilaçların son kullanma tarihleri arasında anlamlı bir fark olduğu sonucuna varılmıştır (Alp ve diğerleri, 2018).

Pouwer ve arkadaşlarının çalışmasında da doktorlardan bilgi isteyenler, eğitim durumlarına yönelik kıyaslandığında eğitim durumu arttıkça bilgi istemeninde arttığı ve olumlu farkındalık meydana getirdiği görülmektedir (Pouwer, 2017). Bu durum ilaç kullanımı ve uyumu ile ilgili beklenen bir sonuçtur. Fakat, Yapıcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanların hekime danışmadan ilaç kullanma oranlarının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Yapıcı, Balıkcı ve Uğur, 2011).

Araştırmamız, evli bulunan yaşlı katılımcıların rahatsızlandığında en önce doktora gittiği, ilaç kullanırken hekim tavsiyesine uyduğu, ilaçlar hakkında söylenenleri anladığı, ilaçların ne amaçla kullanıldığını bildiği, ilaçla alakalı bilgiyi birçok doktordan aldığı sonucunu bize vermektedir. Kuvvetlioğlu ve arkadaşları

yaptıkları çalışmada evli olan bireylerin ilaç uyumunun daha iyi olduğunu söylemiştir (Kuvvetlioğlu, 2011). Bu sonuçlarda bize gösteriyor ki, evli çiftler ilaç kullanırken birbirlerini desteklemektedirler.

Araştırmamızda akılcı ilaç kullanımıyla sosyal güvence varlığı ve ekonomik durumun ilişkisi yönünden anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Yapılan bir çalışmada, gelir seviyesi ile ilaçların son kullanma tarihlerini kontrol etme arasında anlamlı farklılık bulunmadığı bildirilmiştir. Buda araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir.

Araştırmada, yaş, cinsiyet, medeni hal, öğrenim seviyesi, gelir seviyesi ile karşılaştırdığımız tüm özellikler, yaşlı kişilerin ilaca uyumunu etkileyen etmenler arasında sayılıyor denilebilir.

Araştırmamızda yaşlı diyabetlilerin hastalıklarına yönelik değişkenlerle, akılcı ilaç kullanımı arasında anlamlı ilişkilerin saptandığını görmekteyiz. Diyabetik yaşlılarda hastalık süresi arttıkça ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanımında artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda tedavi uyumu çok iyi olan yaşlıların iyi ve kötü olanlara oranla puanları daha yüksektir. Aynı zamanda, araştırmada düzenli kan şekeri ölçümü yapan, düzenli egzersiz yapan katılımcıların, akılcı ilaç kullanma puanları daha fazla bulunmuştur.

Diyabete yönelik bir eğitim programına katılmış, diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilgisi olan katılımcıların akılcı ilaç kullanım puanları diğerlerine göre daha yüksektir. Buda bize, hastalık hakkında bilgili olmanın kişilere olumlu katkı sağladığını göstermektedir. Bu yararlı etkilerden ötürü sağlık profesyonellerine düşen, hasta kişilere eğitimleri artırmak ve kişileri daha fazla bilinçlendirmektir.

SONUÇ

Diyabet hastalığı olan yaşlıların ilaç tedavisine uyumu, ilaç kullanımına ilişkin sağlık inançları ve akılcı ilaç kullanım düzeylerinin değerlendirilmesi için yaptığımız araştırmamızın sonuçları;

Yaştaki artışla beraber ilaç uyumunda ve akılcı ilaç kullanım düzeyinde azalma gözlenmiştir.

Cinsiyetin ilaç uyumunu etkilediği; erkek katılımcıların, kadınlara göre daha uyumlu, sağlık inançlarının da daha yüksek olduğu görülmüştür.

Eğitim durumu ilaç uyumunu etkileyen önemli bir faktördür. Eğitim seviyesi arttıkça ilaç uyumunda, sağlık inancında ve akılcı ilaç kullanım düzeyinde artış gözlenmiştir. İlaçlarını, hastalık hallerini ve ilgili komplikasyonları daha iyi kavrayabildikleri ve daha iyi bir sosyal desteğe sahip bulundukları sonucuna varılmıştır.

Ekonomik gelir artışı sağlık inancında artışa sebep olmakta ancak akılcı ilaç kullanım düzeyini etkilememektedir.

Evli olan kişilerin, bekar olanlara göre ilaç uyumları, sağlık inançları ve akılcı ilaç kullanma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Egzersizini düzenli yapan ve düzenli olarak hekim kontrolüne giden kişilerin ilaç uyumları, sağlık inançları ve akılcı ilaç kullanım düzeyleri düzensiz olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Hastalık süresi daha uzun ve tedavi uyumu daha iyi olan hastaların sağlık inançları ve akılcı ilaç kullanım düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

ÖNERİLER

Bu çalışma, diyabet hastalığı olan yaşlıların sosyodemografik ve hastalığa yönelik özelliklerine göre; ilaç tedavisine uyumu, ilaç kullanımına ilişkin sağlık inançları ve akılcı ilaç kullanım düzeylerinin değerlendirilmesi açısından karar vericilere, sağlık yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına diyabetin yönetimi ve hastalıkla mücadele konusunda kanıta dayalı önemli bilgiler sunmaktadır.

Pozitif tutumların desteklenmesi, yaşlılarda diyabet tutumlarının iyileştirilmesi için planlı eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu konularla ilgili daha geniş evren ile çalışma yapılması önerilebilir.

Yalnız yaşayan, köyde yaşayan, sosyoekonomik ve kültürel olarak yetersiz olan hastalarımıza evde eğitim modelinin kullanılması ve yaygınlaştırılması önerilebilir.

Geriatrik gruplarda ilaç uyumu, sağlık inancı ve akılcı ilaç kullanımına yönelik sağlık ve sosyal politikaların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Advani A. Acute Kidney Injury: A Bona Fide** Complication of Diabetes. *Diabetes* 2020; 69(11):2229-2237
2. **Ahola A.J, Groop P. H. Barriers** to self-management of diabetes. *Wiley Online Library* 2012;112: 1-10.
3. **Akar Z, Bebiş H, Özdemir S.** Diyabetli Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sağlık İnançları Arasındaki İlişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014; 30 (3): 32- 46.
4. **Akça, T.A., Çınar, S.** Comparison of psychosocial adjustment in people with diabetes with and without diabetic foot ulceration. *Aust J Adv Nurs* 2008; 25(4), 87-96.
5. **Akıcı A, Gelal A, Erenmemişoğlu A, Melli M, Babaoğlu M, Oktay S.** Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi Uygulama Sürecinde Türkiye’deki Tıp Fakültelerinde Farmakoloji Anabilim Dallarının Durumunun İncelenmesi .*Tıp Eğitimi Dünyası*. 2011; 29(29): 11-20.
6. **Aloudah N M, Scott N W, Aljadhey H S, Araujo-Soares V, Alrubeaan K A, Watson M C,** Medication adherence among patients with Type 2 diabetes: A mixed methods study, School of Pharmacy and Pharmacology, University of Bath, United Kingdom, *PLoS One* 2018; 13(12).
7. **Alp, H., Türk, S., Yılmaz, S., Tiryaki, Ü. M., & Yiğitbaşı, M.** (2018). Akılcı ilaç kullanımı. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 9(33), 20-28.8. Anonim, *Vikipedi Özgür Ansiklopedi*. (2022). Endokrin Sistem. Erişim Adresi: tr.wikipedia.org/wiki/Endokrin_Sistem
8. **Arslan, E.** (2011). Tip 2 diabetes mellituslu hastaların tedaviye uyumlarını etkileyen faktörler. *Diyarbakır: Dicle Üniversitesi*, 37-8.
9. **Ayele K, Tesfa B, Abebe L, Tilahun T, Girma E.** Self Care Behavior among Patients with Diabetes in Harari, Eastern Ethiopia: The Health Belief Model Perspective. *PLoS ONE* 2012;7(4): 1-6
10. **Canpolat M.** Diyabetik Ayak Gelişen Hastalarda Algılanan Sosyal Destek İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 2018, 1-65
11. **Champion VL, Skinner CS.** The Health Belief Model. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editörs. *Health Behavior and Health Education: theory, research, and practice*. 4nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008: s. 45-62.
12. **Chew B-H, Hassan N-H, Sherina M-S,** Determinants of medication adherence among adults with type 2 diabetes mellitus in three Malaysian public health clinics: a cross-sectional study, *Patient Preference and Adherence* 2015; 9: 639–648
13. **Coşansu G. Diyabette Genel Sağlık Önerileri.** **Erdoğan S,** editör. *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. İstanbul: Yüce Reklam Yayın Dağıtım A.Ş., 2002. p.188-9

14. **Çakmak V, Pakyüz S.** (2020). A Methodological Study: Development of the Rational Drug Use Scale Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020; 23(4): 498-507
15. **Çiçek, Z.** (2012) Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=RYan9_SSayfa_7_Z7Eir3xdWGXBihAWSGohpGq831joPXn45k7k8VaRdKs0RKJD9HamuhZN
16. **Daley, D. J., Deane, K. H. O., Gray, R. J., Hill, R., & Myint, P. K.** Qualitative evaluation of adherence therapy in Parkinson's disease: A multidirectional model. Patient Preference and Adherence 2015; 9: 989-998.
17. **Dietrich, Uta C.** "Factors influencing the attitudes held by women with type II diabetes: A qualitative study." Patient Education and Counseling 1996; 29(1): 13-23
18. **Doggrell SA, Warot S.** The association between the measurement of adherence to anti-diabetes medicine and the HbA1c. International Journal of Clinical Pharmacy. 2014;36:488-497;
19. **Fisher, B.E., Walker, E.A., Bostrom, A., Fischhoff, B.** Behavioral science research in the prevention of diabetes. Diabetes Care 2002; 25, 599-606
20. **Gedik O.** Diyabetes Mellitus ve Yaşlı. Arnoğul S, editör. Geriatri ve Gerontoloji. 0Ankara: MN Medikal & Nobel Tıp Kitap Sarayı; 2006. p.441-6
21. **Gökdoğan Feray, Kes Duygu** (2017) Validity and reliability of the Turkish Adherence to Refills and Medications Scale Oct;23(5).doi: 10.1111/ijn.12566. Epub 2017 Jul 20.
22. **Hocaoğlu N, Güven H, Gidener S ve ark.** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerinin akılcı ilaç kullanım becerileri üzerine akılcı ilaç kullanım kursunun kısa dönem etkileri. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2011; 25: 15
23. **Horne R, Weinman J.** Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. Psychol Health 2002;17:17-32.
24. **Huang E. Appropriate** Application of Evidence to the Care of Elderly Patients with Diabetes. Curr Diabetes Rev 2007; 3(4): 260-263.
25. **Federation, I. D.** (2017). IDF diabetes atlas 8th edition. *International diabetes federation*, 905-911.
26. **İlaç Endistüri İş Verenler Sendikası.** Türkiye ilaç Sektörü 2020. Erişim adresi: <http://ieis.org.tr/ieis/tr/sektorraporu2020> Erişim tarihi: 27.05.2022
27. **Javanshir, M.** (2006). *Assessing diabetes attitudes of patients with type 1 and type 2 diabetes* (Doctoral dissertation, Master Thesis, Istanbul University Health Science Institution, Istanbul, 45-50).
28. **Karaca Sivrikaya, S. Ergün, S.** Diyabet Eğitimi ve Hemşirenin Rolü, Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:3, Sayfa: 25-36

29. **Karaca Sivrikaya S.** Geriatrik diyabetlinin bakım yönetimi. Ünsal Avdal E, editör. Güncel Diyabet Yönetimi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.29-33.
30. **Kartal A, Özsoy A.S.** Tip 2 Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına ve Metabolik Kontrole Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;1–15.
31. **Kaya Ş.Ş, Kitiş Y.** Elderly Diabetes Patients' Health Beliefs About Care And Treatment For Diabetes. International Journal of Human Sciences 2018; 15(1): 51-61.
32. **Kıssal A, Batisen Kartal.** Effects of Health Belief Model-Based Education on Health Beliefs and Breast Self-Examination in Nursing Students. Asia Pac J Oncol Nurs 2019; 6(4): 403–410.
33. **Kim, S.H.** (2016). Educational attainment moderates the associations of diabetes education with health outcomes. International Journal of Nursing Practice. doi: 10.1111/ijn.12454. [Epubahead of print.
34. **Kuvvetlioğlu K.** (2011). *Yaşlı Hastaların İlaç Kullanım Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. K.K.T.C. Y.D.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, (Danışmanı: Yrd. Doç Dr. Leyla Özdemir). Yapıcı G, Balıkcı S, Uğur Ö.* (2011). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. Dicle Tıp Dergisi, 38 (4):458-465.
35. **Lee W-Y, Ahn J, Kim J-H, Hong Y-P, Hong S K, Kim Y T, Lee S H,** Morisky D E, Reliability and validity of a self-reported measure of medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus in Korea. Journal of International Medical Research 2013; 41(4): 1098–1110.
36. **Mcmacken M, Shah S.** A plant-based diet for the prevention and treatment of type 2 diabetes. J Geriatr Cardiol 2017; 14(5): 342–354.
37. **Mitikulena A, Smith RB.** Wives of Pasific Island People with Noninsulin Dependent Diabetes: A Wellington Survey. N Z Med J 1996; 103 (59): 467-469. 39. Mohebi S, Azadbakht L, Feizi A, Sharifirad G, Kargar M. Structural Role of Perceived Benefits and Barriers to Self-care in Patients with Diabetes. Journal of Education and Health Promotion 2013; 37 (2): s. 1-7.
38. **Mollaoğlu, M., Özkan Tuncay, F., Kars Fertelli, T.** 2011. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler. 4 (3), 125-130
39. **National Diabetes Statistics Report 2020,** Estimates of Diabetes and Its Burden in the United States, <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf>
40. **NCD Risk Factor Collaboration** (2016), “Worldwide Trends in Diabetes Since 1980: A Pooled Analysis of 751 Population-based Studies with 4.4 Million Participants”, The Lancet, Vol. 387, 1513-1530, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00618-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00618-8).
41. **Novak M, Björck L, Giang K. W, Stahl C, Willhelmsen L, Rosengren A.** Perceived stress and incidence of Type 2 diabetes: a 35-year follow-up study of middle-aged Swedish men. Diabetic Medicine 2012; 30 (1): 8-16

42. **Pouwer F. Depression:** a common and burdensome complication of diabetes that warrants the continued attention of clinicians, researchers and healthcare policy makers. *Diabetologia* 2017;60: s.30–34.
43. **Sabaté, E., & Dünya Sağlık Örgütü.** (2001). *Uzun vadeli terapilere uyum: eylem politikası: toplantı raporu, 4-5 Haziran 2001* (No. WHO/MNC/CCH/01.02). Dünya Sağlık Örgütü.
44. **Sağlık Bakanlığı** 2013. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara. Erişim Adresi:Http://Sbu.Saglik.Gov.Tr/Ekutuphane/Kitaplar/ Khrfat.Pdf Erişim Tarihi: 13.12.2022
45. **Tekin, Ç. S., & Kara, F.** (2016). Dünyada ve türkiye’de yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD)*, 3(1), 219-229.
46. **Sandy R, Connor U.** Variation in medication adherence across patient behavioral segments: a multi-country study in hypertension. *Patient Prefer Adherence* 2015;9:1539-48.
47. **Sevinç S, Fadiloğlu Ç, Katgı A.** Diyabetli Bireylerde Sağlık İnancı Glisemik Kontrol ve Komplikasyonlar. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* 2012; 4(1): 1-7.
48. **Sürmelioglu, N., Kiroğlu, O., Erdoğan, T., Karatağ, Y.** 2015. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımını Önlemeye Yönelik Tedbirler. *Arçiv Kaynak Tarama Dergisi*.24(4): 452-462.
49. **Tan MY.** The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Res Clin Pract* 2004; 66: 71-7. [15364164] [doi. org/10.1016/j.diabres. 2004.02.021].
50. **Tarkang E, Zotor F.** Application of the Health Belief Model (HBM) in HIV Prevention: A Literature Review. *Central African Journal of Public Health* 2015; 1(1): s.1-8.
51. **Tavşanlı N, Özmen D.** Diyabetik Hastaların Sağlık İnançlarının Metabolik Kontrol Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi* 2016;s.1-21.
52. **.Tekin, O., Erarslan, E., Işık, B., Özkara, A.** Treatment barriers in diabetic patients and their importance in glycemic control: A cross-sectional study in the Pursaklar region of Ankara. *Yeni Tıp Derg* 2007; 24(2),105-109
53. **Temel Hipofiz Çalışma Grubu.** (2020). Hipofiz Hastalıkları Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu. Ankara: Miki Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd.Şti
54. **Temeloğlu-Şen, E., Sertel-Berk, Ö. ve Sindel, D.** (2019). İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 82(1), 52-61. doi:10.26650/IUITFD.413637
55. **Thiel, D.M. Sayah, F.A., Valiance, J., Johnson, S.T., Johnson, J.A.** Physical activity and health related quality of life in adults with Type 2 Diabetes results from a prospective cohort study. *Journal of Physical Activity & Health* 2017; 14(5): s.368-374

56. **Tillil, H., and J. Kobberling.** 1987. "Age-Corrected Empirical Genetic Risk Estimates for First-Degree Relatives of IDDM Patients." *Diabetes* 36(1): 93–99. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3792666/> (June 8, 2022).
57. **TUİK,2019.** Türkiye İstatistik Kurumu . Erişim Adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 Erişim Tarihi: 24.12.2021
58. **Ustaalioglu, S.** (2015). *Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi)*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum
59. **Vazini H, Barati M.** The Health Belief Model and Self-Care Behaviors among Type 2 Diabetic Patients. *Iranian Journal Of Diabetes And Obesity* 2014; 6(3): s.107-113.
60. **Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J.** Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2001; 26: 331-342
61. **Yandım A.** (2011) Health beliefs of diabetic foot and non-diabetic patients. Master thesis, University of Mersin, Mersin
62. **Yapıcı G, Balıkcı S, Uğur Ö.** (2011). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. *Dicle Tıp Dergisi*, 38 (4):458-465.
63. **Zeigheimat F, Ebadi A, Najarkolaei F, Ghadmgani F.** An investigation into the effect of health belief model-based education on healthcare behaviors of nursing staff in controlling nosocomial infections. *J Edu Health Promot* 2016; 5:23.
64. **Wong Martin C.S., MD , Wu Carmen H.M., MPH , Wang Harry H.X. , PhD,** Li Heung Wing , Hui Eric M.T., Lam Augustine T., Chung Roger Y.N., Yip Benjamin H.K., and Morisky Donald E., Association between the 8-item Morisky medication adherence scale (MMAS-8) score and glycaemic control among Chinese diabetes patients, *The American College of Clinical Pharmacology*; 2014.

EK 1. ETİK KURUL KABUL FORMU



EK 2. DİYABETLİ YAŞLILARIN SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE VE HASTALIĞINA İLİŞKİN SORU FORMU

A)SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN SORU FORMU

1)Kayıtlı bulunduğunuz Aile Sağlığı Merkezini Belirtiniz.....

2)Yaşınız kaçtır?

a)65-69 b)70-74 c)80-84 d)85 ve üzeri

3)Cinsiyetiniz nedir?

a)Kadın b)Erkek

4)Eğitim Durumunuz Nedir?

a)Okur yazar değil b)Okur yazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise f)Üniversite

5)Medeni Durumunuz Nedir?

a)Evli b)Bekar

6)Sosyal güvenceniz var mıdır?

a)var b)yok

7)Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a)Gelirim giderimden fazla b)Gelirim giderime eşit c)Gelirim giderimden düşük

8)Kiminle beraber yaşıyorsunuz?

a)Tek yaşıyor b)Eşi ve çocukları c)Akrabaları d)Diğer

B)HASTALIĞINA YÖNELİK SORU FORMU

- 1)Ailenizde diyabet hastası var mı?
a)Evet b)Hayır
- 2)Kaç yıldır diyabet hastasıınız?
a)Bir yıldan az b)Bir-beş yıl c)Altı –on yıl d)11 yıl ve üzeri
- 3)Diyabet tedavi biçiminiz aşağıdakilerden hangisidir?
a)Sadece diyet b)Diyet ve oral antidiyabetik c)Diyet ve insülin
d)Diyet, oral antidiyabetik ve insülin
- 4)İnsülini kendiniz mi uyguluyorsunuz?
a)Evet b)Hayır
- 5)Size önerilen tedaviye uyumunuz sizce nasıl?
a)çok iyi b)İyi c)Kötü d)Çok kötü
- 6)Kan şekeri ölçümü yapıyor/yaptırıyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
- 7)Kan şekerinizi ne kadar aralıklarla ölçüyor/ölçtürüyorsunuz?
a)Hergün b)Haftada bir kez c)Düzensiz
- 8)Egzersiz yapıyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
- 9)Ne kadar sıklıkla egzersiz yapıyorsunuz?
a)Hergün düzenli olarak yaparım b)Haftada birkaç gün yaparım c)Ayda birkaç kez d)Düzensiz e)Diğer
- 10)Hekim kontrolüne gidiyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
- 11)Diyabete yönelik bir eğitim programına katıldınız mı?
a)Evet b)Hayır
- 12)Diyabetle ilgili daha fazla bilgiye /eğitime ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
- 13)Diyabetin sebep olduğu olumsuzluklar hakkında bilginiz var mı?
a)Evet b)Hayır
- 14)Bugüne kadar hiç kan şekeri düşüklüğü yaşadınız mı?
a)Evet b)Hayır
- 15)Bugüne kadar hiç kan şekeri yüksekliği yaşadınız mı?
a)Evet b)Hayır
- 16)Bugüne kadar hiç diyabetin sebep olduğu diğer olumsuzlukları yaşadınız mı?

a)Evet b)Hayır

17)Diyabet haricinde başka kronik hastalığınız var mı?

a)Evet b)Hayır

18)Diyabet sebebiyle hiç hastaneye yattınız mı?

a)Evet b)Hayır



EK 3. İLACA UYUM VE REÇETE YAZDIRMA(İURY)ÖLÇEĞİ

Ölçek Soruları	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğunlukla	Her zaman
1.İlacınızı almayı ne sıklıkla unutuyorsunuz?	1	2	3	4
2.İlacınızı almaya ne sıklıkla karar veriyorsunuz?	1	2	3	4
3.Ne sıklıkla reçete yazdırmayı unutuyorsunuz?	1	2	3	4
4. Ne sıklıkla ilaçsız kalıyorsunuz?	1	2	3	4
5.Kendinizi iyi hissettiğinizde ne sıklıkla ilaç almayı aksatıyorsunuz?	1	2	3	4
6. Kendinizi hasta hissettiğinizde ne sıklıkla ilaç almayı aksatıyorsunuz?	1	2	3	4
7.Ne sıklıkla önceden planlayıp ilaçlarınız bitmeden yenisini yazdırıyorsunuz?	1	2	3	4

EK 4. İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEĞİ

	İlaç Kullanımına Dair Kendi Tarzınız	Her zaman	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Asla
1	Almayı unuturum.					
2	Dozunu değiştiririm.					
3	Bir süreliğine almayı bırakırım.					
4	Bir dozu atlamaya karar veririm.					
5	Söylenenden daha az alırım.					

EK 5. İLAÇ KULLANMAYA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ

ÖLÇEK SORULARI	Kesinlikle Katılmıyorum(1)	Katılmıyorum(2)	Kararsızım(3)	Katlıyorum(4)	Kesinlikle Katlıyorum(5)
Duyarlılık Algısı					
1. Reçetesiz ilaç kullanmaktan zarar görme ihtimalim çok yüksek.					
2. Reçetesiz ilaç kullanmaktan dolayı ilaç alerjisi (zehirlenme) olma ihtimalim yüksektir					
3. Reçetesiz ilaç kullanırsam ölebilirim					
4. Reçetesiz ilaç kullanırsam vücudum, organlarım zarar görür					
5. Başkalarının önerdiği ilaçlar bana zarar verir					
6. Zarar vereceği için benim ilaçlarımı başkalarına önermem					
Önemseme/Ciddiyet Algısı					
7. İlaç alerjisi (zehirlenme) beni korkutur.					
8. İlaçların vücuda verdiği zararları/yan etkileri düşündüğümde strese girerim.					
9. Reçetesiz ilaç alerjisini (zehirlenme) düşünmekten korkarım					
10. Reçetesiz ilaç kullanmanın zararları/yan etkilerinde yaşayacağım problemler çok uzun bir süre devam edecek.					
11. Reçetesiz ilaç kullanmam çevremle olan ilişkimde bana olan güveni sarsar					
12. Bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanmam hayatımda ciddi değişiklikler yapabilir					
Sağlık Motivasyonu					
13. Sağlık problemlerimi erkenden teşhis ettirmek isterim					
14. Sağlıklı olmak benim için çok önemlidir.					
15. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım					
16. Doğru ilaç kullanmak için yeni bilgileri öğrenirim					
17. Sağlığımı geliştirecek bilgi ve davranışları yapmamın önemli olduğunu düşünürüm					
18. Reçeteli ilaç kullanırım					

EK 6. AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra bu ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını gösteren sütuna ait olan kutucuğun içine X işareti koyunuz.	Her zaman	Bazen	Hiç bir zaman
Davranışsal İnançlar			
1. Doktorun verdiği ilaçlar dışında başka ilaç kullanırsam zarar görebilirim.			
2. İlacımı bana önerildiği gibi kullanmaya dikkat etmezsem ilacın bana faydası değil zararı dokunur			
3. Doktorun vermiş olduğu ilaçları doktorun/eczacının önerdiği sürede kullanmazsam faydadan çok zarar görürüm			
4. Besin veya ilaç alerjim var ise; muayene sırasında doktora ve ilgili sağlık personeline söylemediğimde zarar görürüm			
5. İlacımı düzenli olarak kullanmazsam hastalığımın ilerleyeceğini düşünürüm.			
6. Hasta olduğum zaman akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarımla tavsiyeleri ile zarar görme ihtimalinden dolayı ilaç kullanmaktan korkarım.			
7. Önemli bir rahatsızlık atlanabilir diye düşündüğüm için muayene olmadan ilaç almam.			
8. Mikroplara karşı direnç geliştiği için gereksiz antibiyotik kullanmaktan kaçınırım			
9. Gebelik, emzirme durumu, kronik hastalıkların varlığı ve başka ilaçların kullanımı gibi özel durumların doktora bildirilmesinin doğru tedavi için önemli olduğunu düşünürüm.			
Kontrol İnançları			
10. Doktorun verdiği ilacı, doktorun önerdiği şekilde kullanmayı önemserim.			
11. Daha çabuk iyileşmek için ilaçları düzenli kullanmaya özen gösteririm.			
12. İlaç kullanmadan önce muayene olmak isterim			
13. Hasta olunca doktora danışmadan antibiyotik kullanmaktan yanayım			
14. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda muayene olmadan, kendi başıma antibiyotik kullanırım.			
15. İlacın etkinliği azalmasın diye saklanma koşullarına dikkat ederim			
16. İlaçları kullanmadan önce "son kullanma tarihine" bakarım.			
Tutum			
17. Hastalık durumunda evde bulunan ilaçlarla tedavi olmayı pratik bulurum.			
18. İlaçtan yarar görmüyorsam, doktora danışmadan ilacı kullanmayı bırakırım.			
19. Doktor reçete yazarken, evde bulunması için ilaç yazılmasını isterim.			

20. Ağrı kesiciye ihtiyacım olduğu zaman reçetesiz eczaneden alırım ve kullanırım.			
21. Evimde kullanılmamış veya yarım kalmış ilaç bulundururum.			
Subjektif Norm			
22. Hasta olduğum zaman eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarımın tavsiye ettikleri ilaçları kullanmaktan kaçınmam gerektiğini düşünüyorum.			
23. Benzer şikayetleri olan eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarıma ilaç tavsiyesinden kaçınmam gerektiğini düşünüyorum.			
Niyet			
24. Bundan sonra muayene parası ödemek istemediğim için doktora gitmeden eczaneden ilaç almayı düşünüyorum.			
25. Bundan sonra doktorumu daha önce kullanmış olduğum ilaçlar ve varsa kronik hastalıklara ait raporlar hakkında bilgilendirmeyi istiyorum			
26. Bundan sonraki tedavimden arta kalan ilaçları mutlaka sağlık kuruluşuna/eczaneye vermeyi planlıyorum.			
27. Bundan sonra bana verilen ilacın/ilaçların kullanımı ile ilgili bilgileri mutlaka doktoruma danışmayı istiyorum			
28. Bundan sonra kullanmam gereken tüm ilaçları reçeteli olarak kullanmayı istiyorum.			
Bilgi			
29. Reçete ile ilaç alırken, reçetede yazılan ilaç olup olmadığı kontrol edilmelidir.			
30. Kullanılmayan ilaçlar çöpe/tuvalete atılmamalıdır			
31. Hastalığın iyileştiği düşünülerek doktor kararı olmadan ilaç/antibiyotik planlanan süreden önce kesilmemelidir			
32. İlaç kullanımı doktor kontrolünde olmalıdır.			
33. Gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan ilaç yazdırılmamalıdır.			
34. İlaçtan yarar görülmediğinde doktora başvurulmalıdır.			
35. İlacın yan etkileri ile karşılaşıldığında doktora başvurulmalıdır.			
36. İlaç kazalarını önlemek için çocuklar, yaşlılar ve engellilerin ulaşacağı yerde ilaçlar bırakılmamalıdır.			

EK 7. YAZAR ONAYLARI





EK 9. ARAşTIRMA İZNİ



ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı

:Şükran SAKARYA

